

ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA  
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD  
Y MORBILIDAD MATERNAS

---

REGIONAL STRATEGY FOR  
MATERNAL MORTALITY AND  
MORBIDITY REDUCTION

---

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A  
REDUÇÃO DA MORTALIDADE E  
MORBIDADE MATERNAS

---

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA  
RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET  
LA MORBIDITÉ MATERNELLES

**26a Conferencia Sanitaria Panamericana  
54a Sesión del Comité Regional**

**ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN  
DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS**

Organización Panamericana de la Salud • Organización Mundial de la Salud

---

**26th Pan American Sanitary Conference  
54th Session of the Regional Committee**

**REGIONAL STRATEGY FOR MATERNAL  
MORTALITY AND MORBIDITY REDUCTION**

Pan American Health Organization • World Health Organization

---

**26a Conferência Sanitária Pan-americana  
54a Sessão do Comitê Regional**

**ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNAS**

Organização Pan-americana da Saúde • Organização Mundial da Saúde

---

**26e Conférence Sanitaire Panaméricaine  
54e Session du Comité Régional**

**STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA RÉDUCTION DE  
LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ MATERNELLES**

Organisation panaméricaine de la Santé • Organisation mondiale de la Santé



525 Twenty-third St. NW Washington, DC. 20037

[www.paho.org](http://www.paho.org)



---

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos de Desarrollo Internacional (USAID) en el marco del subsidio Proyecto Prioridades en Salud 598-0825-G-00-7-001-00. LAC-G-00-98-000012-0. Las opiniones expresadas en este documento corresponden exclusivamente a las de los autores y no reflejan necesariamente los criterios de USAID.

---

---

# PRESENTACIÓN

Cada año, en la Región de América Latina y el Caribe, mueren más de 23,000 mujeres por causas relacionadas al embarazo y el parto. Cada una de estas muertes tiene un efecto devastador en la familia, en la comunidad y en la sociedad en general. La muerte materna es la expresión más clara de la desigualdad que aún persiste entre países y dentro de las mismas fronteras nacionales. Las muertes o discapacidades de las mujeres por causas maternas son en su mayoría evitables y actualmente contamos con el conocimiento, la tecnología y las experiencias para asegurarles a las mujeres un embarazo y parto seguros.

La comunidad internacional y los gobiernos nacionales han adoptado nuevos compromisos para lograr la reducción de la mortalidad materna y cumplir con una de las Metas de Desarrollo del Milenio que es reducir las tasas de mortalidad materna en un 75%, de los niveles de 1990, para el año 2015.

Durante el año 2002 llevamos adelante un ciclo de análisis sobre una nueva propuesta estratégica para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Esta propuesta fue presentada para su discusión en las diferentes reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En junio de 2002, el Comité Ejecutivo de la OPS, aceptó el documento y recomendó a la Conferencia Sanitaria Panamericana su adopción con las resoluciones correspondientes.

En septiembre de 2002, la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó unánimemente el documento CSP26/14 "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas". Al firmar y adoptar las resoluciones propuestas, los miembros se comprometieron a priorizar la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y a avanzar conjuntamente en el logro de las metas del milenio. Las intervenciones claves seleccionadas en este documento son las siguientes a) contar con políticas públicas y sostenibles de largo alcance, b) asegurar la atención calificada del parto, c) fortalecer la colaboración con socios claves, d) mejorar y aumentar el acceso a los cuidados obstétrico esenciales de calidad, e) empoderar y educar a las mujeres, sus familias y sus comunidades para tomar decisiones oportunas, y f) reforzar los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna.

Presentamos este documento con el objetivo de diseminar de manera amplia los acuerdos adoptados. Asimismo, esperamos que el mismo sirva como una herramienta de trabajo para todos los actores comprometidos en esta tarea, y que sea utilizado como base para la formulación de políticas públicas en el tema y para el desarrollo de programas de salud que beneficien a las mujeres, familias y comunidades de las Américas.

**Mirta Roses Periago**  
**Directora**  
**Organización Panamericana de la Salud**

# 1

RESOLUCIÓN CSP26.R13

RESOLUCIÓN CSP26.R14

ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA  
MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS

# 19

RESOLUTION CSP26.R13

RESOLUTION CSP26.R14

REGIONAL STRATEGY FOR MATERNAL MORTALITY  
AND MORBIDITY REDUCTION

# 37

RESOLUÇÃO CSP26.R13

RESOLUÇÃO CSP26.R14

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A REDUÇÃO DA  
MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNAS

# 55

RÉSOLUTION CSP26.R13

RÉSOLUTION CSP26.R14

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA RÉDUCTION DE LA  
MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ MATERNELLES

# ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS

## LA 26.A CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;

Consciente de la tasa innecesariamente elevada de mortalidad de las mujeres como resultado de las complicaciones del embarazo y el parto, y

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación y la experiencia práctica han demostrado que intervenciones concretas, como los cuidados obstétricos esenciales (COE) y la asistencia del parto por personal calificado, pueden reducir la incidencia y la gravedad de las complicaciones importantes asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio para las madres y los recién nacidos,

## RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) hagan suya la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015, por comparación con los niveles registrados en 1990, que mejoren las razones dentro de los países, especialmente las disparidades entre las zonas urbanas y rurales, y que reduzcan la morbilidad materna;
  - b) velen por que la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal sea una prioridad del sector salud, y por que las mujeres y las adolescentes tengan acceso fácil y económico a los cuidados obstétricos esenciales, a servicios obstétricos bien equipados y dotados del suficiente personal, a la asistencia del parto por personal calificado, a la atención obstétrica de urgencia, al envío y transporte eficaces a centros de nivel asistencial más elevado, en caso de necesidad, a la atención tras el parto y a la planificación familiar para promover, entre otras cosas, la maternidad sin riesgos;
  - c) respalden y apoyen las intervenciones basadas en evidencias científicas para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, como los cuidados obstétricos esenciales y la asistencia del parto por personal calificado;

- d) se adhieran a las normas expedidas conjuntamente en 1997 por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, según las cuales por cada 500.000 habitantes deben haber cuatro establecimientos que ofrezcan cuidados obstétricos esenciales básicos y uno que preste cuidados obstétricos esenciales integrales;
  - e) respalden y apoyen intervenciones de promoción de la salud basadas en evidencias científicas para que las mujeres, las familias y las comunidades puedan hacer planes para afrontar las complicaciones obstétricas, identificar a tiempo los problemas y responder apropiadamente;
  - f) desarrollen asociaciones clave entre los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras organizaciones no gubernamentales, a fin de mejorar los esfuerzos para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, además de obtener la colaboración interinstitucional al promover y aplicar las estrategias de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.
2. Pedir al Director que:
- a) apoye el establecimiento y la ejecución de mecanismos para fortalecer los sistemas de información y vigilancia para seguir de cerca los adelantos logrados en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;
  - b) establezca mecanismos para ayudar a los Estados Miembros a que contraigan un compromiso a largo plazo, tanto político como programático, incluido el apoyo financiero dentro de los recursos disponibles, para aplicar intervenciones actualizadas de maternidad sin riesgo y estrategias de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas;

# CREACIÓN DEL FONDO DE CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMÉRICAS

## LA 26.A CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, y considerando que:

Garantizar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, que es el ciclo mediante el cual generan la vida, es garantizar un derecho humano fundamental;

Ninguno de los países americanos ha conseguido alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna establecida por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia para el año 2000;

Será difícil alcanzar la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas consistente en disminuir la razón de mortalidad materna en 75% para el año 2015 sin que se den inmediatamente un gran esfuerzo conjunto e inversiones de toda América;

La reducción de las tasas de fecundidad alcanzada en la mayor parte de los países de las Américas gracias a los esfuerzos nacionales, junto con inversiones financieras considerables de las Naciones Unidas y de los organismos de fomento del desarrollo social, ha contribuido a la disminución del número de defunciones maternas, pero no lo suficiente como para reducir el riesgo de que una mujer muera con cada embarazo;

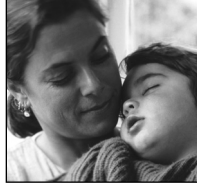
Una vez alcanzada la esperada reducción de las tasas de fecundidad en América Latina y el Caribe, los recursos internacionales que se invertían en salud reproductiva están siendo significativa y progresivamente reducidos,

## RESUELVE:

1. Aprobar la creación del Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, cuya gestión se confía a la Organización Panamericana de la Salud.
2. Velar por que los recursos procedentes de este Fondo se destinen a:
  - a) apoyar a los países que presenten un plan nacional con esta finalidad, indicando claramente las acciones que piensan realizar, así como los recursos nacionales con que se costearán para alcanzar la meta propuesta en la Cumbre del Milenio;

- b) financiar, en contrapartida, acciones de la sociedad civil encaminadas al empoderamiento de las mujeres y a mejorar su comprensión del curso del embarazo, el parto y el puerperio, ampliando su capacidad de identificar tempranamente posibles problemas y de acudir a los servicios de salud;
  - c) financiar iniciativas nacionales para sensibilizar y capacitar a los gestores locales de salud y a los profesionales para que hagan frente adecuadamente al problema;
  - d) monitorear los resultados nacionales.
3. Solicitar al Director que:
- a) establezca el Fondo de Contribución Voluntaria para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, con sus correspondientes términos de referencia;
  - b) informe regularmente al Consejo Directivo sobre la situación y el progreso del Fondo.

*(Octava reunión, 26 de septiembre de 2002)*



# ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100.000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22.000 defunciones maternas. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años ochenta y principios de los noventa, la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos, y sobre el que se pide a la Conferencia Sanitaria Panamericana que dé a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un mandato claro.

Ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. Los resultados de investigación y la experiencia práctica demuestran que determinadas intervenciones de

salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como los cuidados obstétricos esenciales (COE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

Los resultados son claros: la muerte materna es evitable; se sabe qué intervenciones son eficaces, y que la inversión en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción de la salud, figuran entre las más eficaces en función de los costos del sector, en particular en atención primaria. Esto es especialmente digno de mención, porque las mujeres pobres de las comunidades rurales aisladas son las más afectadas por la falta de atención obstétrica básica y, por lo tanto, quienes más probabilidades tienen de morir en el parto.

Este documento se presenta a la Conferencia para su examen y debate, y para que considere la resolución CE130.R10 del Comité Ejecutivo que figura en anexo.

1. Introducción . . . . .	3
2. Situación actual de la morbilidad y la mortalidad maternas . . . . .	4
2.1 Contexto epidemiológico y social . . . . .	4
2.2 ¿En qué partes de la Región mueren las mujeres? . . . . .	6
3. Lecciones aprendidas . . . . .	7
3.1 Promover las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en evidencias . . . . .	7
3.2 Aplicar un enfoque multisectorial . . . . .	11
4. Metas y objetivos . . . . .	11
5. De la teoría a la práctica: la estrategia regional . . . . .	12
5.1 Promover políticas y normas eficaces a nivel nacional y municipal . . . . .	12
5.2 Brindar servicios de salud reproductiva: Cuidados obstétricos esenciales y asistencia del parto por personal calificado . . . . .	12
5.3 Empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades . . . . .	13
5.4 Crear asociaciones y coaliciones . . . . .	14
5.5 Reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas . . . . .	14
5.6 Financiar la atención de la salud reproductiva dentro de la reforma del sector de la salud . . . . .	15
6. Implicaciones financieras . . . . .	16
6.1 Los Estados Miembros . . . . .	16
6.2 La Oficina . . . . .	16
7. Temas clave para el debate . . . . .	16
8. Intervención de la Conferencia Sanitaria Panamericana . . . . .	18

# RETOS PARA PROGRESAR EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

## 1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública en el cual se ha logrado poco progreso recientemente, si se compara con los esfuerzos realizados en la Región en materia de reducción de la mortalidad por otras causas. Muchos indicadores de salud, como la tasa de fecundidad total y la tasa de natalidad bruta, han descendido mucho en los dos últimos decenios, pero las tasas y las razones de mortalidad materna han permanecido estacionarias. Las causas tienen sus raíces en la inadecuación de muchas intervenciones concebidas para mejorar la salud materna, así como en las inequidades de género. En particular, hay una conexión clara entre la clase socioeconómica baja de la mujer y el riesgo de enfermedad y muerte materna. Por consiguiente, la incidencia de la muerte materna está directamente relacionada con los derechos de la mujer y con las comunidades en que viven.

Después de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, que se introdujo en Nairobi en 1987, la OPS lanzó el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, que aprobó en 1990 la 23.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. El objetivo principal del Plan fue reducir las tasas de mortalidad materna en un 50% o más para el año 2000 mediante el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva. También requirió el compromiso político explícito de los sectores social y económico para crear legislación, ejecutar políticas y emprender programas de acción. El alcance del plan fue demasiado amplio y por consiguiente demasiado difícil de realizar en los países. No se insistió en las intervenciones más eficaces que

abordarían casi 80% de las causas principales de defunciones maternas durante el parto y el posparto.

En los países, los recursos se concentraron en la atención prenatal con inclusión del tamizaje de factores de riesgo. Sin embargo, está demostrado que la atención prenatal, por sí sola, no es suficiente para reducir la mortalidad materna, porque no siempre pueden predecirse ciertas complicaciones durante el parto y el puerperio, como la atonía uterina, la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto o la retención de la placenta. Además, se insistió en fomentar que las parteras tradicionales adiestradas atendieran a las embarazadas en las comunidades. Estas parteras tradicionales carecían de aptitudes suficientes para identificar y controlar las complicaciones obstétricas, y recibieron poco o ningún apoyo de la infraestructura sanitaria, lo que condujo a una mínima repercusión en la reducción de la mortalidad materna.

A pesar de los esfuerzos al respecto, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la situación general, especialmente con respecto a los indicadores de impacto. Sólo cinco países de la Región comunicaron haber logrado la reducción de 15% prevista para 1995. Una evaluación del Plan indicó que las limitaciones políticas y financieras a nivel nacional obstaculizaron su ejecución con éxito. Además, varias intervenciones, como la asistencia del parto por personal calificado y los cuidados obstétrico esenciales (COE) no se programaron adecuadamente. También debe señalarse que no se incluyeron a las poblaciones pobres e indígenas al considerar a las mujeres más necesitadas.

En 1997, representantes de los gobiernos, donantes,

organizaciones no gubernamentales (ONG) y expertos técnicos reunidos con motivo de la Consulta Técnica sobre la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo estuvieron de acuerdo sobre las intervenciones clave para la reducción de la mortalidad materna. Estas intervenciones, recogidas en la Agenda para la Acción en materia de Maternidad sin Riesgo, incluyen: impulsar el respeto de los derechos humanos, promover el cambio socioeconómico para las mujeres, el retraso del matrimonio y el primer nacimiento, reconocer que todo embarazo conlleva un riesgo, asegurar la atención calificada del parto, y mejorar la calidad y cobertura de la atención en salud, entre otras.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD MATERNAS

### 2.1 Contexto epidemiológico y social

Se calcula que la razón global de mortalidad materna en los países de América Latina y del Caribe (ALC) es de 190 por 100.000 nacidos vivos, lo que representó en 1995 unas 22.000 defunciones maternas. Es importante considerar que las mujeres de esos países todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. La mortalidad materna puede analizarse recurriendo a definiciones médicas, distinguiendo entre “causas obstétricas directas” y “causas obstétricas indirectas”. En todos los Estados Miembros (incluidos Canadá y Estados Unidos) predominan las causas obstétricas directas, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Al analizar las causas obstétricas directas (excluyendo el aborto), la hemorragia, la septicemia y la toxemia son las tres causas más comunes, seguidas por las complicaciones del puerperio.

Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. Los trastornos hipertensivos del embarazo son un contribuyente fundamental de la morbilidad grave y la mortalidad maternas. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la infección por el VIH/SIDA como un factor fundamental de defunciones obstétricas directas como la infección puerperal y complicaciones del aborto provocado. La infección por el VIH/SIDA también se identificó como contribuyente a causas indirectas como la anemia y la tuberculosis, y como causa indirecta de defunción materna (OMS, 1998). En los países de ALC, se calcula que 1,4 millones de adultos y niños padecen actualmente la infección por el VIH/SIDA. Un cuarto de los adultos VIH-positivos son mujeres. El Caribe es la zona más gravemente afectada de la Región. Haití tiene las tasas más altas de infección por el VIH/SIDA, y en 1996, 13% de las mujeres embarazadas estuvieron infectadas por el VIH. Las causas obstétricas indirectas probablemente se notifican insuficientemente.

Además, la OMS ha calculado que por cada muerte materna en la Región se producen 135 enfermedades. Estas mujeres tienen, después del embarazo y el parto, problemas de salud crónicos que son prevenibles como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dispareunia.

Los datos disponibles indican que las complicaciones del aborto son un importante factor contribuyente de la mortalidad materna. Veinte países de la Región han reconocido que el aborto es un problema importante de salud pública. Los cálculos recientes proporcionan una cifra general de 2,8 millones de abortos cada año en seis países de América Latina y

el Caribe (Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, 2002). Estas defunciones maternas son sólo la punta del iceberg, pues las tasas subyacentes de morbilidad son mucho mayores.

El embarazo de las adolescentes es un tema fundamental de la maternidad sin riesgo, pues entre las madres adolescentes se da un número desproporcionadamente elevado de defunciones y discapacidades maternas. En los países de ALC, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los 20 años. Muchos de estos embarazos son no deseados o inoportunos, por lo que tienen mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, bien porque conducen al aborto o porque las mujeres jóvenes tienden menos a buscar la atención apropiada. Además, la falta de desarrollo físico y fisiológico de las jóvenes menores de 16 años de edad las hace particularmente vulnerables a las complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto.

Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales. Entre las adolescentes, las complicaciones del embarazo y el parto son una causa importante de mortalidad. La legislación, las creencias culturales o las prácticas que menosprecian a las mujeres contribuyen a generar esta disparidad al limitar su acceso a los recursos económicos. Por lo tanto, la muerte o la discapacidad son resultado de la situación de extrema desventaja en la que se encuentran muchas mujeres en los países de América Latina y el Caribe.

## 2.2 ¿En qué partes de la Región mueren las mujeres?

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo (cuadro 1). Por ejemplo, en Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Aun dentro de América Latina hay

grandes disparidades. Chile presenta una tasa de mortalidad materna de 23 por 100.000 nacidos vivos, frente a 390 en Bolivia. Los cálculos oficiales indican que las tasas son inferiores a 100 por 100.000 nacidos vivos en Brasil, El Salvador y la República Dominicana. Sin embargo, la subnotificación de las estadísticas oficiales es un grave motivo de preocupación. La OMS ha ajustado las tasas de mortalidad materna para 14 países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Además, la mortalidad materna varía enormemente dentro de los países, pues las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad. En Bolivia, la razón de mortalidad materna varía significativamente según la región geográfica (altiplano, valles o mesetas) y según el lugar de residencia (urbano o rural). En las mesetas rurales, entre 1989 y 1994 se contabilizaron hasta 973 defunciones maternas por

**CUADRO 1. TASAS DE MORTALIDAD MATERNA OFICIALES EN DETERMINADOS PAÍSES DE AMÉRICA (1997-1999)**

País	Tasa de mortalidad materna <sup>1</sup> (defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos)
Bolivia	390
Brasil	60
Canadá	4
Chile	23
República Dominicana	80
Ecuador	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haití	523
Honduras	108
México	51
Nicaragua	118
Paraguay	114
Perú	185

<sup>1</sup> Situación de salud en las Américas, OPS, Indicadores Básicos 2001

100.000 nacidos vivos, frente a 36,1 en las zonas urbanas durante el mismo período.

### 3. LECCIONES APRENDIDAS

#### *3.1 Promover las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en evidencias*

Desde 1987 ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de discapacidad y muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible. La OPS promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en función de los costos al nivel de atención primaria de salud, particularmente implicando y educando a las mujeres, sus familias y las comunidades. Entre dichas intervenciones figuran los COE, la asistencia del parto por personal calificado, el tratamiento de las complicaciones del aborto y el mejor acceso a servicios de atención de salud maternoinfantil de calidad.

La OMS ha determinado los componentes clave de los COE. Los centros de COE básicos, que deben ser accesibles a todas las mujeres, incluyen maternidades con asistencia calificada, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un centro de COE integrales, en caso necesario. Los componentes clave de un centro de COE básicos son: a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes); b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia,

complicaciones del aborto, eclampsia); c) procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o episiotomías); d) vigilar la dilatación (incluido partógrafo); y e) atención neonatal básica. Los COE integrales incluyen todos los servicios de COE básicos, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea. También brinda las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto.

#### **3.1.1 Cuidados obstétricos esenciales básicos e integrales**

Prestar cuidados obstétricos esenciales, tanto básicos como integrales, es fundamental para mejorar la salud materna. Durante el último decenio se han invertido más recursos en la atención prenatal que en el parto, la atención posparto inmediata y la atención esencial para el control de las complicaciones. Sin embargo, la mayoría de las complicaciones y las defunciones ocurren durante el parto e inmediatamente después del mismo, o derivan de las complicaciones del aborto. Sobre la base de las últimas evidencias científicas, brindar cuidados obstétricos esenciales es una de las estrategias más eficaces de reducción de la mortalidad materna. Los establecimientos de atención básica e integral son importantes componentes de los cuidados obstétricos esenciales. Entre ellos figuran hogares para madres que cuentan con asistencia calificada, los suministros necesarios y sistemas de transporte de urgencia.

#### **3.1.2 Asistencia del parto por personal calificado**

La atención profesional del parto es el eje de los esfuerzos más exitosos para reducir la enfermedad y la muerte maternas. La facilidad y la velocidad con las cuales se ha promovido la asistencia calificada como prioridad mundial son, en sí mismas, indicadores de la necesidad urgente de ofrecer a las ins-

1 Por asistente o proveedor calificado se entiende exclusivamente las personas con cualificaciones para atender un parto (médicos, enfermeras y parteras), adecuadamente formadas para prestar la debida atención durante el embarazo y el parto. Los asistentes calificados deben poder atender a la parturienta durante la dilatación y el parto normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar el envío de la madre y el bebé cuando sean precisas intervenciones que están más allá de su competencia o no son posibles en las instalaciones. (Definición tomada de *Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*, Ginebra, 1999).

tancias decisorias clave una intervención viable y eficaz. Esta necesidad surge del fracaso de intervenciones que antes se consideraron prioritarias, por ejemplo, el adiestramiento de parteras tradicionales y el puntaje de “riesgo prenatal”, para disminuir la mortalidad materna. Es más probable que las mujeres cuyo parto es atendido por personal calificado<sup>1</sup> eviten graves complicaciones y reciban tratamiento temprano. Una característica clave de los países que han conseguido rebajar la mortalidad materna a un nivel inferior a 100 por 100.000 parece residir en que son parteras calificadas quienes atienden la gran mayoría de los partos. En los años setenta, Chile consiguió reducir la mortalidad materna a la mitad (de 200 a 100), proporcionando atención obstétrica profesional según un modelo de obstetricia en un entorno propicio. Se sabe que la asistencia del parto por personal calificado logra no sólo reducir la mortalidad materna, sino también las muertes perinatales. No obstante, la investigación ha puesto de manifiesto que en 17 países de ALC hay inequidades muy grandes en la disponibilidad de asistencia calificada. Por ejemplo, las zonas rurales de estos países están muy desatendidas en este aspecto. Durante el último decenio, la mayoría de los Estados Miembros ha invertido recursos en reforzar los sistemas y servicios de salud en las zonas rurales para disminuir la brecha de accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, hay todavía algunas zonas en las que los servicios no están cerca de las comunidades, y que no disponen de personal capacitado. En estos casos tendrán que continuar las intervenciones con vistas a partos higiénicos y seguros, como el adiestramiento de parteras tradicionales y de los miembros de la familia. Sin embargo, debe recalcar que el adiestramiento de parteras tradicionales, por sí solo, a falta de un sistema eficaz de referencia de pacientes y del apoyo adecuado de personal capacitado, no es eficaz para reducir la mortalidad materna. Cuando se emprende el adiestramiento de parteras tradicionales, éste tiene que formar parte de una infraestructura integral que incluya un sistema de referencia de pacientes, de supervisión y de evaluación.

### 3.1.3 Calidad de la atención

Una peculiaridad de América Latina y el Caribe es que la gran mayoría de los partos, cerca de 75%, tiene lugar en centros asistenciales. A pesar de estas cifras, en 17 países, la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Otra dimensión de la inequidad de la atención de salud que interviene en la mortalidad materna es el acceso a la cesárea, operación que se infrautiliza o a la que se recurre en exceso en los países de ALC. La OMS recomienda una proporción general de 15%, basándose en el número previsto de mujeres que tendrán que afrontar complicaciones posiblemente letales durante el parto. La incidencia de las cesáreas en los países puede, por consiguiente, servir como un indicador del acceso a la atención obstétrica de calidad. Por ejemplo, en el Paraguay, sólo 6% de los partos rurales fueron por cesárea, frente a 32% en las zonas urbanas. En otros países latinoamericanos, las tasas de cesárea están aumentando y superan actualmente el 15% en zonas urbanas. Esta disparidad entre el entorno urbano y el rural es especialmente importante de destacar, pues indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. Por otro lado, se han comunicado elevados índices de episiotomía. En Argentina y Uruguay, de cada 10 primíparas que dan a luz por vía vaginal en los hospitales públicos, a 9 se les practica actualmente una episiotomía. Estas prácticas conducen a una elevada insatisfacción de las usuarias que dan a luz en los hospitales públicos de América Latina, pues para muchas de ellas son culturalmente inaceptables. Las intervenciones obstétricas deben basarse en evidencias, y las intervenciones que sólo son efectivas en grupos de alto riesgo no deben usarse sistemáticamente. Por el contrario, muchas prácticas comprobadamente beneficiosas no se aplican comúnmente ni figuran en las normas de práctica clínica de las maternidades.

### 3.1.4 Empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades

El empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna. Permitir a las mujeres elegir sus propias alternativas y proporcionarles información adecuada les permite tomar decisiones cruciales en lo referente a su salud y, por consiguiente, ejercer sus derechos. Les permite reconocer los signos de peligro y las complicaciones, seguir los procedimientos médicos y beneficiarse de los programas de educación en salud. Es más probable que asuman la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, y que exijan una atención de salud oportuna y de calidad para ellas, sus familias y sus comunidades. Además, los padres que esperan un hijo deben participar en los programas de promoción de la salud y educación en salud, y las campañas de comunicación social deben incluir mensajes que promuevan su participación. En muchas comunidades, es más fácil que la madre obtenga acceso a servicios de salud específicos si recibe el apoyo de otros miembros de la familia, especialmente su pareja o cónyuge. El poder de decisión y la movilización de las comunidades crean un entorno propicio para aumentar la inversión intersectorial en el mejoramiento de la salud. Por ejemplo, experiencias recientes en Ecuador, Honduras y Nicaragua indican que al fortalecer la capacidad de las comunidades de identificar los signos de peligro durante el embarazo y el parto, así como de asumir la responsabilidad del transporte de urgencia en caso de complicaciones obstétricas y neonatales, se ha mejorado el acceso a los servicios de salud. Esta acción de la comunidad ha dado lugar a la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.

### 3.2 *Aplicar un enfoque multisectorial*

La mortalidad materna puede reducirse mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas en un marco político fuerte de promoción de la salud. Las mejoras en el sistema de salud son vitales, ya que las mujeres están muriendo en el nivel de prestación

de servicios por la falta de una red obstétrica que vaya del nivel comunitario al nivel más alto de atención de complicaciones obstétricas. En los países donde la muerte y la discapacidad causadas por las complicaciones del embarazo y el parto son excesivamente comunes, la búsqueda de la maternidad sin riesgo debe basarse en un enfoque multisectorial y ser un componente específico de la colaboración con todas las partes interesadas, tanto dentro como fuera del gobierno. El enfoque multisectorial puede incluir educación, derechos humanos, transporte y desarrollo económico.

En un análisis de la reducción de la mortalidad materna en Honduras entre 1990 y 1997, se pone de relieve el enfoque multisectorial. Gracias a éste, la razón disminuyó 38%, de 182 a 108 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (Danel et al., 2000). Los factores clave identificados para reducir la mortalidad materna en Honduras fueron: a) un liderazgo nacional fuerte, asignación de recursos a la promoción de servicios sociales y salud y priorización de la reducción de la mortalidad materna; b) participación comunitaria amplia; c) mejor disponibilidad de servicios de cuidados obstétricos esenciales; d) mejor referencia de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas durante el parto atendido en casa; e) mejor referencia de las mujeres a un asistente calificado; f) aumento general de los partos atendidos por asistentes calificados; g) mejor calidad de la atención.

## 4. METAS Y OBJETIVOS

En sentido general, las metas de la maternidad sin riesgo son: proteger y promover los derechos reproductivos y los derechos humanos reduciendo la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte innecesarias que se asocian con el embarazo, el parto y el puerperio; mejorar las condiciones para que las mujeres tengan un parto sin riesgo y sano; y garantizar que todos los niños tengan las mismas posibilidades desde su comienzo en la vida. Los socios internacionales se han movilizado tras la

Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y están comprometidos en alcanzar la meta de la Declaración de la Cumbre del Milenio: haber reducido, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de sus tasas de 1990.

Además, se ha recomendado para la Región una meta a mediano plazo consistente en reducir las tasas nacionales de mortalidad materna a menos de 100 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, así como mejorar las tasas dentro de cada país, en lo que respecta a las disparidades entre zonas urbanas y rurales.

## 5. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: LA ESTRATEGIA REGIONAL

### *5.1 Promover políticas públicas y normas eficaces a nivel nacional y municipal*

El progreso de los marcos jurídico y político debe lograrse a escala nacional, donde se aprueban y hacen cumplir las leyes y los reglamentos que afectan directamente a la vida de las mujeres. Como resultado de su participación en foros internacionales, muchos de los países de la Región han realizado esfuerzos conjuntos para proponer legislación que apoya la ejecución de las estrategias de protección social para las mujeres, incluida legislación que las protege contra la violencia. Sin embargo, queda mucho por hacer para promover y hacer cumplir esta legislación. La mayoría de los países de la Región ha apoyado políticas o normas que recalcan la importancia de la maternidad sin riesgo y la meta de reducir la mortalidad materna en 50% para el año 2000. Bolivia, Brasil, Ecuador y México han podido dar prioridad a la maternidad sin riesgo en la agenda política. El estímulo para la acción vino de un liderazgo político de alto nivel, junto con el decidido apoyo local expresado a través de grupos de promoción de la causa femenina. Particularmente digno de mención en todos los países que han logrado bajos niveles de mortalidad materna es que el compromi-

so político de alto nivel con el tema así como la disponibilidad de recursos se mantiene con el paso del tiempo. Hay que insistir a nivel nacional y local en plasmar esta estrategia en planes concretos de ejecución de las intervenciones recomendadas.

### *5.2 Brindar servicios de salud reproductiva: garantizar los cuidados obstétricos esenciales y la atención del parto por personal calificado*

Promover la integración de los servicios de salud reproductiva (una gama amplia de anticonceptivos, asistencia maternoinfantil, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y atención tras el aborto) debe ser un componente esencial de la reforma del sector de la salud, y hay que garantizar el acceso a estos servicios a todas las personas, mujeres y hombres. Además, conviene prestar mayor atención a la educación y a los servicios en salud reproductiva de fácil acceso para los adolescentes. Estos servicios son esenciales, dado el aumento de las tasas de infección por el VIH/SIDA y de fecundidad en América Latina y el Caribe.

Hasta los años noventa la comunidad internacional no empezó a comprender que los partos son mucho más seguros con asistencia profesional y que, cuando surge un problema grave, una embarazada debe tener acceso a un servicio de salud debidamente equipado. Además, brindar cuidados obstétricos esenciales, según la define la OMS, es una estrategia clave que aborda directamente las causas médicas de la mortalidad materna. Con insumos limitados, los establecimientos (hospitales y centros de salud) pueden alcanzar las condiciones para ofrecer ese tipo de atención. Debe establecerse un sistema para que haya personal capaz de tratar las complicaciones obstétricas y las urgencias (incluidas las cesáreas y la atención tras un aborto) las 24 horas del día, y que se disponga de los suministros necesarios, especialmente en zonas rurales. Las urgencias obstétricas deben tener acceso prioritario al quirófano y a la transfusión de sangre segura, y hay que contar con servicios de anestesia las 24

horas del día, en particular en los centros que proporcionan el primer nivel de atención.

Un elemento importante es la disponibilidad y el acceso a una atención de calidad. Varios estudios en la Región han demostrado que las mujeres no usarán los servicios si consideran que las han tratado sin respeto, si los servicios no responden a sus necesidades, o si no son de calidad aceptable. La disponibilidad de la atención de calidad es uno de los factores clave para evitar retrasos y no perder las oportunidades al buscar la atención.

### *5.3 Empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades*

La promoción de la causa femenina, el empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades, y la educación son las estrategias clave para que aumente la demanda pública de atención de salud materna.

Los esfuerzos en pro del empoderamiento de las mujeres tienen como finalidad aumentar sus recursos personales como el conocimiento, la capacidad cognitiva y la de optar por alternativas saludables. Estas capacidades pueden reforzarse y mejorarse mediante procesos educativos (educación básica y de adultos) y una mejor interacción y comunicación con un asesor capacitado. También se necesita el apoyo decidido del compañero y de la familia para crear un entorno más propicio para la mujer. Su pareja y su familia deben apoyar la llegada del bebé y los preparativos para situaciones de emergencia. También deben ser conscientes de los signos de peligro que pueden presentarse durante el embarazo, el parto y el puerperio para poder tomar oportunamente las decisiones de buscar la atención apropiada.

La organización del transporte y el financiamiento comunitario de la salud son acciones positivas que contribuyen a un mayor acceso. Garantizar el acceso de la comunidad a los datos sobre salud materna y neonatal e implicarla en mejorar la calidad de la atención son ejemplos de asociaciones de la comu-

nidad que contribuyen a que el programa tenga demanda y sea sostenible. Las comunidades que colaboran activamente con los programas de salud materna desarrollan un sentido de la propiedad y un interés personal en su éxito. Este enfoque es una parte fundamental del proceso de mejorar la salud y reducir la mortalidad maternas.

### *5.4 Crear asociaciones y coaliciones*

Para lograr un entorno propicio para la maternidad sin riesgo son necesarias colaboración y coordinación. Y para ello es preciso fortalecer la capacidad nacional y local, y el compromiso político a largo plazo.

Dentro de la Región se han redoblado los esfuerzos nacionales para mejorar la coordinación de los diferentes grupos que trabajan para reducir la mortalidad materna. La OPS constituye la secretaría técnica del Grupo Interinstitucional y Regional de Estudio de la Mortalidad Materna, formado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial, el Consejo de Población, Family Care International y la OPS. El grupo se creó en 1999 y se ha reunido y ha colaborado con regularidad. Su última iniciativa es la preparación de un documento de consenso estratégico interinstitucional para la reducción de la mortalidad materna. Han estudiado y debatido este documento catorce Estados Miembros en los que la mortalidad materna se ha identificado como importante problema y prioridad de salud pública. Esta colaboración ha dado lugar a una mejor coordinación programática e institucional, como también ha mejorado el intercambio de información entre los organismos.

La OPS ha iniciado actividades con asociaciones profesionales, como la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Se ha firmado un memorando de entendimiento, en el cual la Federación da su acuerdo en colaborar para mejorar los programas de salud reproductiva a nivel nacional.

La OPS también colabora con la Confederación Internacional de Matronas para facilitar el apoyo y la coordinación nacional de las actividades para reducir la mortalidad materna y para estandarizar normas, protocolos e instrumentos clínicos.

### *5.5 Reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas*

La vigilancia y evaluación de los programas son esenciales para la continuación y el mejoramiento de los esfuerzos para reducir la mortalidad materna. Hay que proceder a la evaluación a nivel local, nacional y regional. Sus principales instrumentos son los indicadores y los datos en los cuales se basa. También está mejorando la vigilancia de la mortalidad materna. Su medición, en particular a escala nacional y local, debe ser factible en los países de América Latina y el Caribe. Los comités de mortalidad materna están procediendo cada vez más a identificar e investigar (auditorías) las defunciones maternas y, basándose en los resultados, están recomendando las medidas necesarias.

Las auditorías de las defunciones maternas, de la atención prestada por los proveedores y de las barreras que dificultan la atención son técnicas relativamente nuevas y todavía no plenamente utilizadas en los países en desarrollo. Estas auditorías deben llevarse a cabo en todos los niveles del sistema de atención de salud. Es importante señalar que las auditorías tendrán poco efecto si sus resultados no se comunican a las personas, las comunidades y las organizaciones que pueden usar los datos para abogar por cambios positivos de la política de salud o del proveedor.

El uso de auditorías basadas en criterios del tratamiento de las complicaciones obstétricas graves en los hospitales de distrito en Jamaica reveló que las mejoras más evidentes se produjeron en los ámbitos asistenciales en los cuales el desempeño habitual era muy inferior al nivel óptimo, como en el mantenimiento de registros, el uso de medicamentos y el monitoreo clínico.

### *5.6 Financiar servicios de salud reproductiva dentro de la reforma del sector de la salud*

Los resultados de los estudios sobre el costo de los servicios de salud materna indican que, en la mayoría de los casos, puede prestarse una asistencia más económica en el nivel de la atención primaria. Por lo tanto, el mejoramiento de los centros de salud para proporcionar cuidados obstétricos esenciales es una opción efectiva de acuerdo a los costos. Esto es particularmente digno de mención, pues las mujeres pobres de comunidades rurales aisladas son las más afectadas por la falta de cuidados obstétricos esenciales y, por lo tanto, quienes más probabilidad tienen de morir durante el parto. Para mejorar la salud materna en los países en desarrollo, el modelo del financiamiento de la atención de salud debe facilitar el acceso y garantizar la calidad de la atención, incluyendo no sólo un conjunto esencial de servicios de salud, sino también un sistema viable de referencia de pacientes y de transporte. La clave es la sostenibilidad financiera.

Los costos son un factor importante en la decisión de utilizar los servicios. En algunos lugares, se ha comprobado que los nuevos modelos de financiamiento con diferentes formas de recuperación de costos para los servicios de salud constituyen un obstáculo para acudir a los servicios, especialmente entre las poblaciones más pobres. Algunos países, particularmente Bolivia, Ecuador y Perú, en sus reformas del sector de la salud, están practicando la cobertura universal mediante el seguro de salud para la atención médica de la madre. Es demasiado pronto para determinar la eficacia de estos planes en cuanto a la reducción de la mortalidad materna, pero es evidente que el costo es un obstáculo para muchos, si se considera el aumento de los nacimientos en centros asistenciales desde la aplicación de estas medidas.

El programa de seguro nacional de Bolivia para las madres y los niños es un ejemplo de programa financiero descentralizado. Se introdujo en 1996 y apunta al suministro de atención médica esencial gratuita para las mujeres en edad fecunda, los recién nacidos

y los niños hasta los cinco años de edad. Cubre determinadas necesidades sanitarias prioritarias como el nacimiento y la atención prenatal. El gobierno municipal reembolsa los gastos en función de los servicios utilizados. Se calcula que 20% de los ingresos nacionales se asignan a los municipios, de los cuales 85% son "con fines de inversión"; 3.2% de estos fondos de inversiones van a un Fondo Local Compensatorio de Salud, que reembolsa las solicitudes del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN). En 1998 surgió el Seguro Básico, en cuyo paquete asistencial iban incluidos servicios adicionales, como la cobertura de complicaciones del aborto, las infecciones de transmisión sexual y la atención tras un aborto. En cuanto a los resultados e indicadores de salud materna, la cobertura es baja en Bolivia, pero se produjo un claro aumento de la utilización de los servicios de salud materna (de 16% a 39% para atención prenatal y de 43% a 50% para atención obstétrica) tras la introducción del SNMN.

## 6. IMPLICACIONES FINANCIERAS

### 6.1 *Los Estados Miembros*

La OMS y el Banco Mundial han calculado que el conjunto de medidas ordinarias de salud de la madre y el recién nacido costaría aproximadamente US\$ 2.60 por persona y por año en un país de bajos ingresos. Estos costos son principalmente los de los servicios de salud materna (68%), pero incluyen asimismo planificación familiar posparto y atención neonatal básica, así como la promoción de condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual. La prestación de servicios de salud materna eficaces requiere mejor infraestructura y servicios de maternidad, pero no suele requerir centros nuevos.

### 6.2 *La Oficina*

La OPS ha asignado recursos para la reducción de la mortalidad materna a escala regional y nacional. Los países de la Región necesitan recursos financieros

adicionales para aplicar intervenciones basadas en evidencias. Para apoyar la ejecución de la estrategia en 2002 y posteriormente, la Oficina prevé que se necesitarán, como mínimo, otros \$850.000 por bienio para las actividades de cooperación técnica y para recursos humanos.

## 7. TEMAS CLAVE PARA EL DEBATE

Los resultados están claros: la muerte materna es evitable; se sabe qué intervenciones son eficaces, y la inversión en maternidad sin riesgo reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantil. Para lograr la meta de reducir las tasas nacionales de mortalidad materna por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos, los países de América Latina y el Caribe deben concentrarse en las siguientes áreas clave:

- Las intervenciones de maternidad sin riesgo forman parte de las más eficaces en función de los costos del sector de la salud. La prestación de servicios de salud materna eficaces requiere mejor infraestructura para que sea posible, en los centros ya existentes, ofrecer servicios obstétricos básicos y de urgencia. En la mayoría de los países, las mayores repercusiones pueden lograrse mediante intervenciones para mejorar los centros de salud de la comunidad y los hospitales de distrito existentes, por ejemplo, adiestrando a los proveedores de servicios de salud en materia de asistencia al parto, especialmente enfermeras y parteras calificadas, o comprando los equipos y suministros obstétricos esenciales. En general, los costos más bajos y la mayor sostenibilidad se alcanzan en los programas que recurren a la capacidad existente. Hay que identificar los obstáculos para lograr el financiamiento más equitativo y sostenible de los servicios de salud materna, específicamente por lo que respecta a la reducción de la mortalidad materna.
- La intervención más fundamental, por sí sola, para la maternidad sin riesgo, es que cada par-

to sea atendido por personal de salud adiestrado al respecto, y que se disponga de transporte en caso de urgencia. La asistencia calificada también puede verse más ampliamente, incluyendo en ella el contexto político y de políticas en el cual debe operar, y las influencias socio-culturales.

- Hay que tomar medidas para que los partos sean atendidos por personal calificado y en un entorno favorable, especialmente en regiones subatendidas como las rurales.
- Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. Las normas establecidas conjuntamente en 1997 por la OMS, el UNICEF y el FNUAP recomendaban que por cada 500.000 personas hubiera cuatro centros que ofrecieran cuidados obstétricos esenciales básicos y uno que ofreciera cuidados obstétricos integrales. Los esfuerzos de reforma ofrecen una oportunidad de velar por que los cuidados obstétricos esenciales formen parte integrante de cualquier mejora de los sistemas de financiamiento, calidad, organización y gestión. Los Estados Miembros tienen que establecer y aplicar estrategias para mejorar la disponibilidad de cuidados obstétricos esenciales a nivel primario, incluidos componentes como el acceso al abastecimiento de sangre, a operaciones quirúrgicas, a anestesia y a personal calificado para controlar las complicaciones obstétricas.
- Siguen existiendo vastas discrepancias de acceso a la atención de salud materna entre mujeres más ricas y más pobres, mujeres de zonas urbanas y de zonas rurales, y mujeres escolarizadas y no escolarizadas. Muchas mujeres comunican que los profesionales del sistema de salud oficial no son amables, ni comprenden sus valores y creencias culturales. En consecuencia, muchas mujeres acuden a miembros de su familia o a parteras tradicionales para la aten-

ción prenatal, del parto y del puerperio. Esto puede conducir a retrasos, que pueden ser mortales, para detectar a tiempo las complicaciones relacionadas con el embarazo o para atenderlas.

- Se insta a los Estados Miembros a que reconozcan que la salud materna es de importancia fundamental para la salud pública general. Para mejorar la salud materna, es necesario: a) incluir a las mujeres y a las comunidades en el diseño y la evaluación de los servicios para que respondan a las necesidades locales; b) comprometer a las comunidades en los esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable; y c) empoderar a las comunidades, las familias y las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo. Esto debe hacerse en un marco político fuerte de promoción de la salud.
- Los asociados que actúan en el ámbito del desarrollo, a todos los niveles, han de trabajar en pro de la elaboración y el mantenimiento de programas que reduzcan el número de mujeres que mueren de causas relacionadas con el embarazo. La confianza mutua, la transparencia y la formación de capacidad deben caracterizar las asociaciones. Los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras ONG deben participar y ser impulsados como socios clave en los esfuerzos por reducir la mortalidad materna. Hay que tomar medidas para obtener la colaboración interinstitucional al promover y poner en práctica estrategias de reducción de la mortalidad materna.

## 8. INTERVENCIÓN DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

A partir de la información presentada en este documento en lo referente a la situación de la mortalidad

materna en la Región de las Américas, se solicita a la Conferencia Sanitaria Panamericana que estudie las siguientes medidas:

- Recomendar mecanismos para velar por el compromiso a largo plazo de los Estados Miembros, tanto político como programático, con inclusión del apoyo financiero, para mejorar la manera de llevar a cabo las actuales actividades de maternidad sin riesgo.
- Debatir y apoyar las intervenciones propuestas basadas en evidencias, y concebidas para reducir la mortalidad materna.
- Proponer estrategias para movilizar a largo plazo recursos técnicos y financieros, a escala regional y nacional, para la ejecución de las estrategias.
- Solicitar a la Oficina que vigile y comunique los progresos hacia la reducción de la mortalidad materna.

Se invita a la Conferencia a considerar la Resolución CE130.R10 recomendada por el Comité Ejecutivo.

# REGIONAL STRATEGY FOR MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY REDUCTION

## THE 26TH PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having considered Document CSP26/14, Regional Strategy for Maternal Mortality and Morbidity Reduction;

Being aware of the unnecessarily high death rate of women as a result of complications from pregnancy and childbirth; and

Taking into account that research results and practical experience have demonstrated that specific interventions, such as Essential Obstetric Care (EOC) and Skilled Attendance at Birth, can reduce the incidence and severity of major complications associated with pregnancy, childbirth, and the postpartum period for mothers and their newborns,

## RESOLVES:

1. To urge the Member States to:
  - (a) adopt the Millennium Summit Declaration goal of reduction of maternal mortality ratios by 75%, from 1990 levels, by the year 2015; improve the intracountry ratios, especially urban-rural disparities, and reduce maternal morbidity;
  - (b) ensure that the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality is a health sector priority and that women and adolescent girls have ready and affordable access to essential obstetric care, well-equipped and adequately staffed maternal health-care services, skilled attendance at delivery, emergency obstetric care, effective referral and transport to higher levels of care when necessary, post-partum care and family planning in order to inter alia, promote safe motherhood;
  - (c) endorse and support evidence-based interventions, such as Essential Obstetric Care and Skilled Attendance at Birth, to reduce maternal mortality and morbidity;
  - (d) adhere to guidelines issued jointly in 1997 by the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, and the United Nations Fund for Population Activities, recommending that for every 500,000 people there be four facilities offering basic EOC and one facility offering comprehensive EOC;

- 
- (e) endorse and support evidence-based health promotion interventions so that women, families, and communities can plan for obstetric complications, identify problems early, and respond appropriately;
  - (f) develop key partnerships between local and national governments, health services, professional associations, women's organizations, and other nongovernmental organizations, in order to enhance efforts to reduce maternal mortality and morbidity, in addition to ensuring interagency collaboration when promoting and implementing maternal mortality and morbidity reduction strategies.
2. To request the Director to:
- (a) support in establishing and implementing mechanisms to strengthen information and surveillance systems for monitoring progress in the reduction of maternal mortality and morbidity;
  - (b) develop mechanisms to assist Member States to make a long-term commitment, both political and programmatic, including financial support within available resources, to implement updated safe motherhood interventions and maternal mortality and morbidity reduction strategies;
  - (c) develop, in consultation with the United Nations Organizations, a program of work which fully integrates safe, reliable, and high quality family planning methods as well as information, education, and counseling to reduce early and unplanned pregnancies, prevent sexually transmitted infections and HIV/AIDS in the work program of PAHO and at the country level.

*(Eighth meeting, 26 September 2002)*

# CREATION OF A VOLUNTARY FUND FOR THE REDUCTION OF MATERNAL MORTALITY IN THE AMERICAS

## THE 26TH PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE,

Having examined document CSP26/14, whereas:

Guaranteeing the life of women throughout pregnancy and childbirth, the moment they give life, is guaranteeing a basic human right;

None of the countries of the Americas has succeeded in meeting the maternal mortality reduction goal set by the World Summit for Children for the year 2000;

It will be difficult to achieve the goal of reducing maternal mortality by 75% by the year 2015, established in the Declaration of the United Nations Millennium Summit, without immediate major efforts and investment by the entire Hemisphere;

The drop in fertility in the vast majority of countries in the Americas has been obtained through national efforts, coupled with a significant financial investment on the part of the United Nations and social development agencies, has contributed to a reduction in the absolute number of maternal deaths, but has been insufficient to lower the risk of a woman dying with each pregnancy; and

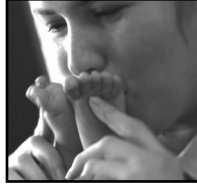
Now that the anticipated drop in fertility has been achieved in Latin America and the Caribbean, significant cutbacks are progressively being made in international funding for reproductive health,

## RESOLVES:

1. To approve the creation of a Voluntary Fund for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, administered by the Pan American Health Organization.
2. To ensure that resources from this Fund are used to:
  - (a) support countries that present a national plan for this purpose that clearly indicates the action to be taken, as well as the national resources to pay for it to meet the goal of the Millennium Summit;
  - (b) provide matching funds for civil society activities aimed at empowering women and increasing their understanding about pregnancy, childbirth, and the puerperium, and improving their ability to identify eventual problems early on and seek health care;

- (c) finance national initiatives to raise awareness among local health workers and professionals and train them to adequately deal with the problem;
  - (d) monitor national outcomes.
3. To request the Director to:
- (a) establish a Voluntary Fund for Reduction of Maternal Mortality in the Americas, and develop the corresponding Terms of Reference;
  - (b) report to the Directing Council on a timely basis on the Fund's status and progress.

*(Eighth meeting, 26 September 2002)*



# REGIONAL STRATEGY FOR MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY REDUCTION

The unnecessarily high death rate of women as a result of complications from pregnancy and childbirth constitutes a tragedy in Latin America and the Caribbean. The estimated overall maternal mortality ratio for those countries is 190 per 100,000 live births. In 1995, this ratio represented some 22,000 maternal deaths. Pregnancy and childbirth are not a disease, yet women in Latin America and the Caribbean are still dying from the same causes as women in industrialized countries in the early twentieth century. Although the maternal mortality ratio has stagnated since the issue of safe motherhood became prominent in the late 1980s and early 1990s, maternal mortality continues to be a public health priority in which little progress has been achieved in recent times, and for which the Pan American Sanitary Conference is asked to provide a clear mandate for the Pan American Health Organization (PAHO).

Knowledge of the causes of maternal disability and death and of the appropriate interventions in resource-poor settings has increased considerably. History has shown that the key to reducing maternal mortality lies not only in social and economic development, but also in making effective treatment available and accessible. Research results and practical experience have demonstrated that specific health

interventions can reduce the incidence and severity of major complications associated with pregnancy, childbirth, and the postpartum period for mothers and their newborns. A more focused approach, concentrating on such cost-effective interventions as Essential Obstetric Care (EOC), skilled attendance at birth, and improved access to quality maternal health care services, is currently being promoted by PAHO.

The findings are clear: maternal death is preventable; effective interventions are known; and investment in safe motherhood will not only reduce maternal and infant death and disability, but will also contribute to improved health, quality of life, and equity for women, their families, and communities. Safe motherhood interventions, which include health promotion strategies, are among the most cost effective in the health sector, particularly at the primary care level. This is especially noteworthy, because poor women in isolated rural communities are the most affected by the lack of basic EOC, and thus most likely to die in childbirth.

This document is presented to the Conference for its review and discussion, as well as, its consideration of the annexed resolution CE130.R10 recommended by the Executive Committee.

1. Introduction . . . . .	3
2. Current Situation of Maternal Morbidity and Mortality . . . . .	4
2.1 Epidemiological and Social Context . . . . .	4
2.2 Where in the Region Are Women Dying? . . . . .	5
3. Lessons Learned . . . . .	6
3.1 Promoting Best Practices and Evidence-based Interventions . . . . .	6
3.2 Ensuring a Multisectoral Approach . . . . .	9
4. Goals and Objectives . . . . .	10
5. Moving from Lessons to Action: the Regional Strategy . . . . .	10
5.1 Promoting Effective Policies and Guidelines at National and Municipal Levels . . . . .	10
5.2 Providing Reproductive Health Services: Ensuring Essential Obstetric Care and Skilled Attendance at Birth . . . . .	11
5.3 Empowering Women, Families, and Communities . . . . .	12
5.4 Building Partnerships and Coalitions . . . . .	12
5.5 Strengthening Maternal Morbidity and Mortality Surveillance Systems . . . . .	13
5.6 Financing Reproductive Health Care within Health Sector Reform . . . . .	13
6. Financial Implications . . . . .	14
6.1 Member States . . . . .	14
6.2 The Bureau . . . . .	15
7. Key Issues for Deliberation . . . . .	15
8. Action by the Pan American Sanitary Conference . . . . .	16

# CHALLENGES TO PROGRESS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

## 1. INTRODUCTION

Compared to other mortality reduction efforts in the Region, maternal mortality is a public health issue in which little progress has been achieved in recent times. While many health indicators, such as the global fertility rate and the crude birth rate, have dropped sharply over the last two decades, maternal mortality rates and ratios have remained stagnant. The causes are rooted in the inappropriateness of many interventions intended to improve maternal health, as well as in gender inequities. In particular, there is a clear connection between the low socioeconomic status of women and the risk of maternal illness and death. The incidence of maternal death is, therefore, directly related to the rights of women and the communities in which they live.

Following the Safe Motherhood Initiative, which was introduced in Nairobi in 1987, PAHO launched the Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas, which was approved in 1990 at the 23rd Pan American Sanitary Conference. The Plan's main objective was to reduce the rates of maternal mortality by 50% or more by the year 2000 through improvement in reproductive health care. It also called for explicit political commitment by the social and economic sectors to develop legislation, implement policy, and undertake programs of action. The scope of the plan was too broad and therefore too difficult to operationalize in the countries. The most effective interventions which would address almost 80% of the major causes of maternal deaths during delivery and post partum were not emphasized.

At the country level, the resources were concentrated on prenatal care, including screening for risk factors. However, evidence has proved that prenatal care alone is not sufficient to reduce maternal mortality, because it does not always predict certain complications during labor and post partum, such as uterine atony, or the failure of the uterus to contract properly after childbirth, and placenta retention. In addition, there was an emphasis on promoting trained Traditional Birth Attendants (TBAs) to provide maternity care to women in the communities. These TBAs lacked sufficient skills to identify and manage obstetrical complications and received little or no support from the health infrastructure, resulting in minimal impact in reducing maternal mortality.

Despite efforts in this area, there were only minor improvements in the overall situation, especially with regard to impact indicators. Only five countries in the Region reported achieving the 15% reduction targeted for 1995. An evaluation of the Plan indicated that political and financial limitations at the national level hampered successful implementation. Additionally, several interventions, such as skilled attendance at birth and Essential Obstetric Care (EOC), were not adequately addressed programmatically. It should also be noted that poor and indigenous populations were ignored when considering women most in need.

In 1997, representatives from governments, donors, nongovernmental organizations (NGOs), and technical experts at the Safe Motherhood Technical Consultation agreed on key interventions for reducing maternal mortality. These interventions are reflected in the Safe Motherhood Action Agenda,

and include the advancement of safe motherhood through human rights, social and economic change for women, delay of marriage and first birth, acknowledgement that every pregnancy faces a risk, ensuring skilled attendance at birth, and improving quality and coverage of care among other things.

## 2. CURRENT SITUATION OF MATERNAL MORBIDITY AND MORTALITY

### *2.1 Epidemiological and Social Context*

The overall maternal mortality ratio estimated for Latin American and Caribbean (LAC) countries is 190 deaths per 100,000 live births. In 1995, this ratio represented some 22,000 maternal deaths. It is important to consider that women in these countries are still dying from the same causes as women in industrialized countries in the early twentieth century. Maternal mortality may be analyzed, using medical definitions, by distinguishing between “direct obstetric causes” and “indirect obstetric causes.” In all Member States, (including Canada and the United States) the direct obstetric causes predominate and exceed 70%. These primary medical causes are hemorrhage (25%), sepsis (15%), complications of abortion (13%), eclampsia (12%), and obstructed labor (8%). In an analysis of the direct obstetric causes (excluding abortion), hemorrhage, sepsis, and toxemia are the three most common causes, followed by complications of puerperium.

Women with obstetric complications usually die within 48 hours. Deaths caused by hemorrhage and sepsis are more related to the birth itself. Hypertensive disorders of pregnancy are a major contributor to severe maternal morbidity and mortality. These complications are directly related to the lack of access to or utilization of maternity services. In addition, services are often unable to respond to emergency situations, and sometimes provide poor quality of care.

The World Health Organization (WHO) has identified HIV/AIDS as an underlying factor in direct obstetric deaths, such as puerperal infection and complications of induced abortion. HIV infection was also identified as a contributor to such indirect causes as anemia and tuberculosis, and as an indirect cause of maternal deaths (WHO, 1998). In the LAC countries, it is estimated that 1.4 million adults and children are currently living with HIV/AIDS. One-quarter of HIV-positive adults are female. The Caribbean is the most severely affected area in the Region. Haiti has the highest HIV/AIDS rates, and in 1996, 13% of pregnant women tested positive for HIV. Indirect obstetric causes are likely underreported. In addition, WHO has estimated that for each maternal death in the Region there occur 135 illnesses. These women experience preventable chronic health problems after pregnancy and delivery, such as uterine prolapse, fistulas, incontinence, or pain during sexual intercourse.

The available data show that complications of abortion are important contributing factors to maternal mortality. Twenty countries in the Region have recognized abortion as an important public health problem. Recent estimates provide an overall figure of 2,8 million abortions in six countries in LAC annually (UN Commission on Population and Development, 2002). These maternal deaths are only the tip of the iceberg, and the underlying rates of morbidity are much higher.

Adolescent pregnancy is a critical issue in safe motherhood, as teenage mothers account for a disproportionate share of maternal deaths and disabilities. In LAC countries, about one-third of women between the ages of 20 and 24 have had their first pregnancy by age 20. Many of these pregnancies are unwanted or mistimed; therefore, they are more likely to result in health problems for the mother, either because they lead to termination of pregnancy or because young women are less likely to seek appropriate care. Furthermore, the physical and physiological underdevelopment of young women under 16 years of age makes them particularly vulnerable to

complications that arise during pregnancy and child-birth.

While maternal mortality and morbidity affect women of all social and economic strata, there are a disproportionate number of poor, illiterate women dying, a majority of whom reside in rural areas. Among adolescents, maternal mortality is an important cause of deaths. Legislation, cultural beliefs, and practices that undervalue women contribute to this disparity by limiting access to economic resources. Thus, death or disability results from the situation of extreme disadvantage in which many women in LAC countries find themselves.

## *2.2 Where in the Region Are Women Dying?*

The Americas have some of the largest inequities in maternal mortality of any region in the world (see Table 1). For example, there are only 4 maternal deaths per 100,000 live births in Canada, as compared to 523 in Haiti. Even within Latin America there are great disparities. Chile has a maternal mortality rate of 23 per 100,000 live births, compared to 390 in Bolivia. Official estimates suggest that the rates are lower than 100 per 100,000 live births in Brazil, the Dominican Republic, and El Salvador.

However, underreporting of official statistics is a major concern. WHO has adjusted the maternal mortality rates in 14 countries in order to reflect more accurately the magnitude of the problem. In addition, maternal mortality varies greatly within countries, reflecting inequities in socioeconomic conditions and access to quality health care services. In Bolivia, the maternal mortality ratio varies significantly by geographic region (altiplano, valleys, plains) and by place of residence (urban, rural). In the rural plateaus, as many as 973 maternal deaths per 100,000 live births were observed for the period 1989-1994, compared to 36.1 maternal deaths per 100,000 live births in urban areas for the same period.

**TABLE 1. OFFICIAL MATERNAL MORTALITY RATES FOR SELECTED COUNTRIES IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (1997-1999)**

Country	Maternal Mortality Rate <sup>1</sup> (maternal deaths per 100,000 live births)
Bolivia	390
Brazil	60
Canada	4
Chile	23
Dominican Republic	80
Ecuador	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haiti	523
Honduras	108
Mexico	51
Nicaragua	118
Paraguay	114
Peru	185

<sup>1</sup> PAHO Health Situation in the Americas, Basic Indicators 2001.

## 3. LESSONS LEARNED

### *3.1 Promoting Best Practices and Evidence-based Interventions*

Since 1987, knowledge of the causes of maternal disability and death and of the appropriate interventions in resource-poor settings has increased considerably. History has shown that the key to reducing maternal mortality lies not solely in general social and economic development, but also in making effective treatment available and accessible.

PAHO is currently promoting a more focused approach, concentrating on the availability of cost-effective interventions at the primary health care level, particularly involving and educating women, their families, and communities. These interventions include EOC, skilled attendance at birth, management

of post-abortion complications, and improved access to quality maternal and newborn health care.

WHO has identified key components of EOC. The basic EOC facilities, which should be accessible to all women, include birthing centers with a skilled attendant, necessary supplies, and the ability to quickly transport a woman to a comprehensive EOC facility if necessary. Key components in a basic EOC facility are: (a) management of problem pregnancies (e.g., anemia, diabetes); (b) medical treatment of complications related to pregnancy, delivery, or abortion (e.g., hemorrhage, sepsis, complications of abortion, eclampsia); (c) manual procedures (e.g., removal of placenta, repair of tears or episiotomies); (d) monitoring of labor (including the partograph); and (e) basic neonatal care. Comprehensive EOC includes all of the basic EOC services, plus surgical interventions, anesthesia, and blood replacement. It also provides the necessary interventions for high-risk pregnancies and complications during delivery.

### 3.1.1 Basic and Comprehensive Essential Obstetric Care

Assuring availability of EOC, both basic and comprehensive, is fundamental to improving maternal health. Over the past decade, more resources have been put into antenatal care than into delivery, immediate postpartum care, and essential care for managing complications. However, the majority of complications and deaths occur during and immediately after delivery, or from complications of abortion. Based on the latest scientific evidence, the provision of EOC is emerging as one of the most effective strategies in the reduction of maternal mortality. Basic and comprehensive care facilities are important components of EOC. These facilities include birthing centers with a skilled attendant, necessary supplies, and emergency transportation systems.

### 3.1.2 Skilled Attendance at Birth

Professional delivery care is at the center of most successful efforts to reduce maternal illness and death. The ease and speed with which skilled attendance has been promoted as a global priority is itself an indication of the urgent need to offer key decision-makers an intervention perceived as feasible and effective. This need arises from the failure of earlier priorities, e.g., traditional birth attendant (TBA) training and antenatal “at risk” scoring, to decrease maternal mortality. Women attended by skilled attendants<sup>1</sup> with midwifery skills are more likely to avoid serious complications and to receive treatment early. A key feature of countries that have lowered maternal mortality to a level of less than 100 per 100,000 live births appears to be that the large majority of babies are delivered by skilled birth attendants. In the 1970s, Chile was able to reduce its maternal mortality by half (from 200 to 100) by providing professional delivery care using a midwifery model in a supportive environment. Skilled attendance at birth is known to make a difference not only in reducing maternal mortality, but also in decreasing perinatal deaths. Nevertheless, research has shown that in 17 countries in LAC, there are very large inequities in the number of skilled attendants at birth. For example, the rural areas in these countries are seriously underserved by skilled attendants. Over the last decade, most of the Member States have invested resources in strengthening health systems and services throughout rural areas to diminish the gap in accessibility and availability of primary health care services. However, there are still some areas where services are not within close reach of communities and the skilled attendants are not available. In this case, interventions that ensure clean and safe deliveries, such as training of TBAs and family members, will need to be continued. However, it should be empha-

<sup>1</sup> The term skilled attendant or provider refers exclusively to people with midwifery skills (for example, doctors, midwives, and nurses) who have been trained to proficiency in the skills necessary to provide competent care during pregnancy and childbirth. Skilled attendants must be able to manage normal labor and delivery, recognize the onset of complications, perform essential interventions, start treatment, and supervise the referral of the mother and baby for interventions that are beyond their competence or not possible in the particular setting (based on “Reduction of Maternal Mortality,” a joint WHO/ UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: WHO, 1999).

sized that training of TBAs alone, in the absence of a functioning referral system and adequate support from skilled attendants, is not effective in reducing maternal mortality. Where TBA training is undertaken, it should be part of a comprehensive infrastructure that includes a system for referrals, supervision, and evaluation.

### 3.1.3 Quality of Care

One peculiarity in Latin America and the Caribbean is that the vast majority of deliveries, about 75%, are performed in institutions. Despite these figures, in 17 countries, maternal and perinatal morbidity and mortality rates are higher than expected for the population at risk, implying poor health care quality. Another dimension of the inequities in health care contributing to maternal mortality is access to cesarean sections. In LAC countries, this procedure is both under and overutilized. WHO recommends an overall rate of 15%, based on the expected number of women who will face life-threatening complications during labor and delivery. The incidence of cesarean sections in countries can, therefore, serve as an indicator of access to quality obstetric care. For example, in Paraguay, only 6% of rural deliveries were by cesarean section, compared to a rate of 32% in urban areas. In other Latin American countries, rates of cesarean section are increasing and are currently higher than 15% in urban areas. This urban-rural disparity is especially important to note, as it indicates that either women with complications do not have access to services because of financial or geographic barriers, or that health services are not sufficiently equipped or trained to address the problem. In addition, high episiotomy rates have been reported. In public hospitals in Argentina and Uruguay, for every 10 primiparous women giving birth vaginally, 9 are currently receiving an episiotomy. These practices lead to high user dissatisfaction for women delivering in public hospitals in Latin America, and for many are culturally unacceptable. Obstetrical interventions should be evidence-based, and interventions that are effective only in high-risk groups should not be used routinely. On the other

hand, many practices that have proven beneficial are neither routinely used nor included in the clinical practice guidelines of maternity hospitals.

### 3.1.4 Empowering Women, Their Families, and Their Communities

Women's empowerment is a key strategy for maternal mortality reduction. Enabling women to make their own choices and providing them with adequate information allows them to make critical decisions regarding their health, and therefore enables them to exercise their rights. It allows them to recognize danger signs and complications, to follow medical procedures, and to benefit from health education programs. They are more likely to take responsibility for their own health and that of their child, and demand prompt and quality health care for themselves, their families, and their communities. Furthermore, expectant fathers should participate in health promotion and education programs, and social communication campaigns should include messages that encourage their involvement. In many communities, it is easier for the mother to access specific health services if she receives the support of other family members, including her partner or spouse. Community empowerment and mobilization create a supportive environment for increasing intersectoral investment in improving health. For example, recent experiences in Ecuador, Honduras, and Nicaragua have shown that by strengthening communities' ability to identify danger signs during pregnancy and childbirth, as well as to assume responsibility for emergency transport for obstetric and neonatal complications, access to health services has improved. This community action has resulted in maternal mortality and morbidity reduction.

### 3.2 Ensuring a Multisectoral Approach

Maternal mortality can be reduced through the synergistic effect of combined interventions within the context of a strong health promotion and policy framework. Improvements in the health system are vital, since women are dying at the service delivery

level due to the lack of an obstetric network that extends from the community to the highest level of care for obstetrical complications. In countries where death and disability from complications of pregnancy and childbirth are all too common, the pursuit of safe motherhood must be based on a multisectoral approach and should be a specific component when collaborating with all parties involved, both inside and outside the government. The multisectoral approach may include education, human rights, transportation, and economic development.

An analysis of the reduction of maternal mortality in Honduras from 1990 to 1997 highlights the multisectoral approach. The ratio decreased by 38%, from 182 to 108 maternal deaths per 100,000 live births (Danel et al., 2000). Key factors identified in reducing maternal mortality in Honduras were: (a) strong national leadership, allocation of resources in promoting social services and health, and prioritization of reduction of maternal mortality; (b) strong community participation; (c) improved availability of EOC services; (d) improved referral of women with obstetric complications during home births; (e) improved referral of women to a skilled attendant; (f) overall increase in deliveries with skilled attendants; and (g) improved quality of care.

#### 4. GOALS AND OBJECTIVES

Broadly, the goals of safe motherhood are: to protect and promote reproductive and human rights by reducing the global burden of unnecessary illness, disability, and death associated with pregnancy, childbirth, and the neonatal period; to improve conditions for safe and healthy childbirth for women; and to ensure an equal start for children. International partners have mobilized behind the Safe Motherhood Initiative and are committed to achieving the Millennium Summit Declaration goal of reduction of maternal mortality ratios by 75%, from 1990 levels, by the year 2015. In addition, within the Region, a medium-term goal of

decreasing national maternal mortality ratios to less than 100 maternal deaths per 100,000 live births has been recommended, as well as improving the intracountry ratios as concerns urban-rural disparities.

### 5. MOVING FROM LESSONS TO ACTION: THE REGIONAL STRATEGY

#### *5.1 Promoting Effective Public Policies and Guidelines at National and Municipal Levels*

Progress in legal and policy frameworks must be achieved nationally, where laws and regulations that directly affect women's lives are enacted and enforced. As a result of their participation in international forums, many of the countries in the Region have made concerted efforts to propose legislation supporting the implementation of social protection strategies for women. This includes legislation protecting women against violence. However, much work needs to be done to promote and enforce this legislation. Most countries in the Region have supported policies or standards emphasizing the importance of safe motherhood and promoting a target of reducing maternal mortality by 50% by the year 2000. Bolivia, Brazil, Ecuador, and Mexico have been able to place safe motherhood prominently on the political agenda. The stimulus for action came from high-level political leadership, allied with strong grassroots support expressed through women's advocacy groups. Particularly noteworthy in all countries that have achieved low levels of maternal mortality is the fact that high-level political commitment to the issue is sustained over time, and there is an availability of resources. Strong emphasis should be placed at the national and local levels in translating this strategy into concrete plans for the implementation of the recommended interventions.

## *5.2 Providing Reproductive Health Care: Ensuring Essential Obstetric Care and Skilled Attendance at Birth*

Promotion of the integration of reproductive health care (e.g., provision of a wide range of contraceptives, maternal and infant care, treatment of sexually transmitted infections, and post-abortion care) should be an essential component of health sector reform, and access to these services should be ensured for all women and men. In addition, increasing attention should be given to the provision of youth-friendly adolescent reproductive health education and care. Adolescent health services are essential, as rates of HIV/AIDS, as well as fertility, in LAC countries are increasing.

It was not until the 1990s that the international community began to realize that deliveries are far safer with professional assistance, and that when a serious problem appears, a pregnant woman should have access to an appropriately equipped health service. In addition, the provision of EOC, as defined by WHO, is a key strategy that directly addresses the medical causes of maternal mortality. With limited inputs, facilities (hospitals and health centers) can become capable of providing EOC. A system should be established to ensure that staff are available to manage obstetric complications and emergencies (including the provision of cesarean sections and post-abortion care) 24 hours a day, and that the necessary supplies are available, especially in rural areas. Obstetric emergencies should have priority access to the operating room, and safe blood transfusion and anesthesia services need to be available 24 hours a day, particularly in facilities providing the first level of care.

An important factor is availability and access to quality care. Several studies in the Region have demonstrated that women will not use services if they feel that they have been treated without respect, if the services are not able to respond to their needs, or if they are not of acceptable quality. The availability of quality care is one of the key fac-

tors in avoiding delays and not missing opportunities in seeking attention.

## *5.3 Empowering Women, Families, and Communities*

Advocacy, empowerment of women, families and communities, and education are key strategies for increasing public demand for maternal health care.

Efforts to empower women are aimed at increasing personal resources like knowledge, cognitive abilities, and the capacity for making healthy choices. These abilities can be reinforced and improved through educational processes (basic and adult education), and improved interactions and communications with a skilled attendant. A strong focus is also needed on the partner and the family in order to create a more supportive environment for the woman. Her partner and family must support the birth and emergency preparedness plans. They must also be aware of danger signs that may occur during pregnancy, childbirth, and post-partum periods in order to assure timely decision-making and prompt action to seek appropriate care.

Organization of transport and community health-financing schemes are all positive actions in increasing access. Ensuring community access to data on maternal and newborn health and involving the community in improving the quality of care are examples of community partnerships that ensure program demand and sustainability. Communities that actively contribute to maternal health programs develop a sense of ownership and a vested interest in their success. This approach is a critical part of the process required to improve maternal health and decrease maternal mortality.

## *5.4 Building Partnerships and Coalitions*

Achieving a supportive environment for safe motherhood requires collaboration and coordination. Strengthening of national and local capacity and long-term political commitment are needed to create this supportive environment.

Within the Region, country-level efforts have been further strengthened through efforts to improve coordination of diverse groups working to reduce maternal mortality. PAHO is the technical secretariat of the Regional Maternal Mortality Interagency Task Force. Members of the Task Force include the United Nations Children's Fund (UNICEF), United States Agency for International Development (USAID), United Nations Population Fund (UNFPA), Inter-American Development Bank (IDB), The World Bank, Population Council, Family Care International, and PAHO. The group was founded in 1999 and has been meeting and collaborating regularly. Its latest effort is the preparation of an interagency strategic consensus document for maternal mortality reduction. This document has been discussed and reviewed by 14 Member States where maternal mortality has been identified as an important public health problem and priority. This cooperative endeavor has resulted in enhanced coordination at the programmatic and agency levels, and has improved information-sharing between agencies.

PAHO has initiated activities with professional associations, such as the Latin American Federation of Obstetricians and Gynecologists. A memorandum of understanding was signed in which the Federation agreed to assist in the improvement of reproductive health programs at the national level. PAHO also collaborates with the International Confederation of Midwives to facilitate national support and coordination of activities to reduce maternal mortality and to standardize norms, protocols, and clinical tools.

### *5.5 Strengthening Maternal Morbidity and Mortality Surveillance Systems*

Monitoring and evaluation of programs are essential to the continuation and improvement of efforts to decrease maternal mortality. Evaluation needs to occur at local, national, and regional levels. Indicators and the data on which they are based, are the main tools. Surveillance of maternal mortality is also improving; and measuring maternal mortality, particularly at

national and local levels, should be feasible in the LAC countries. Maternal mortality committees are increasingly carrying out the identification and investigation of maternal deaths (such as audits) and, based on findings, recommending actions to be taken.

Audits of maternal deaths, provider care, and barriers to care are relatively new techniques, not yet fully utilized in developing countries. These audits should be carried out at all levels of the health care system. It is important to note that audits will have little effect if their outcomes are not communicated to individuals, communities, and organizations that can use the data to advocate positive changes at the health policy or provider level.

The use of criterion-based audits for the management of severe obstetric complications in district hospitals in Jamaica revealed that improvements were most marked in areas of care where the baseline performance fell far below the optimal level, such as in record-keeping, drug use, and clinical monitoring.

### *5.6 Financing Reproductive Health Care within Health Sector Reform*

Findings reviewing the cost of providing maternal health services suggest that, for most interventions, care can be provided more economically at the primary care level. Thus, upgrading health centers to provide basic EOC is a cost-effective option. This is particularly noteworthy, as poor women in isolated rural communities are most affected by the lack of basic EOC and thus most likely to die in childbirth. To improve maternal health in developing countries, the model of health care financing must facilitate access and guarantee service quality, including not only an essential package of health services, but also a viable referral system and transportation. The key is financial sustainability.

Health costs are an important factor in the decision to utilize services. New models of financing with different forms of cost recovery for health services have been identified in some places as a deterrent to seek-

ing services, especially in the poorer populations. Some countries, most notably, Bolivia, Ecuador, and Peru, within their health sector reforms, are implementing universal coverage through health insurance for maternity care. It is too soon to determine the effectiveness of these schemes in reducing maternal mortality, but it is evident that cost is a deterrent for many if one considers the increase in institutional births since the implementation of these measures.

Bolivia's national insurance program for mothers and children is an example of a decentralized financing program. It was introduced in 1996 and calls for the provision of free essential medical care for women of child-bearing age, newborns, and children up to 5 years of age. It covers selected priority health needs such as birth and antenatal care. Services are reimbursed on a per-service basis by the municipal government. It is estimated that 20% of national revenues are allocated to the municipalities, of which 85% are allocated to "investment purposes;" 3.2% of these investment funds go into a Local Compensatory Health Fund, which reimburses Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) (National Insurance for Maternity and Childhood) requests. In 1998, the Seguro Básico (Basic Insurance) was launched, and additional services, such as coverage for complications of abortion, sexually transmitted infections, and post-abortion care, were included in the package of care. In terms of maternal health outcomes and indicators of maternal health, coverage is low in Bolivia, but there was a demonstrated increase in the utilization of maternal health services (from 16% to 39% for antenatal care, and from 43% to 50% for delivery care) following the introduction of the SNMN.

## 6. FINANCIAL IMPLICATIONS

### 6.1 Member States

WHO and The World Bank have estimated that providing a standard package of maternal and newborn

health services would cost approximately US\$ 2.60 per person per year in a low-income country. These costs are primarily for maternal health services (68%), but also include postpartum family planning and basic neonatal care, as well as condom promotion to prevent sexually transmitted infections. Delivering effective maternal health services requires better infrastructure and maternity care services, but does not usually require new facilities.

### 6.2 The Bureau

PAHO has allocated resources for the reduction of maternal mortality at the regional and national levels. Countries in the Region need additional financial resources to implement the proposed evidence-based interventions. In order to support the implementation of the strategy in 2002 and beyond, the Bureau anticipates the need for, at a minimum, an additional \$850,000 per biennium for technical cooperation activities and human resources.

## 7. KEY ISSUES FOR DELIBERATION

The findings are clear: maternal death is preventable; effective interventions are known; and investment in safe motherhood will reduce maternal and infant death and disability. In order to attain the goal of decreasing national maternal mortality ratios to less than 100 per 100,000 live births, the LAC countries need to focus on the following key areas.

- Safe motherhood interventions are among the most cost-effective in the health sector. Delivering effective maternal health care services requires better infrastructure that supports basic and emergency obstetrical services within existing facilities. In most countries, the greatest impact can be achieved through interventions to improve existing community health centers and district hospitals, for example, by training health providers with midwifery skills, especially nursing and midwifery personnel, and purchasing essential obstetric equipment and supplies. In

general, costs are lowest and sustainability greatest in programs that make use of existing capacity. It is necessary to identify the obstacles to ensuring more equitable and sustainable financing of maternal health services, specifically with regards to maternal mortality reduction.

- The single most critical intervention for safe motherhood is to ensure that a health provider with midwifery skills is present at every birth, and transportation is available in case of an emergency. Skilled attendance can also be viewed more broadly to include the political and policy context in which skilled attendance must operate, and the sociocultural influences.
- Actions are necessary to ensure that skilled attendants at birth, together with an enabling environment, are available, especially in such underserved regions as rural areas.
- Maternal emergencies are extremely difficult to predict. Therefore, all women need access to EOC. Guidelines issued jointly in 1997 by WHO, UNICEF, and UNFPA recommended that for every 500,000 people, there should be four facilities offering basic EOC and one facility offering comprehensive EOC. Reform efforts offer an opportunity to ensure that EOC is an integral part of any improvements in financing, quality, organization, and management systems. Strategies should be identified, developed, and implemented by Member States to improve the availability of EOC at the first level of referral, including such components as access to blood supplies, surgery, anesthesia, and skilled personnel to manage obstetric complications.
- Vast discrepancies continue to exist in access to maternal health care between richer and poorer women, urban and rural women, and educated and uneducated women. Many women describe providers in the formal health care system as unkind and unsympathetic to their values and cultural beliefs. Consequently, many rely instead on family members or TBAs for antena-

tal, delivery, and postpartum care. This can lead to fatal delays in seeking care for pregnancy related complications or the timely detection of complications.

- Member States are urged to recognize that maternal health is of critical importance to overall public health. In order to improve maternal health, it is necessary to: (a) involve women and communities in the design and evaluation of services so that they respond to local needs; (b) engage communities in efforts to improve women's access to culturally acceptable maternal care; and (c) empower communities, families, and women to implement the actions needed to ensure safe motherhood. This should be done within a context of a strong policy and health promotion framework.
- Development partners at all levels need to work toward the development and maintenance of programs that reduce the number of women dying from pregnancy-related causes. Mutual trust, transparency, and capacity-building should characterize partnerships. Local and national governments, health services, professional associations, women's organizations, and other NGOs must be involved and promoted as key partners in efforts to reduce maternal mortality. Steps must be taken in order to ensure that interagency collaboration occurs when promoting and implementing maternal mortality reduction strategies.

## 8. ACTION BY THE PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE

Based on the information presented in this document regarding the situation of maternal mortality in the Region of the Americas, the Pan American Sanitary Conference is requested to consider the following actions:

- Recommend mechanisms to ensure that Member States make a long-term political and

---

programmatic commitment, including financial support, in order to improve the way in which safe motherhood activities are implemented;

- Analyze and endorse the proposed evidence-based interventions designed to reduce maternal mortality;
- Discuss strategies to mobilize long-term techni-

cal and financial resources at the regional and country levels for the implementation of safe motherhood interventions; and

- Request the Bureau to monitor and report progress in the reduction of maternal mortality. The Conference is invited to consider the annexed resolution CE130.R10 recommended by the Executive Committee.



# ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNAS

## A 26A CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o Documento CSP26/14, "Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna";

Consciente da taxa desnecessariamente elevada de mortalidade das mulheres em consequência das complicações da gravidez e parto; e

Levando em conta que os resultados das pesquisas e a experiência prática demonstram que intervenções concretas, como os Cuidados Obstétricos Essenciais (COE) e a assistência ao parto por pessoal qualificado, podem reduzir a incidência e a gravidade das principais complicações associadas à gravidez, ao parto e ao puerpério para as mães e os recém-nascidos,

## RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
  - (a) adotem a meta da Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, de reduzir as taxas de mortalidade materna em 75% até 2015, em relação aos níveis de 1990, e melhorar as taxas dentro dos países, especialmente as disparidades entre as zonas urbanas e rurais, reduzindo também a mortalidade materna;
  - (b) assegurem que a redução da morbidade e da mortalidade maternas e neonatais constitua uma prioridade do setor da saúde e que todas as mulheres, inclusive as adolescentes, tenham acesso rápido e de baixo custo a assistência obstétrica essencial, a bom equipamento, a serviços de atenção à saúde materna com número adequado de funcionários, a competente assistência na hora do parto, a atenção obstétrica de emergência, a referência efetiva e transporte para os mais elevados níveis de assistência necessários, a assistência pós-parto e a planejamento da família, a fim de promover, entre outros aspectos, o da maternidade livre de perigo;
  - (c) apoiem as intervenções baseadas em provas científicas para reduzir a mortalidade e a morbidade maternas, como os Cuidados Obstétricos Essenciais e a assistência ao parto por pessoal qualificado;

- (d) adotem as normas expedidas em 1997 conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Fundo das Nações Unidas para a População, segundo as quais para cada 500.000 habitantes devem existir quatro estabelecimentos que ofereçam atenção obstétrica básica e um que preste assistência obstétrica integral;
- (e) apóiem intervenções de promoção da saúde baseadas em provas científicas para que as mulheres, as famílias e as comunidades possam fazer planos a fim de enfrentar as complicações obstétricas, identificar a tempo os problemas e reagir adequadamente diante deles;
- (f) desenvolvam parcerias entre os governos locais e nacionais, os serviços de saúde, as associações profissionais, as organizações de mulheres e outras organizações não-governamentais, a fim de melhorar os esforços para reduzir a mortalidade e a morbidade maternas, além de obter colaboração interinstitucional ao promover e aplicar as estratégias de redução da mortalidade e da morbidade maternas.

2. Pedir ao Diretor que:

- (a) apóie o estabelecimento e a implementação de mecanismos para fortalecer os sistemas de informação e vigilância a fim de seguir de perto os avanços obtidos na redução da mortalidade e da morbidade maternas;
- (b) estabeleça mecanismos que ajudem os Estados Membros a assumir um compromisso a longo prazo, tanto político como programático, inclusive o apoio financeiro dentro dos recursos disponíveis, para aplicar intervenções seguras e atualizadas na maternidade e estratégias de redução da mortalidade e da morbidade maternas;
- (c) desenvolva, em consulta com as organizações das Nações Unidas, um programa de trabalho que inclua amplamente, no programa de trabalho da OPAS e dos países, métodos de planejamento da família que sejam seguros, fidedignos e de alta qualidade, bem como informação, educação e assessoramento para reduzir a tempo a gravidez não-planejada e evitar infecções transmitidas sexualmente e HIV/AIDS.

(Oitava reunião, 26 setembro 2002)

# CRIAÇÃO DO FUNDO DE CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NAS AMÉRICAS

## A 26A CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o Documento CSP26/14 e considerando que:

Garantir a vida das mulheres ao longo do ciclo gravídico puerperal, momento em que elas geram a vida, é garantir um direito humano fundamental;

Nenhum dos países na América conseguiu alcançar a meta de redução da mortalidade materna estabelecida pela Cúpula Mundial da Infância para o ano 2000;

A meta de redução da mortalidade materna em 75% até 2015, estabelecida na declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, dificilmente será alcançada sem que um grande esforço e investimento conjunto de toda América seja realizado e imediatamente iniciado;

A redução da fecundidade ocorrida na grande maioria dos países americanos e obtida graças aos esforços nacionais aliados a um significativo investimento financeiro das Nações Unidas e de agências de fomento do desenvolvimento social, contribuiu para um menor número absoluto de óbitos maternos, mas não foi suficiente para reduzir o risco de que uma mulher morra a cada vez que engravida; e

Uma vez alcançada a esperada redução da fecundidade na América Latina e no Caribe, os recursos internacionais antes investidos em saúde reprodutiva vêm sendo significativa e progressivamente reduzidos,

## RESOLVE:

1. Aprovar a criação de um Fundo de Contribuição Voluntária para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas, sob a gerência da Organização Pan-Americana da Saúde.
2. Assegurar que os recursos deste Fundo sejam utilizados para:
  - (a) apoiar países que apresentem um plano nacional com esta finalidade, indicando claramente as ações a serem desenvolvidas, bem como os recursos nacionais que as custearão para atingir a meta proposta pela Cúpula do Milênio;

- (b) custear, em contrapartida, ações da sociedade civil voltadas para o empoderamento das mulheres e melhorar sua compreensão sobre o curso da gestação, parto e puerpério, ampliando sua capacidade de identificar precocemente eventuais problemas e procurar os serviços de saúde;
  - (c) custear iniciativas nacionais para sensibilizar e capacitar gestores locais de saúde e profissionais para o adequado enfrentamento do problema;
  - (d) monitorar os resultados nacionais obtidos.
3. Solicitar ao Diretor que:
- (a) crie um Fundo Voluntário para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas e elaborar os respectivos termos de referência;
  - (b) informe tempestivamente o Conselho Diretor sobre a situação e o desenvolvimento do Fundo.

(Oitava reunião, 26 setembro de 2002)



# ESTRATÉGIA REGIONAL PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA

A desnecessariamente alta taxa de mortalidade materna como resultado de complicações na gravidez e no parto constitui uma tragédia na América Latina e no Caribe. A taxa geral estimada de mortalidade materna para esses países é de 190 por 100.000 nascidos vivos. Em 1995, essa taxa representava 22.000 mortes maternas. A gravidez e o parto não são doenças, mas as mulheres na América Latina e no Caribe estão morrendo pelas mesmas causas que as mulheres nos países industrializados no começo do século vinte. Embora a taxa de mortalidade materna tenha se estagnado desde que a questão da maternidade segura se tornou proeminente no final dos anos 80 e começo dos anos 90, a mortalidade materna continua sendo uma prioridade da saúde pública na qual pouco progresso foi alcançado recentemente, e em relação à qual solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana proporcione um mandado claro para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O conhecimento das causas de deficiências e morte maternas e das intervenções apropriadas em lugares com poucos recursos aumentou consideravelmente. A história mostra que a chave para a redução da mortalidade materna não está apenas no desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar o tratamento efetivo disponível e acessível. Resultados de pesquisas e a experiência prática demonstraram que intervenções específicas

de saúde podem reduzir a incidência e a severidade de importantes complicações associadas à gravidez, ao parto e ao período pós-parto para as mães e seus recém-nascidos. Uma abordagem mais focalizada, concentrada em intervenções eficazes em função do custo como a Assistência Obstétrica Essencial (AOE), atendimento hábil no parto e maior acesso a serviços de assistência de saúde materna de qualidade, está sendo promovida pela OPAS.

Os resultados são claros: a mortalidade materna pode ser prevenida; as intervenções efetivas são conhecidas; e o investimento na maternidade segura não somente irá reduzir a morte e deficiência materna e infantil, como também irá contribuir para uma melhor saúde, qualidade de vida e igualdade para a mulher, suas famílias e comunidades. As intervenções para uma maternidade segura, que incluem estratégias de promoção da saúde, estão entre as mais efetivas em função do custo no setor da saúde, particularmente no nível primário de assistência. Isto é especialmente digno de nota, porque as mulheres pobres em comunidades rurais isoladas são as mais afetadas pela falta de uma AOE básica, e, portanto, têm mais probabilidade de morrer no parto.

Este documento é apresentado para que a Conferência revise, discuta e considere a resolução em anexo (CE130.R10) recomendadas pelo Comitê Executivo.

1. Introdução . . . . .	3
2. Situação Atual da Mortalidade e Morbidade Materna . . . . .	4
2.1 Contexto Epidemiológico e Social . . . . .	4
2.2 Em que Lugares da Região as Mulheres Estão Morrendo? . . . . .	6
3. Lições Aprendidas . . . . .	7
3.1 Promovendo Melhores Práticas e Intervenções Baseadas em Evidências . . . . .	7
3.2 Assegurando uma Abordagem Multissetorial . . . . .	10
4. Metas e Objetivos . . . . .	10
5. Passando das Lições à Ação: a Estratégia Regional . . . . .	11
5.1 Promovendo Políticas e Diretrizes Efetivas nos Níveis Nacional e Municipal . . . . .	11
5.2 Provendo Serviços de Saúde Reprodutiva e Assegurando Assistência Obstétrica Essencial e Atendimento Hábil no Parto . . . . .	11
5.3 Capacitando Mulheres, Famílias e Comunidades . . . . .	12
5.4 Construindo Parcerias e Alianças . . . . .	13
5.5 Reforçando os Sistemas de Vigilância da Mortalidade e Morbidade Materna . . . . .	13
5.6 Financiando a Assistência de Saúde Reprodutiva na Reforma do Setor da Saúde . . . . .	14
6. Implicações Financeiras . . . . .	15
6.1 Os Estados Membros . . . . .	15
6.2 A Repartição . . . . .	15
7. Questões importantes para Deliberação . . . . .	15
8. Ação Solicitada da Conferência Sanitária Pan-Americana . . . . .	17

# DESAFIOS AO PROGRESSO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

## 1. INTRODUÇÃO

Em comparação com outros esforços de redução da mortalidade na Região, a mortalidade materna é um problema no qual pouco progresso foi alcançado recentemente. Embora muitos indicadores de saúde, como a taxa global de fertilidade e a taxa bruta de nascimentos, tenham melhorado muito durante as duas últimas décadas, as taxas de mortalidade materna permaneceram estagnadas. As causas estão enraizadas na inadequação de várias intervenções que visavam a melhorar a saúde materna, assim como nas iniquidades em função do gênero. Particularmente, existe uma clara conexão entre o baixo status socioeconômico da mulher e o risco de doença e morte materna. A incidência de morte materna, portanto, está diretamente relacionada aos direitos da mulher e às comunidades em que vivem.

Após a Iniciativa para uma Maternidade Segura, que foi introduzida em Nairóbi em 1987, a OPAS lançou o Plano Regional de Ação para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas, que foi aprovado em 1990 na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana. O objetivo principal do Plano era reduzir as taxas de mortalidade materna em 50% ou mais até o ano 2000 melhorando a assistência de saúde reprodutiva. O Plano também previa um compromisso político explícito dos setores social e econômico no sentido de desenvolver legislação, implementar políticas e empreender programas de ação. O alcance do plano era muito amplo e, portanto, muito difícil de operacionalizar nos países. As intervenções mais eficazes, que abrangeriam quase 80% das principais causas de mortalidade

materna durante o parto e no pós-parto, não foram enfatizadas.

No nível nacional, os recursos foram concentrados na assistência pré-natal, inclusive na triagem de fatores de risco. No entanto, verificou-se que apenas a assistência pré-natal não é suficiente para reduzir a mortalidade materna, porque nem sempre antevê certas complicações durante o trabalho de parto e o pós-parto, tais como atonia uterina, falha de contração uterina apropriada após o parto, ou retenção placentária. Ademais, ênfase foi dada ao incentivo de Assistentes de Parto Tradicional (APT) para proporcionar assistência de maternidade às mulheres nas comunidades. Os APTs não eram suficientemente habilitados para identificar complicações obstétricas e lidar com elas e receberam pouco ou nenhum apoio da infraestrutura de saúde, resultando em um impacto mínimo na redução da mortalidade materna.

Apesar dos esforços nesta área, só houve melhorias pequenas na situação geral, especialmente com respeito aos indicadores de impacto. Somente cinco países da Região informaram que conseguiram chegar aos 15% de redução estimados para 1995. Uma avaliação do Plano indicou que limitações políticas e financeiras no âmbito nacional dificultaram a implementação bem-sucedida. Adicionalmente, várias intervenções, como o atendimento hábil no nascimento e a Assistência Obstétrica Essencial (AOE), não foram adequadamente abordadas de modo programático. Deve-se assinalar também que populações indígenas e pobres eram ignoradas ao considerar as mulheres mais necessitadas.

Em 1997, representantes do governo, doadores, organizações não-governamentais (ONGs) e especialistas técnicos durante a Consultoria Técnica sobre Maternidade Segura acordaram intervenções essenciais para reduzir a mortalidade materna. Essas intervenções, refletidas na Agenda de Ação para Maternidade Segura, incluem o avanço da maternidade segura mediante os direitos humanos, mudança econômica e social para a mulher, adiamento do casamento e primeiro parto, reconhecer que toda gestação está sujeita a riscos, assegurando auxílio habilitado no parto e melhorando a qualidade e cobertura assistencial.

## 2. SITUAÇÃO ATUAL DA MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA

### 2.1 *Contexto Epidemiológico e Social*

A taxa média de mortalidade materna estimada para os países da América Latina e do Caribe é de 190 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em 1995, essa taxa representava 22.000 mortes maternas. É importante considerar que as mulheres nesses países ainda estão morrendo pelas mesmas causas que as mulheres em países industrializados no começo do século vinte. A mortalidade materna pode ser analisada, mediante definições médicas, distinguindo-se entre "causas obstétricas diretas" e "causas obstétricas indiretas". Em todos os Estados Membros (inclusive Canadá e Estados Unidos), as causas obstétricas diretas predominam e excedem 70%. Essas causas médicas primárias são hemorragia (25%), sépsis (15%), complicações no aborto (13%), eclâmpsia (12%) e trabalho obstruído (8%). Em uma análise das causas obstétricas diretas (excluindo aborto), hemorragia, sépsis e toxemia são as três causas mais comuns, seguidas das complicações do puerpério.

Mulheres com complicações obstétricas morrem, em geral, em 48 horas. As mortes decorrentes de

hemorragia e sépsis estão mais relacionadas com o parto propriamente dito. Distúrbios hipertensivos da gravidez são o principal contribuinte para a morbidade grave e mortalidade maternas. Essas complicações estão diretamente relacionadas com a falta de acesso ou utilização de serviços de maternidade. Além disso, os serviços costumam ser incapazes de responder a situações de emergência e, às vezes, proporcionam atendimento de má qualidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou o HIV/AIDS como um fator essencial nas mortes obstétricas diretas, como infecção puerperal e complicações do aborto induzido. A infecção pelo HIV também foi identificada como contribuinte para causas indiretas como anemia e tuberculose, e como uma causa indireta das mortes maternas (OMS, 1998). Nos países da ALC, estima-se que 1,4 milhão de adultos e crianças estão vivendo hoje com HIV/AIDS. Um quarto dos adultos soropositivos são mulheres. O Caribe é a área mais severamente afetada na Região. O Haiti tem as taxas mais altas de HIV/AIDS, e em 1996 13% das mulheres grávidas eram soropositivas. As causas obstétricas indiretas são provavelmente subnotificadas.

Além disso, a OMS estimou que para cada morte materna na Região, ocorrem 135 condições mórbidas. Depois da gravidez e do parto, estas mulheres apresentam problemas crônicos de saúde evitáveis, tais como prolapso uterino, fístulas, incontinência e dispareunia.

Os dados disponíveis mostram que as complicações do aborto são fatores importantes para a mortalidade materna. Vinte países da Região reconheceram o aborto como um problema importante na saúde pública. Estimativas recentes indicam uma cifra geral de 2,8 milhões de abortos anualmente em seis países da ALC (Comissão das Nações Unidas para População e Desenvolvimento, 2002). Essas mortes maternas são apenas a ponta do iceberg, e as taxas subjacentes de morbidade são muito maiores.

A gravidez adolescente é um assunto crítico na maternidade segura, já que as mães adolescentes

representam uma parte desproporcional das mortes e deficiências. Nos países da ALC, cerca de um terço das mulheres com idade entre 20 e 24 tiveram sua primeira gravidez aos 20 anos. Muitas dessas gravidezes não são desejadas ou são inoportunas; conseqüentemente, é mais provável que resultem em problemas de saúde para a mãe, seja porque elas levam à terminação da gravidez ou porque é menos provável que as jovens busquem assistência adequada. Ademais, o subdesenvolvimento físico e psicológico das jovens menores de 16 anos de idade deixa-as particularmente vulneráveis a complicações que surgem durante a gravidez e o parto.

Embora a mortalidade e a morbidade afetem mulheres de todas as camadas sociais e econômicas, existe um número desproporcional de óbitos de mulheres pobres e analfabetas, a maioria em áreas rurais. Entre adolescentes, a mortalidade materna é uma importante causa de mortalidade. Legislação, crenças culturais e práticas que subestimam as mulheres contribuem para essa disparidade, limitando o acesso a recursos econômicos. Assim, morte ou deficiências resultam da situação de extrema desvantagem na qual muitas mulheres se encontram em países da ALC.

## 2.2 Em que Lugares da Região as Mulheres Estão Morrendo?

As Américas têm uma das maiores iniquidades na mortalidade materna de qualquer região do mundo (veja a Tabela 1). Por exemplo, há somente 4 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no Canadá, em comparação com 523 no Haiti. Mesmo dentro da América Latina há grandes disparidades. O Chile possui uma taxa de mortalidade materna de 23 por 100.000 nascidos vivos, em comparação com 390 na Bolívia. Estimativas oficiais sugerem que as taxas são inferiores a 100 por 100.000 nascidos vivos no Brasil, na República Dominicana e em El Salvador. Entretanto, a subnotificação de estatísticas oficiais é uma grande preocupação. A OMS ajustou as taxas de mortalidade materna para 14 países a fim de refletir

mais corretamente a magnitude do problema. Ademais, a mortalidade materna varia muito entre países, refletindo iniquidades nas condições socioeconômicas e no acesso a serviços de saúde de qualidade. Na Bolívia, a mortalidade materna varia significativamente de acordo com a região geográfica (planaltos e vales) e com o lugar de residência (urbano, rural). Nos planaltos rurais, 973 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos foram observadas no período de 1989-1994, em comparação com 36,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em áreas urbanas no mesmo período.

**TABELA 1. TAXAS OFICIAIS DE MORTALIDADE MATERNA EM PAÍSES SELECIONADOS DAS AMÉRICAS (1997-1999)**

País	Taxa de Mortalidade Materna <sup>1</sup> (mortes maternas por 100.000 nascidos vivos)
Bolívia	390
Brasil	60
Canadá	4
Chile	23
República Dominicana	80
Equador	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haiti	523
Honduras	108
México	51
Nicarágua	118
Paraguai	114
Peru	185

1 OPAS Situação da Saúde nas Américas, Indicadores básicos 2001.

## 3. LIÇÕES APRENDIDAS

### 3.1 Promovendo Melhores Práticas e Intervenções Baseadas em Evidências

Desde 1987, o conhecimento das causas de

incapacidade e morte materna, e das intervenções apropriadas em situações de escassez de recursos, aumentou consideravelmente. A história mostra que a chave para reduzir a mortalidade materna não está só no desenvolvimento social e econômico geral, mas também em tornar o tratamento efetivo disponível e acessível. A OPAS está promovendo uma abordagem mais focalizada, concentrando-se na disponibilidade das intervenções eficazes em função do custo no nível primário de assistência de saúde, particularmente envolvendo e educando mulheres, suas famílias e comunidades. Essa intervenções incluem AOE, atendimento hábil no parto, manejo de complicações pós-aborto e melhor acesso a serviços de saúde de qualidade materna e neonatal.

A OMS identificou os componentes mais importantes da AOE. As instalações básicas de AOE, que devem ser acessíveis a todas as mulheres, incluem centros de parto com um atendente qualificado, artigos necessários e a capacidade de transportar rapidamente uma mulher para uma instalação abrangente de AOE se necessário. Os principais componentes de uma instalação básica de AOE são: (a) manejo de problemas da gravidez (por exemplo, anemia, diabetes); (b) tratamento médico de complicações relacionadas com a gravidez, parto ou aborto (por exemplo, hemorragia, sépsis, complicações de aborto, eclâmpsia); (c) procedimentos manuais (por exemplo, remoção da placenta, reparação de tecidos esgarçados ou episiotomias); (d) monitoração do trabalho (incluindo partógrafo); e (e) atendimento neonatal básico. A AOE abrangente inclui todos os serviços básicos de AOE, bem como intervenções cirúrgicas, anestesia e transfusão de sangue. Ela também proporciona as intervenções necessárias para gravidez de alto risco e complicações durante o parto.

### **3.1.1 Assistência Obstétrica Essencial Básica e Abrangente**

Assegurar a disponibilidade da AOE, tanto básica quanto abrangente, é fundamental para melhorar a

saúde materna. Durante a década passada, mais recursos foram dedicados à assistência pré-natal do que ao parto, assistência imediata pós-parto e assistência essencial para manejar complicações. De qualquer modo, a maioria das complicações e mortes ocorre durante e imediatamente após o parto, ou por complicações no aborto. Com base nos últimos dados científicos, a provisão da AOE está emergindo como uma das mais efetivas estratégias na redução da mortalidade materna. Instalações de assistência básica e abrangente são componentes importantes da AOE. Essas instalações incluem centros de parto com atendimento hábil, artigos necessários e sistemas de transporte de emergência.

### **3.1.2 Atendimento Hábil no Parto**

A assistência profissional do parto está no centro dos esforços mais bem-sucedidos para reduzir a morbidade e mortalidade materna. A facilidade e rapidez com que o atendimento hábil foi promovido como uma prioridade global é por si só uma indicação da necessidade urgente de oferecer às autoridades uma intervenção percebida como factível e efetiva. Essa necessidade surge do fracasso de prioridades anteriores, por exemplo, treinamento de atendente tradicional de parto (ATP) e classificação de risco pré-natal, para diminuir a mortalidade materna. As mulheres atendidas por atendentes hábeis com habilidades obstétricas têm maior probabilidade de evitar complicações sérias e receber tratamento cedo. Uma característica importante de países que diminuíram a mortalidade materna para um nível de menos de 100 por 100.000 nascidos vivos parece ser que a grande maioria dos partos é manejada por atendentes hábeis. Nos anos 70, o Chile conseguiu reduzir sua mortalidade materna pela metade (de 200 para 100) mediante fornecimento de assistência profissional de parto usando um modelo de obstetria num ambiente propício. Sabe-se que o atendimento hábil do parto é um fator não só na redução da mortalidade materna, mas também na diminuição das mortes perinatais. Contudo, pesquisas mostraram que em 17 países da ALC existem

enormes iniquidades no número de assistentes habilitados de parto. Por exemplo, as áreas rurais desses países são seriamente mal servidas de atendimento hábil. Durante a década passada, a maioria dos Estados Membros investiu recursos no reforço de sistemas e serviços de saúde em todas as áreas rurais para diminuir a brecha na acessibilidade e disponibilidade de serviços primários de saúde. Contudo, em algumas áreas os serviços ainda não estão ao alcance das comunidades e os assistentes hábeis não estão disponíveis. Nesse caso, as intervenções que asseguram partos limpos e seguros, como treinamento de ATP e membros da família, terão que continuar. De qualquer forma, deve ser enfatizado que o treinamento de ATP por si só, na ausência de um bom sistema de encaminhamento e um suporte adequado de assistentes hábeis, não é efetivo na redução da mortalidade materna. Onde existe treinamento de ATP, este deve ser parte de uma infra-estrutura abrangente que inclua um sistema para encaminhamento, supervisão e avaliação.

### 3.1.3 Qualidade da Assistência

Uma peculiaridade da América Latina e do Caribe é que a grande maioria dos partos, cerca de 75%, são realizados em instituições. Apesar desse número, em 17 países as taxas de mortalidade e morbidade materna e perinatal são maiores que as esperadas para a população de risco, implicando má qualidade dos serviços de saúde. Outra dimensão das iniquidades na assistência de saúde que contribui para a mortalidade materna é o acesso à cesariana. Nos países da ALC, esse procedimento é ao mesmo tempo sub e sobreutilizado. A OMS recomenda uma taxa geral de 15%, baseada no número esperado de mulheres que enfrentarão complicações com risco de vida durante o parto. A incidência de cesarianas nos países pode, conseqüentemente, servir como um indicador do acesso a assistência obstétrica de qualidade. Por exemplo, no Paraguai, somente 6% dos partos rurais eram por cesariana, em comparação com a taxa de 32% em áreas urbanas. Em outros países da América Latina, as taxas de

cesariana estão aumentando e hoje em dia superam 15% nas áreas urbanas. Essa disparidade urbano-rural é especialmente importante, pois indica que as mulheres com complicações não têm acesso aos serviços por barreiras econômicas ou geográficas, ou que os serviços de saúde não estão suficientemente equipados ou treinados para enfrentar o problema. Ademais, altas taxas de episiotomia foram notificadas. Em hospitais públicos na Argentina e Uruguai, para cada 10 mulheres primíparas dando à luz pela vagina, 9 recebem uma episiotomia. Essas práticas levam a uma grande insatisfação entre as mulheres que dão à luz em hospitais públicos na América Latina, e para muitas são culturalmente inaceitáveis. As intervenções obstétricas devem ser baseadas na evidência e intervenções que são efetivas somente em grupos de alto risco não devem ser usadas rotineiramente. Por outro lado, muitas práticas benéficas não são rotineiramente usadas nem incluídas nas normas de prática clínica de hospitais-maternidade.

### 3.1.4 Capacitando as Mulheres, Suas Famílias e Comunidades

A capacitação da mulher é uma estratégia-chave para a redução da mortalidade materna. A habilitação das mulheres para que façam suas próprias escolhas e a provisão de informação adequada permitem que elas tomem decisões críticas a respeito de sua saúde, e conseqüentemente as habilita a exercer seus direitos. Permite que elas reconheçam sinais de perigo e complicações, sigam procedimentos médicos e se beneficiem de programas de educação da saúde. É mais provável que elas se responsabilizem pela sua própria saúde, e pela dos seus filhos, e exijam assistência imediata e de qualidade para elas mesmas, suas famílias e suas comunidades. Ademais, os futuros pais devem participar na promoção da saúde e programas de educação, e as campanhas de comunicação social devem incluir mensagens para encorajar seu envolvimento. Em muitas comunidades, é mais fácil para a mãe ter um acesso a serviços de saúde

específicos se ela recebe ajuda de outros membros da família, incluindo seu parceiro ou marido. A capacitação e mobilização da comunidade cria um ambiente propício para o aumento do investimento intersetorial na melhoria da saúde. Por exemplo, experiências recentes no Equador, Honduras e Nicarágua mostraram que, com o fortalecimento da capacidade da comunidade para identificar sinais de perigo durante a gravidez e o parto, assim como para assumir responsabilidade pelo transporte de emergência para complicações obstétricas e neonatais, melhorou o acesso aos serviços de saúde. Essa ação comunitária resultou na redução da mortalidade e morbidade materna.

### *3.2 Assegurando uma Abordagem Multissetorial*

A mortalidade materna pode ser reduzida através do efeito sinérgico de intervenções combinadas dentro do contexto de uma política forte de promoção da saúde. Melhorias no sistema de saúde são vitais, já que algumas mulheres estão morrendo devido à falta de uma rede obstétrica que se estenda da comunidade até o mais alto nível de assistência para complicações obstétricas. Em países nos quais a morte e as deficiências por complicações de gravidez são muito comuns, a promoção da maternidade segura deve basear-se em uma abordagem multissetorial e ser um componente específico da colaboração com todas as partes envolvidas, dentro e fora do governo. A abordagem multissetorial pode incluir educação, direitos humanos, transportes e desenvolvimento econômico.

Uma análise da redução da mortalidade materna em Honduras de 1990 a 1997 destaca a abordagem multissetorial. A taxa diminuiu em 38%, de 182 a 108 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (Danel et. al., 2000). Foram identificados os seguintes fatores importantes na redução da mortalidade materna em Honduras: (a) forte liderança nacional, alocação de recursos para promoção de serviços sociais e de saúde e

priorização da redução da mortalidade materna; (b) forte participação da comunidade; (c) melhora da disponibilidade dos serviços de AOE; (d) melhor encaminhamento de mulheres com complicações obstétricas durante partos feitos em casa; (e) melhor encaminhamento de mulheres a um atendimento hábil; (f) aumento geral dos partos com assistentes hábeis; e (g) assistência de melhor qualidade.

## **4. METAS E OBJETIVOS**

Em geral, as metas da maternidade segura são: proteger e promover os direitos humanos e reprodutivos reduzindo o peso global de doenças, deficiências e mortes desnecessárias associadas à gravidez e ao período neonatal; melhorar as condições para um parto seguro e saudável; e assegurar um começo igual para as crianças. Parceiros internacionais se mobilizaram na Iniciativa da Maternidade Segura e estão comprometidos em alcançar a meta, contida na Declaração da Cúpula do Milênio, de redução de 75% nas taxas de mortalidade materna, em relação aos níveis de 1990, até o ano 2015.

Ademais, dentro da Região, uma meta de médio prazo para diminuir as taxas nacionais de mortalidade materna para menos de 100 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos foi recomendada, assim como o melhoramento das taxas dentro de cada país no que diz respeito às disparidades urbano-rurais.

## **5. PASSANDO DAS LIÇÕES À AÇÃO: A ESTRATÉGIA REGIONAL**

### *5.1 Promovendo Políticas e Diretrizes Efetivas nos Níveis Nacional e Municipal*

O progresso no quadro normativo e nas políticas deve ser alcançado no âmbito nacional, onde as leis e regulamentos que afetam as mulheres diretamente são decretados e aplicados. Como resultado de sua participação em fóruns internacionais, muitos países

da Região fizeram esforços combinados para propor legislação em apoio à implementação de estratégias de proteção social para a mulher. Isso inclui uma legislação que proteja a mulher da violência. Contudo, muito precisa ser feito para promover e reforçar essa legislação. A maioria dos países da Região apoiou políticas ou normas que enfatizam a importância da maternidade segura e promovem uma meta de redução da mortalidade materna de 50% no ano 2000. A Bolívia, o Brasil, o Equador e o México conseguiram colocar a maternidade segura na agenda política. O estímulo para a ação veio da liderança política de alto nível, aliado ao forte apoio de base expressado através dos grupos de defesa das mulheres. Particularmente notável em todos os países que alcançaram níveis baixos de mortalidade materna é o fato de que o compromisso político de alto nível com o tema continua sustentado e há disponibilidade de recursos. Forte ênfase deve ser dada nos níveis nacional e local quando da transferência desta estratégia a planos concretos para a implementação das intervenções recomendadas.

### *5.2 Provedo Assistência de Saúde Reprodutiva: Assegurando Assistência Obstétrica Essencial e Atendimento Hábil no Parto*

A promoção da integração de assistência de saúde reprodutiva (por exemplo, provisão de uma ampla gama de contraceptivos, assistência materna e infantil, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e assistência pós-aborto) deve ser um componente essencial da reforma do setor da saúde, e o acesso a esses serviços deve ser assegurado para todos os homens e mulheres. Ademais, atenção cada vez maior deve ser dada à provisão de assistência e educação de saúde reprodutiva para adolescentes. Os serviços de saúde para adolescentes são essenciais, já que as taxas de HIV/AIDS, assim como a fertilidade, estão aumentando nos países da ALC.

Somente nos anos 90 as comunidades internacionais começaram a perceber que os partos são muito mais

seguros com assistência profissional, e que, quando surge um problema sério, a mulher grávida deve ter acesso a um serviço de saúde apropriadamente equipado. Ademais, a provisão de AOE, conforme definida pela OMS, é uma estratégia-chave que aborda diretamente as causas da mortalidade materna. Com insumos limitados, algumas instalações (hospitais e centros de saúde) podem oferecer AOE. Deve-se estabelecer um sistema para assegurar que uma equipe estará disponível para manejar complicações obstétricas e de emergência (incluindo a provisão de cesarianas e assistência pós-aborto) 24 horas por dia, e que os artigos necessários estão disponíveis, especialmente nas áreas rurais. Emergências obstétricas devem ter acesso prioritário à sala de operação e transfusão de sangue segura, e os serviços de anestesia devem estar disponíveis 24 horas por dia, principalmente nas instalações que oferecem o primeiro nível de assistência.

Um fator importante é a disponibilidade e acesso a uma assistência de qualidade. Muitos estudos na Região demonstraram que as mulheres não usarão os serviços se elas sentirem que foram tratadas com falta de respeito, se os serviços não forem capazes de responder às suas necessidades ou se não forem de qualidade aceitável. A disponibilidade de uma assistência de qualidade é um dos fatores-chave para evitar atrasos e não perder oportunidades na procura de atenção.

### *5.3 Capacitando Mulheres, Famílias e Comunidades*

Defesa de causas, capacitação da mulher, de famílias e das comunidades e educação são estratégias essenciais para aumentar a demanda pública de assistência de saúde materna.

Esforços para capacitar mulheres têm como objetivo incrementar os recursos pessoais como conhecimento, habilidades cognitivas e capacidade de fazer escolhas saudáveis. Estas habilidades podem ser reforçadas e aprimoradas por meio de processos educacionais (educação básica e de

adultos), e melhoria da interação e comunicação com assistentes habilitados. Faz-se necessário também dar um enfoque ativo ao parceiro e à família para que seja criado um ambiente de maior apoio para a mulher. O parceiro e a família da mulher devem ajudar com o nascimento e os planos de preparo para a emergência. Eles precisam também estar cientes dos sinais de perigos que podem surgir durante a gravidez, o parto e no pós-parto para assegurar a tomada de decisão oportuna e levar à ação para buscar assistência adequada.

A organização de transporte e esquemas comunitários para o financiamento da saúde são ações visando a um maior acesso. Garantir o acesso da comunidade a informações sobre a saúde materna e do recém-nascido e envolver a comunidade na melhoria da qualidade de assistência são exemplos de sociedades comunitárias que asseguram a demanda do programa e sua capacidade de sustentação. Comunidades que contribuem ativamente com programas de saúde materna desenvolvem um senso de propriedade e um interesse adquirido no seu sucesso. Esta abordagem é fundamental para o processo de melhoria da saúde materna e redução da mortalidade materna.

#### *5.4 Construindo Parcerias e Alianças*

A obtenção de um ambiente propício para a maternidade segura requer colaboração e coordenação. O reforço da capacidade local e nacional e o compromisso político de longo prazo são necessários para criar esse ambiente propício.

Dentro da Região, os esforços nos países foram mais reforçados através de esforços para melhorar a coordenação de diversos grupos que trabalham para reduzir a mortalidade materna. A OPAS é a secretaria técnica do Grupo de Trabalho Regional e inter-agencial sobre Mortalidade Materna. São membros desse grupo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, o Population

Council, Family Care International e a OPAS. O grupo foi fundado em 1999 e tem se reunido e colaborado regularmente. Seu último esforço é a preparação de um documento interinstitucional de consenso estratégico para a redução da mortalidade materna. Esse documento foi discutido e revisado por 14 Estados membros nos quais a mortalidade materna foi identificada como uma prioridade e um importante problema de saúde pública. Esse esforço cooperativo resultou em uma maior coordenação nos níveis programático e institucional, e melhorou o intercâmbio de informações entre agências.

A OPAS iniciou atividades com associações profissionais, como a Federação Latino-Americana de Obstetras e Ginecologistas. Foi assinado um memorando de entendimento no qual a Federação concordou em ajudar a melhorar os programas nacionais de saúde reprodutiva. A OPAS também colabora com a Confederação Internacional das Parteias para facilitar a ajuda e coordenação nacional de atividades para a redução da mortalidade materna e para padronizar normas, protocolos e ferramentas clínicas.

#### *5.5 Reforçando os Sistemas de Vigilância da Mortalidade e Morbidade Materna*

A monitoração e avaliação dos programas é essencial para a continuação e melhora dos esforços para diminuir a mortalidade materna. A avaliação deve ocorrer nos níveis local, nacional e regional. Os indicadores e os dados nos quais eles se baseiam são as ferramentas principais. A vigilância da mortalidade materna também está melhorando, e a medição da mortalidade materna, principalmente nos níveis local e nacional, deve ser factível nos países da ALC. Os comitês de mortalidade materna estão cada vez mais efetuando a identificação e investigação das mortes maternas (como auditorias) e, com base nos resultados, recomendando ações a serem realizadas.

Auditorias de mortes maternas, provedores de atendimento e barreiras para a assistência são técnicas relativamente novas, ainda não totalmente

utilizadas nos países em desenvolvimento. Essas auditorias devem ser efetuadas em todos os níveis do sistema de saúde. É importante notar que as auditorias terão um efeito reduzido se seus resultados não forem comunicados aos indivíduos, às comunidades e organizações que podem usar a informação para advogar mudanças positivas no nível das políticas ou dos provedores de saúde.

O uso de auditorias baseadas em critérios para o manejo de complicações obstétricas severas em hospitais distritais na Jamaica revelou que as melhoras foram mais marcadas em áreas aonde o desempenho básico caiu muito abaixo do nível ótimo, como em registro, uso de medicamentos e monitoração clínica.

### *5.6 Financiando Assistência de Saúde Reprodutiva Dentro da Reforma do Setor de Saúde*

Os resultados de análises do custo da provisão de serviços de saúde materna sugerem que, para a maioria das intervenções, a assistência pode ser oferecida mais economicamente no nível primário de assistência. Desse modo, melhorar os centros de saúde para que ofereçam AOE básico é uma opção eficaz em função do custo. Isto é particularmente digno de nota, já que mulheres pobres em comunidades rurais isoladas são as mais afetadas pela falta de AOE básica e conseqüentemente mais prováveis de morrer no parto. Para melhorar a saúde materna nos países em desenvolvimento, o modelo de financiamento da assistência de saúde deve facilitar o acesso e garantir serviço de qualidade, incluindo não só um pacote essencial de serviços de saúde, mas também um sistema de encaminhamento viável e transporte. A chave é a sustentabilidade financeira.

Os custos de saúde são um fator importante na decisão de utilizar os serviços. Novos modelos de financiamento com diferentes formas de recuperação de custos para serviços de saúde foram identificados em alguns lugares como um impedimento à procura de serviços, principalmente nas populações mais

pobres. Alguns países, mais notadamente, Bolívia, Equador e Peru, dentro de suas reformas no setor da saúde, estão implementando uma cobertura universal através do seguro de saúde para a assistência materna. É muito cedo para determinar a efetividade desses esquemas na redução da mortalidade materna, mas é evidente que o custo é um impedimento para muitos se considerarmos o aumento dos nascimentos institucionais desde a implementação dessas medidas.

O programa nacional de seguro para mães e crianças da Bolívia é um exemplo de um programa financeiro descentralizado. Foi introduzido em 1996 e inclui a provisão de assistência médica essencial grátis para mulheres em idade de procriar, recém-nascidos e crianças até 5 anos de idade. Ele cobre necessidades médicas prioritárias selecionadas como o parto e exame pré-natal. Os serviços são reembolsados individualmente pelo governo municipal. Estima-se que 20% da receita nacional é destinada às municipalidades, sendo que 85% são alocados para "propósitos de investimento"; 3,2% desses fundos de investimento vão para um Fundo Local Compensatório de Saúde, que reembolsa os pedidos do Seguro Nacional da Maternidade e Infância (SNMI). Em 1998, o Seguro Básico [Basic Insurance] foi lançado, e serviços adicionais, como a cobertura para complicações do aborto, infecções sexualmente transmissíveis e assistência pós-aborto, foram incluídos no pacote de assistência. Em termos de saúde materna e indicadores de saúde materna, a cobertura na Bolívia é baixa, mas houve um aumento na utilização dos serviços de saúde materna (de 16% para 39% na assistência pré-natal, e de 43% para 50% na assistência de parto) após a introdução do SNMI.

## **6. IMPLICAÇÕES FINANCEIRAS**

### *6.1 Estados Membros*

A OMS e o Banco Mundial estimaram que a provisão de um pacote padrão de serviços de saúde materno-

infantil deve custar aproximadamente US\$ 2,60 por pessoa ao ano em um país com impostos baixos. Esses custos são principalmente para serviços de saúde materna (68%), mas também incluem planejamento familiar pós-parto e assistência neonatal básica, assim como promoção dos preservativos para prevenir infecções sexualmente transmissíveis. A provisão de serviços efetivos de saúde materna requer melhor infra-estrutura e serviços de assistência-maternidade, mas geralmente não requer novas instalações.

### 6.2 A Repartição

A OPAS distribui recursos para a redução da mortalidade materna nos níveis regional e nacional. Os países da Região precisam de recursos financeiros adicionais para implementar as intervenções propostas baseadas em evidências. A fim de apoiar a implementação da estratégia a partir de 2002, a Repartição prevê a necessidade de, no mínimo, um adicional de \$850.000 por biênio para atividades de cooperação técnica e recursos humanos.

## 7. QUESTÕES IMPORTANTES PARA DELIBERAÇÃO

Os resultados são claros: a morte materna é evitável; as intervenções efetivas são conhecidas; e o investimento na maternidade segura irá reduzir a morte e incapacidade infantil e materna. A fim de alcançar a meta de diminuir a taxa de mortalidade materna para menos de 100 por 100.000 nascidos vivos, os países da ALC precisam se concentrar nas seguintes áreas.

- As intervenções de maternidade segura estão entre as mais eficazes em função do custo no setor da saúde. A provisão de serviços de assistência materna efetivos requer melhor infra-estrutura que suporte serviços obstétricos básicos e de emergência dentro das instalações existentes. Na maioria dos países, o maior impacto pode ser conseguido através de intervenções para melhorar centros de saúde comunitária e hospitais distritais existentes, por exemplo, treinando provedores de saúde com habilidades de obstetrícia, especialmente pessoal de enfermagem e obstetras, e comprando equipamentos e artigos obstétricos essenciais. Em geral, os custos são mais baixos, e a sustentabilidade maior, em programas que fazem uso da capacidade existente. É necessário identificar os obstáculos a um financiamento mais equitativo e sustentável dos serviços de saúde maternos, especialmente com relação à redução da mortalidade materna.
- A intervenção mais crucial para a maternidade segura é assegurar que um profissional de saúde com habilidades obstétricas esteja presente em cada parto, e que o transporte esteja disponível em caso de emergência. O atendimento hábil também pode ser visto de modo mais abrangente para incluir o contexto político e de políticas no qual o atendimento hábil deve operar, e as influências sócio-culturais.
- São necessárias ações para assegurar que atendentes hábeis no parto, junto com um ambiente propício, estejam disponíveis, especialmente em regiões pouco servidas como as áreas rurais.
- As emergências maternas são extremamente difíceis de se prever. Conseqüentemente, todas as mulheres precisam ter acesso à AOE. Diretrizes emitidas conjuntamente em 1997 pela OMS, UNICEF e UNFPA recomendaram que, para cada 500.000 pessoas, deve haver quatro instalações oferecendo AOE básica e uma instalação oferecendo AOE abrangente. Esforços de reforma oferecem uma oportunidade para assegurar que a AOE seja parte integral de qualquer melhoria no financiamento, na qualidade, na organização e nos sistemas de administração. Os Estados Membros devem identificar, desenvolver e implementar estratégias para melhorar a

disponibilidade da AOE no primeiro nível de referência, incluindo componentes como acesso a estoques de sangue, cirurgia, anestesia e pessoal hábil para manejar complicações obstétricas.

- Vastas discrepâncias continuam a existir no acesso à assistência de saúde materna entre as mulheres mais ricas e mais pobres, mulheres urbanas e rurais, mulheres instruídas e sem instrução. Muitas mulheres descrevem os profissionais do sistema formal de assistência de saúde como rudes e antipáticos para com seus valores e crenças culturais. Conseqüentemente, muitas confiam em membros da família ou ATP para a assistência pré-natal, parto e pós-parto. Isto pode levar a atrasos fatais na procura de assistência para complicações relacionadas ao parto ou detecção oportuna de complicações.
- Os Estados Membros devem reconhecer que a saúde materna tem importância crucial para a saúde pública geral. Para melhorar a saúde materna, é necessário: (a) envolver as mulheres e comunidades na formulação e avaliação dos serviços para que respondam às necessidades locais; (b) envolver as comunidades nos esforços para melhorar o acesso da mulher a um atendimento materno culturalmente aceitável; e (c) habilitar comunidades, famílias e mulheres para que implementem as ações necessárias para assegurar uma maternidade segura. Isso deve ser feito num contexto de uma forte estrutura de política e promoção da saúde.
- Os parceiros do desenvolvimento em todos os níveis precisam trabalhar em prol do desenvolvimento e manutenção de programas que reduzam o número de mulheres que morrem de causas relacionadas com a gravidez. A confiança mútua, a transparência e o

fortalecimento da capacidade devem caracterizar as parcerias. Os governos locais e nacionais, os serviços de saúde, as associações profissionais, as organizações de mulheres e outras ONGs devem participar e ser promovidas como parceiros importantes nos esforços para reduzir a mortalidade materna. É preciso adotar medidas para assegurar a colaboração entre instituições na promoção e implantação de estratégias de redução da mortalidade materna.

## 8. AÇÃO SOLICITADA DA CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA

Com base na informação apresentada neste relatório sobre a situação da mortalidade materna na região das Américas, solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana considere as seguintes ações:

- Recomendar mecanismos para assegurar que os Estados Membros assumam um compromisso político e programático a longo prazo, incluindo ajuda financeira, a fim de melhorar a implantação das atividades em prol da maternidade segura;
- Analisar e endossar as propostas de intervenções baseadas em evidências destinadas a reduzir a mortalidade materna;
- Discutir estratégias para mobilizar recursos técnicos e financeiros de longo prazo nos níveis regional e nacional para a implementação de intervenções para uma maternidade segura; e
- Pedir que a Repartição monitore e relate o progresso na redução da mortalidade materna.

Solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana considere a resolução em anexo (CE130.R10) recomendada pelo Comitê Executivo.



# STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ MATERNELLES

## LA 26<sup>E</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/14 « Stratégie régionale pour la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles » ;

Consciente du taux inutilement élevé de mortalité des femmes suite à des complications causées par la grossesse et l'accouchement ; et

Tenant compte du fait que les résultats de la recherche et l'expérience pratique ont démontré que des interventions spécifiques comme les soins obstétriques essentiels (SOE) et une assistance qualifiée à l'accouchement peuvent réduire l'incidence et la gravité des complications importantes liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum pour les mères et leurs nouveaux-nés,

## DÉCIDE:

1. De prier instamment les États Membres:
  - a) d'adopter l'objectif de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies de réduire les taux de mortalité maternelle de 75%, d'ici 2015, par rapport à leurs niveaux de 1990 ; d'améliorer les taux dans les pays, en particulier les disparités urbaines et rurales ; et réduire la morbidité maternelle ;
  - b) de veiller à ce que la réduction du taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatale revête la priorité dans le secteur de la santé et que les femmes et les adolescentes jouissent d'un accès immédiat et abordable aux soins obstétriques de base, à des services de soins de santé maternelle pourvus d'un personnel bien équipé et adéquatement formé, à une assistance qualifiée à l'accouchement, à des soins obstétriques d'urgence, à un service performant de référence et de transport à des institutions offrant des soins plus complexes lorsque cela s'avère nécessaire, à des soins pendant la période post-partum et à la planification familiale pour, entre autres, assurer une maternité sans danger ;

- c) d'adopter et d'appuyer les interventions fondées sur des données scientifiques telles que les soins obstétricaux essentiels et une assistance qualifiée à l'accouchement, afin de réduire le taux de mortalité et de morbidité maternelles ;
- d) d'adhérer aux normes émises conjointement en 1997 par l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, recommandant que pour chaque 500.000 habitants, il y ait quatre établissements offrant des soins obstétricaux de base et un établissement offrant une assistance obstétrique intégrale ;
- e) d'adopter et d'appuyer des interventions de promotion de la santé fondées sur des données scientifiques, de sorte que les femmes, les familles et les communautés puissent prendre des dispositions en cas de complications obstétriques, identifier les problèmes en temps voulu et y répondre de manière appropriée ;
- f) de forger des partenariats clés entre les gouvernements locaux et nationaux, les services de soins de santé, les associations professionnelles, les organisations de femmes et autres organisations non gouvernementales, afin d'améliorer les efforts visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, en sus d'assurer la collaboration interinstitutionnelle lors de la promotion et de la mise en œuvre de stratégies de réduction du taux de mortalité et de morbidité maternelles.

2 De demander au Directeur:

- a) d'appuyer l'établissement et la mise en application de mécanismes destinés à renforcer les systèmes d'information et de surveillance pour suivre de près les progrès accomplis dans la réduction du taux de mortalité et de morbidité maternelles ;
- b) de mettre au point des mécanismes destinés à aider les États Membres à prendre un engagement à long terme, à la fois politique et programmatique, comprenant l'appui financier en fonction des ressources disponibles, en vue de mettre en œuvre des interventions actualisées de maternité sans risque et des stratégies de réduction du taux de mortalité et de morbidité maternelles ;
- c) d'élaborer, en consultation avec les institutions des Nations Unies, un programme de travail intégrant complètement des méthodes de planification familiale sûres, fiables et de haute qualité, ainsi que l'information, l'éducation et les services de consultations, en vue de réduire les grossesses prématurées et imprévues et prévenir les infections sexuellement transmises et le VIH/SIDA, à la lumière du plan de travail de l'OPS et à l'échelon national.

(Huitième réunion, le 26 septembre 2002)

# CRÉATION D'UN FONDS DE CONTRIBUTION VOLONTAIRE POUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE DANS LES AMÉRIQUES

## LA 26E CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,

Ayant examiné le document CSP26/14, et considérant que:

Garantir la vie des femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période puerpérale, cycle au cours duquel elles engendrent la vie, est garantir un droit humain fondamental ;

Aucun pays des Amériques a réussi à atteindre l'objectif de réduction de la mortalité maternelle fixé par le Sommet mondial de l'enfance pour l'an 2000 ;

L'objectif de réduire de 75% la mortalité maternelle d'ici l'an 2015, fixé dans la déclaration du Sommet du millénaire des Nations Unies, sera difficilement atteint à moins que des efforts et un investissement considérables ne soient immédiatement entrepris conjointement et sans délais par tous les pays du continent;

La réduction de la fécondité enregistrée dans la grande majorité des pays des Amériques, atteinte grâce aux efforts nationaux associés à un investissement financier significatif des Nations Unies et des institutions de développement social, a contribué à une diminution du nombre absolu de décès maternels, mais n'a pas été suffisante pour réduire le risque de décès qu'affrontent les femmes à chaque grossesse ;

Depuis que la réduction attendue de la fécondité en Amérique latine et dans les Caraïbes a été atteinte, les ressources internationales investies dans la santé génésique se sont vues réduites substantiellement et progressivement,

## DÉCIDE:

1. D'approuver la création d'un Fonds de contribution volontaire destiné à réduire la mortalité maternelle dans les Amériques, géré par l'Organisation panaméricaine de la Santé.
2. De veiller à ce que les ressources prélevées sur ce Fonds soient consacrées:
  - a) au soutien des pays qui soumettent un plan national en ce sens, indiquant clairement les mesures à prendre, ainsi que les ressources nationales qui seront allouées pour atteindre l'objectif énoncé dans le Sommet du millénaire ;
  - b) au financement, à titre de fonds de contrepartie, d'activités de la société civile, destinées à l'habilitation des femmes et à améliorer leurs connaissances à propos de la grossesse, l'accouchement et

- la période puerpérale, afin d'accroître leur aptitude à identifier, le plus tôt possible, les problèmes éventuels et à recourir aux services de santé ;
- c) au financement d'initiatives nationales, visant à sensibiliser les administrateurs locaux des services de santé et les professionnels et les former afin d'assurer une gestion adéquate du problème ;
  - d) au suivi des résultats nationaux obtenus.
3. De demander au Directeur:
- a) de créer un Fonds volontaire pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques et de déterminer ses attributions ;
  - b) de soumettre opportunément un rapport au Conseil directeur sur la situation et l'évolution du Fonds.

(Huitième réunion, le 26 septembre 2002)



# STRATÉGIE RÉGIONALE SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ MATERNELLES

Le taux de mortalité inutilement élevé des femmes pendant la grossesse et l'accouchement constitue une véritable tragédie en Amérique latine et dans les Caraïbes. On estime que, dans ces pays, le rapport de mortalité maternelle est de 190 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 1995, cela représentait environ 22 000 décès maternels. La grossesse et l'accouchement ne sont pas une maladie: or, des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes en meurent encore, pour les mêmes raisons que des femmes des pays industrialisés en mourraient au début du XXe siècle. Certes, le rapport de mortalité maternelle n'a pas augmenté depuis que la notion de maternité sans risque s'est imposée à la fin des années 80 et au début des années 90. Il n'en demeure pas moins que ce dossier prioritaire en matière de santé publique n'a pas beaucoup progressé au cours des dernières années, si bien que la Conférence sanitaire panaméricaine a été chargée de définir un mandat clair pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

On en sait beaucoup plus aujourd'hui sur les causes de la morbidité et de la mortalité maternelles, et sur les mesures à prendre dans des contextes démunis en ressources. L'expérience nous montre qu'une condition indispensable de la réduction de la mortalité maternelle passe non seulement par le développement social et économique, mais aussi par la disponibilité de traitements efficaces et accessibles. Les résultats de la recherche et l'expérience pratique nous mon-

trient également que des interventions sanitaires précises peuvent réduire l'incidence et la gravité de complications liées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, pour les mères et leurs nouveau-nés. L'OPS fait actuellement la promotion d'une approche plus ciblée, axée sur des interventions efficaces comme les soins obstétricaux essentiels (EOC), la présence de sages-femmes qualifiées, et un meilleur accès à des soins maternels de qualité.

Les faits sont clairs: on peut éviter les décès maternels; on connaît les interventions efficaces; et, en luttant pour la maternité sans risque, on contribue, non seulement à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles, mais aussi à améliorer le niveau de santé, la qualité de vie et le statut des femmes, de leurs familles et des collectivités. Les interventions axées sur la maternité sans risque, y compris les stratégies de promotion de la santé, sont les mesures les plus efficaces dans le secteur de la santé, surtout au niveau des soins de santé primaires. C'est d'autant plus important que ce sont les femmes démunies des collectivités rurales isolées qui souffrent le plus de l'absence de soins obstétricaux essentiels et qui, par conséquent, sont les plus susceptibles de mourir en couches.

Le présent document est soumis à la Conférence pour révision et discussion ainsi que pour considération de la résolution CE130.R10, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.

1. Introduction . . . . .	3
2 Morbidité et mortalité maternelles: situation actuelle . . . . .	4
2.1 Contexte épidémiologique et social . . . . .	4
2.2 Où dans la Région le taux de mortalité des femmes est-il élevé ? . . . . .	6
3 Leçons à tirer . . . . .	7
3.1 Promouvoir des pratiques modèles et des interventions factuelles . . . . .	7
3.2 Assurer une approche multisectorielle . . . . .	10
4. Buts et objectifs . . . . .	11
5. Des leçons à l'action: la Stratégie régionale . . . . .	11
5.1 Promouvoir des politiques gouvernementales et des guides efficaces aux niveaux national et municipal . . . . .	11
5.2 Fournir des soins de santé génésique: garantir la disponibilité de soins obstétriques essentiels (EOC) et la présence d'assistantes qualifiées à l'accouchement . . . . .	12
5.3 Responsabilisation des femmes, familles et collectivités . . . . .	13
5.4 Créer des partenariats et des coalitions . . . . .	14
5.5 Renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelle . . . . .	14
5.6 Le financement des soins de santé génésique dans le contexte de la réforme du secteur de la santé . . . . .	15
6. Considérations financières . . . . .	16
6.1 Pour les États membres . . . . .	16
6.2 Le Bureau . . . . .	16
7. Grandes questions à débattre. . . . .	16
8. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine. . . . .	18

# OBSTACLES AUX PROGRÈS EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES

## 1. INTRODUCTION

Comparée aux autres initiatives de réduction de la mortalité déployées dans la Région, celle qui concerne la mortalité maternelle n'a guère enregistré de progrès récemment. Certes, bon nombre d'indicateurs de santé, comme le taux de fécondité global et le taux de natalité brut, ont considérablement diminué au cours des vingt dernières années, mais les taux et les rapports de mortalité maternelle, eux, sont restés inchangés. Cet état de choses s'explique par l'inadéquation de nombreuses interventions destinées à améliorer la santé maternelle, et par les inégalités entre les sexes. On constate en particulier une relation évidente entre le statut socio-économique inférieur des femmes et le risque de morbidité et de mortalité maternelles. L'incidence de la mortalité maternelle est donc directement reliée aux droits des femmes et des collectivités dans lesquelles elles résident.

Pour faire suite à l'Initiative pour une maternité sans risques, qui a été adoptée à Nairobi en 1987, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a lancé son Plan d'action régional pour la réduction de la mortalité maternelle dans les Amériques, lequel a été approuvé en 1990 à la 23e Conférence sanitaire panaméricaine. Le principal objectif du Plan était une réduction des taux de mortalité maternelle d'au moins 50% d'ici à l'an 2000, moyennant une amélioration des soins de santé génésique. Le Plan invitait également les responsables sociaux et économiques à s'engager clairement à adopter des lois, à mettre en œuvre des politiques et à entreprendre des programmes d'action à cette fin. L'étendue du plan était trop vaste et par conséquent

trop difficile à mettre en œuvre dans les pays. On n'a pas mis l'accent sur les interventions les plus efficaces qui s'attaqueraient à près de 80 % des causes principales des mortalités maternelles pendant l'accouchement ou post partum.

Au niveau du pays, on a concentré les ressources sur les soins prénatals, dont le dépistage des facteurs de risque. Cependant, l'expérience nous démontre que les soins prénatals à eux seuls ne peuvent pas réduire la mortalité maternelle, puisqu'ils ne prévoient pas toujours certaines complications qui surviennent lors de l'accouchement et du post partum, notamment l'atonie utérine, l'incapacité de l'utérus de se contracter correctement après l'accouchement, et la rétention du placenta. En outre, on a insisté sur la promotion des aides-accoucheuses traditionnelles (AAT) formées pour fournir les soins de maternité aux femmes dans les collectivités. Ces AAT n'avaient pas les aptitudes nécessaires pour identifier et gérer les complications obstétriques et avaient reçus peu ou point de soutien de la part de l'infrastructure sanitaire, d'où l'impact minime sur la réduction de la mortalité maternelle.

Malgré les efforts déployés dans ce domaine, la situation générale ne s'est guère améliorée, surtout en ce qui concerne les indicateurs d'incidence. Seulement cinq pays de la Région ont rapporté une diminution de 15%, objectif prévu pour 1995. Une évaluation du Plan a fait ressortir l'existence de contraintes politiques et financières au niveau national, qui nuisaient à sa bonne exécution. On a par ailleurs constaté que plusieurs interventions, comme la présence de sages-femmes qualifiées et l'accès à des soins obstétriques essentiels (EOC), n'étaient pas convenablement prises en compte sur le plan pro-

grammatique. Il convient également de signaler que les populations pauvres et indigènes étaient exclues des populations de femmes les plus démunies.

En 1997, des représentants des gouvernements, des bailleurs de fonds, des organisations non gouvernementales (ONG) et des experts techniques ont convenu, lors de la Consultation technique sur la maternité sans risque, des interventions à mettre en œuvre impérativement si l'on veut réduire la mortalité maternelle. Ces interventions figurent dans le Plan d'action pour une maternité sans risque et comprennent notamment la promotion de la maternité sans risque au nom des droits de la personne humaine, l'amélioration de la condition sociale et économique des femmes, le report du mariage et de la première grossesse à un âge plus avancé, la reconnaissance du risque de chaque grossesse en assurant une attention qualifiée à la naissance et une amélioration de la qualité des interventions sanitaires.

## 2. MORBIDITÉ ET MORTALITÉ MATERNELLES: SITUATION ACTUELLE

### 2.1 *Contexte épidémiologique et social*

On estime à 190 décès pour 100 000 naissances vivantes le rapport de mortalité maternelle pour l'ensemble des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC). En 1995, cela correspondait à 22 000 décès maternels. Il ne faut pas oublier que des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes meurent encore des suites de la grossesse ou de l'accouchement, comme c'était le cas des femmes des pays industrialisés au début du XXe siècle. On peut, à l'aide de définitions médicales, subdiviser les décès maternels en décès par causes obstétricales directes et indirectes. Dans tous les États membres, (dont les États-Unis et le Canada) ce sont les causes obstétricales directes qui dominent nettement, jusqu'à plus de 70%. Ces causes médicales primaires sont l'hémorragie (25%), la septicémie (15%), des complications

obstétricales (13%), l'éclampsie (12%) et le travail dystocique (8%). Parmi les causes obstétricales directes (avortement exclu), l'hémorragie, la septicémie et la toxémie sont les trois plus fréquentes, suivies des complications au cours du post-partum.

Les femmes atteintes de complications obstétricales meurent généralement dans un délai de 48 heures. La mort causée par hémorragie et septicémie est plutôt reliée à la naissance elle-même. Les troubles de l'hypertension durant la grossesse constituent un facteur majeur qui contribue à une importante morbidité et mortalité maternelle. Ces complications sont directement reliées au non accès ou non recours à des soins de maternité. De plus, les services sont souvent incapables de répondre à des situations d'urgence, et fournissent parfois une qualité de soins médiocre.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que le VIH/SIDA est une cause sous-jacente des décès obstétricaux directs, au même titre que la fièvre puerpérale et des complications d'un avortement provoqué. Elle estime aussi que l'infection par VIH aggrave des causes indirectes comme l'anémie et la tuberculose, et qu'il est une cause indirecte des décès maternels (OMS, 1998). On estime qu'actuellement, dans les pays ALC, 1,4 millions d'adultes et d'enfants sont infectés par le VIH/SIDA, le quart des adultes séropositifs étant des femmes. Les Caraïbes sont la zone la plus touchée de toute la Région. C'est Haïti qui enregistre le taux d'infection au VIH/SIDA le plus élevé: en 1996, 13% des femmes enceintes du pays étaient infectées par le VIH. Il est probable que les causes obstétricales indirectes ne sont pas régulièrement signalées.

De plus, l'OMS estime que pour chaque décès maternel de la Région, il y a 135 maladies. Ces femmes éprouvent, après la grossesse et l'accouchement, des problèmes chroniques qui auraient pu être évités, comme le prolapsus utérin, des fistules, l'incontinence ou des rapports sexuels douloureux.

Les données disponibles indiquent que les complications de l'avortement sont des facteurs importants

de la mortalité maternelle. Vingt pays de la Région reconnaissent que l'avortement est un grave problème de santé publique. Selon des chiffres récents, un total de 42,8 millions d'avortements sont effectués chaque année dans 6 pays ALC par année, (Commission de l'ONU sur la population et le développement, 2002). Ces décès maternels ne sont que la partie émergée de l'iceberg, car les taux de morbidité sous-jacents sont bien plus élevés.

La grossesse chez les adolescentes est une dimension critique de la maternité sans risque, car ces jeunes mères représentent un pourcentage disproportionné des cas de décès et de morbidité maternelles. Dans les pays ALC, environ le tiers des femmes âgées de 20 à 24 ans ont eu leur première grossesse avant 20 ans, souvent une grossesse non désirée ou mal planifiée, donc plus susceptible d'entraîner des problèmes de santé chez la mère parce que celle-ci a soit voulu l'interrompre, soit négligé de recourir aux soins appropriés. Il faut ajouter à cela que les jeunes femmes de moins de 16 ans n'ont pas atteint leur plein développement physique et physiologique et qu'elles risquent donc davantage de souffrir de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

La mortalité et la morbidité maternelles touchent les femmes de toutes les couches sociales et économiques, mais elles touchent de façon disproportionnée les femmes pauvres et analphabètes, dont la majorité habitent dans les zones rurales. Chez les adolescentes, la mortalité maternelle est une cause importante de décès. La législation en vigueur, les croyances culturelles et les traditions qui contribuent à sous-estimer les femmes aggravent encore davantage cette disparité en limitant leur accès à des ressources économiques. La mort et la maladie sont donc le résultat de l'extrême précarité dans laquelle se trouvent bon nombre de femmes des pays ALC.

## *2.2 Où dans la Région le taux de mortalité des femmes est-il élevé ?*

Dans les Amériques, la mortalité maternelle présente des disparités parmi les plus importantes au monde

(voir le Tableau 1). Par exemple, on n'enregistre au Canada que 4 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que ce chiffre est de 523 à Haïti. De telles disparités existent même entre des pays d'Amérique latine. Le Chili a un taux de mortalité maternelle de 23 pour 100.000 naissances vivantes comparé à 390 pour la Bolivie. Les estimations officielles permettent de penser que ce chiffre est inférieur à 100 pour 100 000 naissances vivantes au Brésil, El Salvador et en République dominicaine. Il faut toutefois se méfier des statistiques officielles, qui ne reflètent pas toujours toute la réalité. L'OMS a rajusté les taux de mortalité maternelle de 14 pays, afin d'avoir une idée plus précise de l'ampleur du problème. De plus, la mortalité maternelle varie beaucoup à l'intérieur même des pays, reflétant la situation socio-économique des femmes et leur accès à des soins de santé de qualité. En Bolivie, le rapport de mortalité maternelle varie considérablement selon

**TABLEAU 1. TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE OFFICIELS DANS LES AMÉRIQUES (1997-1999)**

<b>Pays</b>	<b>Taux de mortalité maternelle<sup>1</sup> (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)</b>
Bolivie	390
Brésil	60
Canada	4
Chili	23
République dominicaine	80
Équateur	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haïti	523
Honduras	108
Mexique	51
Nicaragua	118
Paraguay	114
Pérou	185

<sup>1</sup> OPS: Situation sanitaire dans les Amériques, Indicateurs essentiels 2001.

la région géographique (hauts plateaux, vallées, plaines) et selon le lieu de résidence (urbain, rural). Entre 1989 et 1994, on a enregistré dans les hauts plateaux ruraux jusqu'à 973 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, par rapport à 36,1 dans les zones urbaines, pendant la même période.

### 3. LEÇONS À TIRER

#### *3.1 Promouvoir des pratiques modèles et des interventions factuelles*

Depuis 1987, on en sait beaucoup plus sur les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et sur les mesures à prendre dans des contextes démunis en ressources. L'expérience nous montre que la disponibilité de traitements efficaces et accessibles est, encore plus que le développement social et économique général, une condition indispensable de la réduction de la mortalité maternelle. L'OPS fait actuellement la promotion d'une approche plus ciblée, axée sur des interventions efficaces au niveau des soins de santé primaires, qui contribuent à éduquer et à faire participer davantage les femmes, leurs familles et leurs collectivités. Parmi ces interventions, citons les soins obstétriques essentiels (EOC), la présence de sages-femmes qualifiées, le traitement des complications après un avortement, et un meilleur accès à des soins de santé pour la mère et le nouveau-né.

L'OMS a défini les principales composantes des EOC. Un centre EOC de premier niveau devrait être accessible à toutes les femmes, offrir une salle d'accouchement et avoir un personnel qualifié, les équipements nécessaires et la capacité de transporter rapidement une femme à un centre EOC de deuxième niveau, en cas de besoin. Un centre d'EOC de premier niveau doit pouvoir offrir: a) des conseils en cas de grossesses à problèmes (p. ex., anémie et diabète); b) des soins médicaux en cas de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou à un avortement (p. ex., hémorragie, septicémie, compli-

cations d'un avortement et éclampsie); c) des procédures manuelles (p. ex., retrait du placenta, suture de chairs déchirées ou incisées par une épisiotomie); d) le monitoring du travail (y compris le partogramme); et e) des soins néonataux de base. Les centres EOC de deuxième niveau doivent offrir, en plus de tous les services offerts par les centres de premier niveau, des services de chirurgie, d'anesthésie et de transfusion. Ils doivent également être en mesure de faire les interventions nécessaires en cas de grossesses à risques élevés et de complications pendant l'accouchement.

#### **3.1.1 Soins obstétriques essentiels de premier et de deuxième niveau**

Il est indispensable d'offrir des EOC de premier et de deuxième niveau si l'on veut améliorer la santé maternelle. Au cours des dix dernières années, cependant, on a consacré davantage de ressources aux soins prénatals qu'à l'accouchement, aux soins post-partum immédiats et aux soins essentiels en cas de complications. Or, la majorité des complications et des décès surviennent pendant et juste après l'accouchement, ou des complications d'un avortement. Les recherches scientifiques les plus récentes indiquent que la mise en place d'EOC apparaît de plus en plus comme l'une des stratégies les plus efficaces dans la lutte contre la mortalité maternelle. Les centres de soins de premier et de deuxième niveau sont des composantes importantes de cette stratégie. Ces centres sont équipés d'une salle d'accouchement, et disposent de sages-femmes qualifiées, des équipements nécessaires et de moyens de transport adéquats en cas d'urgence.

#### **3.1.2 Présence de personnel qualifié à l'accouchement**

La prestation de soins professionnels au moment de l'accouchement est une condition préalable si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité maternelles. La facilité et la rapidité avec lesquelles on a réussi à faire du rôle des sages-femmes une priorité mondiale montrent combien il était urgent de proposer aux principaux décideurs une intervention qui soit per-

que comme étant réalisable et efficace. Ce besoin est né de l'incapacité des priorités antérieures, comme la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles (AAT) et l'évaluation prénatale des cas "à risque", à réduire la mortalité maternelle. Les femmes qui accouchent en présence de personnel qualifié<sup>1</sup> ont plus de chances d'éviter de graves complications et de se faire soigner plus rapidement. Les pays qui ont réussi à abaisser la mortalité maternelle à moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes semblent y être parvenus pour la même raison: la grande majorité des accouchements se déroulent en présence de personnels qualifiés. Dans les années 70, le Chili a réussi à réduire de moitié son taux de mortalité maternelle (de 200 à 100) en assurant la présence de personnel qualifié aux accouchements, et en créant un environnement favorable. On sait que la présence de personnel qualifié est un facteur important pour réduire non seulement la mortalité maternelle mais aussi la mortalité périnatale. Pourtant, les études montrent que, dans 17 pays ALC, il existe de graves disparités quant au nombre de personnel qualifié pendant les accouchements. Par exemple, les zones rurales de ces pays sont très mal desservies à cet égard. Au cours des dix dernières années, la majorité des États membres ont investi davantage dans les systèmes et services de santé des zones rurales dans le but de réduire ces inégalités et d'augmenter le nombre et l'accessibilité des soins de santé primaires. Il existe malgré tout encore des régions où les services ne sont pas situés à distance raisonnable des collectivités et où il n'y a pas de personnel qualifié. Dans ces cas-là, il faut maintenir les interventions qui garantissent un accouchement hygiénique et sûr, comme la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles et de membres de la famille, mais avec une réserve importante: en l'absence d'un système efficace d'aiguillage des cas problèmes auprès des services spécialisés, la formation d'aides-accoucheuses traditionnelles ne peut pas, à elle seule, entraîner une réduction de la mortalité maternelle. Lorsqu'on met sur pied un programme de formation d'aides-accoucheuses, il faut l'intégrer dans une infrastruc-

ture globale qui comprend un système d'aiguillage des cas problèmes, de supervision et d'évaluation.

### 3.1.3 Qualité des soins

Trait caractéristique de l'Amérique latine et des Caraïbes: la grande majorité des accouchements, soit environ 75%, se déroulent dans des établissements. Et malgré cela, dans 17 pays, les taux de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales sont plus élevées que la normale pour les populations à risque, ce qui sous-entend une piètre qualité des soins. La difficulté d'avoir recours à une césarienne est un autre exemple des inégalités qui influent sur la mortalité maternelle. Dans les pays ALC, cette procédure est utilisée à la fois trop et trop peu. L'OMS recommande un taux général de 15%, compte tenu du nombre de femmes qui risquent vraisemblablement de mourir à la suite de graves complications pendant le travail et l'accouchement. L'incidence des césariennes dans un pays donné peut donc servir d'indicateur de l'accès à des soins obstétriques de qualité. Par exemple, au Paraguay, 6% seulement des accouchements effectués en zones rurales l'ont été par césarienne, contre 32% dans les zones urbaines. Dans d'autres pays d'Amérique latine, les pourcentages de césariennes sont en augmentation, et sont actuellement supérieurs à 15% dans les zones urbaines. Cette disparité entre les zones rurales et les zones urbaines est d'autant plus importante qu'elle signifie que soit les femmes qui ont des complications n'ont pas accès à des services en raison d'obstacles financiers ou géographiques, soit les services de santé existants n'ont pas l'équipement ou la formation suffisants pour les accueillir. On signale de plus des taux élevés d'épisiotomies. Dans les hôpitaux publics d'Argentine et d'Uruguay, par exemple, sur 10 femmes primipares accouchant par voie vaginale, 9 à l'heure actuelle subissent une épisiotomie. Ces pratiques, culturellement inacceptables pour bon nombre de femmes, suscitent le mécontentement de celles qui accouchent dans les hôpitaux publics d'Amérique latine. Les interventions obstétriques doivent être factuelles, et celles qui ne sont efficaces que pour les

groupes à risque élevé ne devraient pas être administrées couramment. En revanche, beaucoup de pratiques qui ont fait leurs preuves ne sont ni administrées couramment ni incluses dans les guides de pratiques cliniques des maternités.

### **3.1.4 Responsabilisation des femmes, de leurs familles et de leurs collectivités**

La réduction de la mortalité des femmes passe par la responsabilisation de ces dernières. Si on leur donne et le pouvoir de faire les choix qui les concernent et les informations appropriées, on leur permet de prendre des décisions importantes au sujet de leur santé et, par conséquent, d'exercer leurs droits. Elles sont ainsi en mesure de reconnaître des signes avant-coureurs d'un danger ou de complications, de suivre des procédures médicales, et de tirer parti des programmes d'éducation sanitaire. Elles sont plus susceptibles d'assumer la responsabilité de leur propre santé et de celle de leur enfant, et d'aller chercher rapidement des soins de santé de qualité pour elles-mêmes, leurs familles et leurs collectivités. Par ailleurs, les futurs pères devraient participer aux programmes de promotion et d'éducation sanitaires, et les campagnes de communication devraient les encourager à le faire. Dans beaucoup de collectivités, il est plus facile pour la mère d'avoir accès à certains soins de santé si elle a le soutien d'autres membres de la famille, y compris son partenaire ou son conjoint. La responsabilisation et la mobilisation des collectivités contribuent à créer un environnement favorable à une augmentation des investissements intersectoriels, dans le but d'améliorer les services de santé. Par exemple, des expériences récentes en Équateur, au Honduras et au Nicaragua montrent qu'on a réussi à améliorer l'accès aux services de santé en apprenant aux membres de la collectivité à repérer les signes de danger pendant une grossesse ou un accouchement, et à assumer un transport d'urgence en cas de complications obstétriques ou néonatales. Une telle participation de la collectivité a entraîné une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

### **3.2 Assurer une approche multisectorielle**

On peut réduire la mortalité maternelle grâce à l'effet de synergie des interventions déployées dans le cadre d'une solide infrastructure d'orientation et de promotion sanitaires. L'amélioration du système de santé est une nécessité vitale, car des femmes meurent dans les établissements à cause de l'absence d'un réseau obstétrique qui partirait de la collectivité pour aller jusqu'aux niveaux de soins les plus spécialisés en cas de complications obstétriques. Dans les pays où les décès ou infirmités dus à des complications pendant la grossesse ou l'accouchement sont légion, l'objectif de la maternité sans risque doit se fonder sur une approche multisectorielle et en être une composante à part entière lors des discussions avec toutes les parties en cause, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement. L'approche multisectorielle peut comprendre l'éducation, les droits de la personne, les transports, et le développement économique.

Une analyse de la réduction de la mortalité maternelle au Honduras entre 1990 et 1997 met en exergue l'approche multisectorielle. Le rapport de mortalité y a diminué de 38%, passant de 182 à 108 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (Danel et coll., 2000). Selon les auteurs de l'analyse, les principaux facteurs sont: a) une forte volonté nationale, l'allocation de ressources à la promotion de la santé et des services sociaux, et la priorité accordée à la réduction de la mortalité maternelle; b) une forte participation de la collectivité; c) le développement des services de soins obstétriques essentiels (EOC); d) un meilleur aiguillage vers des soins spécialisés des femmes souffrant de complications pendant un accouchement à domicile; e) un meilleur aiguillage des femmes vers une assistante qualifiée; f) une augmentation générale du nombre d'accouchements se déroulant en présence d'assistante qualifiée; et g) une amélioration de la qualité des soins.

#### 4. BUTS ET OBJECTIFS

De façon générale, l'objectif de la maternité sans risque vise à protéger et à promouvoir les droits génésiques et les droits de la personne en réduisant le fardeau global des maladies, des infirmités et des décès qu'on pourrait prévenir et qui sont associés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum; à permettre aux femmes d'accoucher dans des conditions sécuritaires et hygiéniques; et à garantir des chances égales aux nouveau-nés. Les partenaires internationaux se sont engagés à atteindre l'objectif de la Déclaration du Sommet du millénaire, soit une réduction, d'ici à 2015, de 75% des rapports de mortalité maternelle de 1990.

À cet objectif s'ajoutent, à l'intérieur de la Région, l'objectif à moyen terme de ramener les rapports nationaux de mortalité maternelle à moins de 100 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ainsi qu'une diminution, à l'intérieur des pays, des disparités existant entre les rapports des zones rurales et ceux des zones urbaines.

#### 5. DES LEÇONS À L'ACTION: LA STRATÉGIE RÉGIONALE

##### *5.1 Promouvoir des politiques gouvernementales et des guides efficaces aux niveaux national et municipal*

La modification des structures juridiques et politiques doit se faire au niveau national, là où sont adoptés et appliqués les lois et les règlements influant directement sur la vie des femmes. Après avoir participé à des forums internationaux, bon nombre de pays de la Région ont fait des efforts concertés pour proposer des lois visant à mettre en œuvre des stratégies de protection sociale à l'intention des femmes, y compris la protection contre la violence. Mais il reste encore beaucoup à faire pour les promouvoir et les mettre en œuvre. La plupart des pays de la Région ont donné leur appui à des politiques ou à des normes soulignant l'importance

de la maternité sans risque et visant une réduction de 50% de la mortalité maternelle d'ici à l'an 2000. La Bolivie, le Brésil, l'Équateur et le Mexique ont réussi à donner à la maternité sans risque une place de choix dans leur agenda politique. L'élément déclencheur en a été la volonté des plus hautes instances politiques, laquelle a reçu un appui solide de la population, par l'intermédiaire des groupes qui défend la cause des femmes. Il faut noter que, dans tous les pays qui ont réussi à ramener la mortalité maternelle à un niveau plus acceptable, il y a eu au départ une forte volonté politique, qui s'est maintenue dans le temps, et la mobilisation des ressources nécessaires. Il faut insister fortement sur l'exécution de cette stratégie, tant au niveau national que local, pour faire en sorte que les interventions recommandées soient mises en place.

##### *5.2 Fournir des soins de santé génésique: garantir la disponibilité de soins obstétricaux essentiels (EOC) et la présence d'assistantes qualifiées*

La réforme du secteur de la santé devrait absolument prévoir la promotion de soins de santé génésique (p. ex., une vaste gamme de contraceptifs, des soins de santé pour la mère et le nouveau-né, le traitement des infections sexuellement transmissibles, et les soins après un avortement), et l'accès à ces services devrait être garanti à tous, hommes et femmes. On devrait également envisager sérieusement d'y intégrer des programmes d'éducation et de soins en matière de santé génésique à l'intention des adolescentes. Il est essentiel de prévoir des services de santé pour les adolescentes, étant donné que le taux d'infection au VIH/SIDA et le taux de fécondité sont en hausse, surtout dans les pays ALC.

Il a fallu attendre les années 90 pour que la communauté internationale se rende compte que les accouchements qui se font en présence de personnel qualifié sont bien moins risqués, et que, lorsqu'un grave problème surgit, une femme enceinte devrait avoir accès à un centre de soins convenable-

ment équipé. La fourniture de soins obstétricaux essentiels (EOC), tels que définis par l'OMS, est également un outil efficace qui s'attaque aux causes médicales de la mortalité maternelle. Les établissements (hôpitaux et centres de soins) peuvent, avec peu de moyens, être équipés pour fournir des EOC. Il faut garantir la présence de personnel qualifié, capable de faire face à des complications et à des urgences obstétricaux (y compris les césariennes et les soins après l'avortement), 24 heures sur 24, et assurer l'approvisionnement en matériel et fournitures, surtout dans les zones rurales. Les urgences obstétricaux doivent avoir la priorité à la salle d'opération et aux transfusions en sang non contaminé, et les services d'anesthésie doivent être disponibles 24 heures sur 24, surtout dans les centres qui fournissent les premiers niveaux de soins.

L'existence et l'accessibilité de soins de qualité sont un facteur important. Plusieurs études effectuées dans la Région démontrent que les femmes cessent d'utiliser les services où elles ont l'impression de ne pas avoir été traitées avec respect, où l'on n'a pas répondu à leurs besoins, et où la qualité des soins n'est pas acceptable. La prestation de soins de qualité est un facteur important si l'on veut éviter des retards dans les traitements ou des occasions manquées de consulter.

### *5.3 Responsabilisation des femmes, des familles et des collectivités*

La promotion, la responsabilisation des femmes, des familles et des collectivités, et l'éducation sont des stratégies clés pour amener les populations à réclamer davantage de soins maternels.

Les tentatives de responsabiliser les femmes visent à améliorer les ressources personnelles, comme les connaissances, les aptitudes cognitives et la capacité de faire des choix sains. Ces aptitudes peuvent être renforcées et améliorées pour les femmes, grâce au système éducatif (enseignement de base et enseignement pour adultes) et grâce à une meilleure interaction et communication avec le personnel

qualifié. On doit également mettre à contribution le partenaire et la famille afin de créer un milieu plus favorable à la femme. Son partenaire et sa famille doivent participer à l'accouchement et à un plan de préparation en cas d'urgence. Ils doivent être conscients des signes de dangers qui peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum afin d'assurer une prise de décision opportune et une action rapide dans la recherche de soins appropriés.

L'organisation du transport et les plans de financement des soins de santé au niveau communautaire sont tout deux des actions positives qui favorisent un accès grandissant. Le fait d'assurer l'accès aux données sur la santé maternelle et néonatale à la collectivité, et l'implication de la collectivité dans l'amélioration de la qualité des soins sont des exemples de partenariats communautaires qui assurent la pérennité et viabilité du programme. Les collectivités qui participent activement aux programmes de santé maternelle veulent qu'ils réussissent et s'en sentent responsables. Cette approche est une partie intégrante du processus nécessaire pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle.

### *5.4 Créer des partenariats et des coalitions*

La création d'un environnement favorable à la maternité sans risque passe par la collaboration et la coordination. Il convient donc de renforcer les capacités nationales et locales et de raffermir les engagements politiques à long terme.

Dans la Région, les efforts consentis par les pays se sont trouvés renforcés par une meilleure coordination des activités de divers groupes travaillant à la réduction de la mortalité maternelle. L'OPS assure le secrétariat technique du Groupe de travail régional inter-agences sur la mortalité maternelle. Ce groupe comprend notamment le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP), la Banque interaméricaine

de développement (BID), la Banque mondiale, le Conseil démographique, Family Care International, et l'OPS. Fondé en 1999, le groupe se rencontre et collabore à intervalles réguliers. Tout dernièrement, il a préparé un document de consensus présentant une stratégie de réduction de la mortalité maternelle. Ce document a été examiné et revu par 14 États membres, qui avaient fait de la mortalité maternelle une priorité de leur gouvernement. Cette initiative collective s'est traduite par une meilleure coordination entre les programmes et les agences, et par une amélioration des échanges d'informations entre agences.

L'OPS a établi des relations avec des associations professionnelles, comme la Fédération latino-américaine des obstétriciens et des gynécologues. Un Protocole d'entente a été signé, qui prévoit que la Fédération accepte de contribuer à l'amélioration des programmes de santé génésique au niveau national. L'OPS collabore également avec la Confédération internationale des sages-femmes afin d'encourager les pays à appuyer et à coordonner les activités visant à réduire la mortalité maternelle et afin d'uniformiser les normes, les protocoles et les outils cliniques.

### *5.5 Renforcer les systèmes de surveillance de la mortalité et de la morbidité maternelles*

Le contrôle et l'évaluation des programmes sont indispensables à la poursuite et à l'intensification des efforts consentis pour réduire la mortalité maternelle. L'évaluation doit se faire aux niveaux local, national et régional. Les indicateurs et les données dont ils sont issus en sont les principaux outils. La surveillance de la mortalité maternelle s'améliore également, et la mesure de la mortalité maternelle, surtout aux niveaux national et local, devrait pouvoir se faire dans les pays ALC. De plus en plus, des comités sont chargés de faire enquête sur la nature et les causes des décès maternels et, à partir de leurs conclusions, de recommander des mesures à prendre.

Les enquêtes sur les décès maternels, les soins dispensés et les obstacles aux soins sont des techniques relativement nouvelles, qui ne sont pas

encore pleinement utilisées dans les pays en développement. Ces audits doivent se faire à tous les niveaux du système de santé. Il importe de signaler qu'un audit ne sert pas à grand-chose si l'on n'en communique pas les résultats aux individus, aux collectivités et aux organisations susceptibles d'utiliser les données pour prôner des améliorations aux politiques ou aux services de santé.

Dans les hôpitaux de district de la Jamaïque, c'est dans les services de santé où le rendement brut était bien inférieur au niveau optimal, comme c'était le cas pour la comptabilité, la distribution des médicaments et la surveillance clinique, que le recours à des audits pour la gestion des complications obstétriques graves a donné lieu aux améliorations les plus importantes.

### *5.6 Le financement des soins de santé génésique dans le contexte de la réforme du secteur de la santé*

Les études portant sur le coût des services de santé maternelle indiquent que, pour la plupart des interventions, il est plus économique de dispenser les soins au niveau des soins de santé primaires. Il est donc tout à fait rentable d'équiper les centres de santé pour qu'ils puissent fournir les soins obstétriques essentiels (EOC). C'est une constatation importante, d'autant plus que ce sont les femmes démunies des collectivités rurales isolées qui souffrent le plus de l'absence d'EOC et qui, par conséquent, risquent le plus de mourir en couches. Pour améliorer les soins de santé maternelle dans les pays en développement, le modèle retenu pour le financement des soins de santé doit en faciliter l'accès et garantir la qualité du service, non seulement des services de santé essentiels mais aussi des services d'aiguillage et de transport. Le mot clé est la viabilité financière.

Les coûts de la santé sont un facteur déterminant dans la décision de recourir à ces services. On a constaté, dans certains endroits, que les nouveaux modèles de financement prévoyant des formes différentes de recouvrement des coûts des services de

santé dissuadent les gens, surtout les plus pauvres, d'utiliser ces services. Certains pays, notamment la Bolivie, l'Équateur et le Pérou, mettent en place, dans le cadre de leur réforme du secteur de la santé, un système d'assurance universelle pour les soins maternels. Il est encore trop tôt pour savoir si cela contribuera à réduire la mortalité maternelle, mais il est évident que les coûts ont un effet dissuasif sur beaucoup de gens, si l'on en juge par l'augmentation du nombre d'accouchements en établissement depuis la mise en œuvre de ces mesures.

Le programme d'assurance national de la Bolivie pour les femmes et les enfants est un exemple de programme de financement décentralisé. Mis en œuvre en 1996, il permet de dispenser gratuitement des soins médicaux essentiels aux femmes en âge de procréer, aux nouveau-nés et aux enfants jusqu'à cinq ans. Il couvre certains besoins prioritaires comme les soins prénatals et à l'accouchement. Les services sont remboursés au fur et à mesure par le gouvernement municipal. On estime que 20% des revenus nationaux vont aux municipalités, dont 85% sont consacrés à des "investissements"; que 3,2% de ces investissements sont versés dans un Fonds local compensatoire, qui rembourse les réclamations du Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN). En 1998, on a mis sur pied le Seguro Básico, pour inclure d'autres services comme les complications après l'avortement, les infections transmises sexuellement, et les soins après l'avortement. Il est difficile d'avoir des données précises sur la santé maternelle et sur les indicateurs de santé maternelle en Bolivie, mais on sait que la mise en œuvre du SNMN s'est traduite par un recours accru aux services de santé maternelle (de 16% à 39% pour les soins prénatals, et de 43% à 50% pour les soins à l'accouchement).

## 6. CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES

### 6.1 États membres

L'OMS et la Banque mondiale ont estimé qu'il en

coûterait environ US\$ 2,60 par personne par an, dans un pays à faibles revenus, pour fournir un ensemble de services de santé pour la mère et le nouveau-né. Ces coûts couvrent essentiellement (68%) les services de santé maternelle, mais ils comprennent également la planification familiale post-partum et les soins prénatals de base, ainsi que la promotion des préservatifs pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. Fournir des services de santé maternelle efficaces requiert une meilleure infrastructure et des services de maternité mais pas nécessairement de nouveaux centres.

### 6.2 Le Bureau

L'OPS a prévu des ressources pour la réduction de la mortalité maternelle aux niveaux régional et national. Les pays de la Région ont besoin de ressources financières supplémentaires pour mettre sur pied des interventions factuelles proposées. Pour pouvoir assurer la mise en œuvre de la stratégie en 2002 et au-delà, le Secrétariat prévoit avoir besoin d'au moins \$850 000 de plus tous les deux ans pour les activités reliées à la coopération technique et les ressources humaines.

## 7. GRANDES QUESTIONS À DÉBATTRE

Les faits sont là: on peut prévenir la mortalité maternelle; on connaît les interventions efficaces; et on sait qu'en investissant dans la maternité sans risque, on contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Pour ramener les rapports de mortalité maternelle nationaux à moins de 100 décès pour 100 000 naissances vivantes, les pays ALC doivent s'intéresser principalement aux secteurs suivants:

- Les interventions relatives à la maternité sans risque comptent parmi les plus rentables dans le secteur de la santé. Pour offrir des soins de santé maternelle efficaces, l'établissement doit avoir une infrastructure capable d'intégrer des

services obstétricaux de base et d'urgence. Dans la plupart des pays, on peut obtenir le maximum de résultats avec des interventions visant à améliorer les centres de santé communautaires et les hôpitaux de district existants, notamment en inculquant aux agents de santé les techniques d'accouchement, surtout les infirmières et le personnel des salles d'accouchement, et en achetant les équipements et fournitures obstétricaux essentiels. En général, le coût est minimal et la viabilité, optimale lorsque les programmes utilisent les capacités existantes. Il faut identifier les obstacles qui empêchent un financement plus équitable et plus viable des services de santé maternelle, surtout en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle.

- L'intervention la plus essentielle à une maternité sans risque est la présence d'une accoucheuse qualifiée au moment de l'accouchement, et l'existence d'un moyen de transport en cas d'urgence. On peut même aller jusqu'à définir le contexte dans lequel ces accoucheuses qualifiées doivent opérer ainsi que les influences socioculturelles.
- Il faut prendre les dispositions nécessaires pour que des accoucheuses qualifiées soient présentes au moment de l'accouchement, et qu'elles aient les moyens d'intervenir, surtout dans les régions mal desservies comme les zones rurales.
- Les urgences maternelles sont extrêmement difficiles à prévoir. Par conséquent, toutes les femmes doivent pouvoir recourir à des soins obstétricaux essentiels (EOC). Les directives émises conjointement en 1997 par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP recommandaient que, pour 500 000 personnes, il y ait quatre centres d'EOC de premier niveau et un centre d'EOC de deuxième niveau. Vu les efforts déployés dans le cadre des réformes, il est possible d'intégrer les EOC dans les améliorations apportées au financement, à la qualité, à l'organisation et aux systèmes de gestion. Les États membres devraient identifier et mettre en œuvre des stratégies visant à offrir davantage d'EOC dès le premier aiguillage des patientes, avec les équipements de transfusion sanguine, de chirurgie et d'anesthésie, et le personnel qualifié pour soigner de graves complications obstétricaux.
- De grandes disparités persistent en matière d'accès aux soins maternels entre les femmes pauvres et les femmes riches, entre les femmes des zones urbaines et celles des zones rurales, entre les femmes instruites et celles qui ne le sont pas. Bon nombre de femmes disent du personnel soignant conventionnel qu'il est insensible à leurs valeurs et à leurs traditions culturelles. C'est pour cela qu'elles sont nombreuses à préférer s'en remettre à des membres de la famille ou à des aides-accoucheuses pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins post-partum. Mais elles courent alors davantage de risques car, lorsqu'il s'agit de détecter des risques de complications ou de les soigner, la consultation tardive d'un professionnel peut être fatale.
- Les États membres sont vivement invités à reconnaître que la santé maternelle est d'une importance critique pour l'ensemble de la santé publique. Pour améliorer la santé maternelle, il faut: a) faire participer les femmes et les collectivités à la conception et à l'évaluation des services, afin que ceux-ci répondent bien aux besoins locaux; b) faire participer les collectivités aux efforts visant à améliorer l'accès des femmes à des soins maternels culturellement acceptables; et c) donner aux collectivités, aux familles et aux femmes le pouvoir de prendre les mesures nécessaires pour garantir une maternité sans risque. Cela devrait se faire dans le cadre d'une politique gouvernementale de promotion de la santé.
- Les partenaires dans le développement doivent, à tous les niveaux, contribuer à la conception et

à la mise en œuvre de programmes visant à réduire le nombre de décès de femmes enceintes. La confiance mutuelle, la transparence et le développement des capacités doivent caractériser les partenariats. Les gouvernements nationaux et locaux, les services de santé, les associations professionnelles, les organisations de femmes et les autres ONG doivent être invités, à titre de partenaires essentiels, à se mobiliser dans la lutte contre la mortalité maternelle. La collaboration inter-agences est essentielle à la promotion et à la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité maternelle, et il faut s'assurer qu'elle existe.

## 8. MESURES À PRENDRE PAR LA CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE

Compte tenu des informations présentées dans ce rapport au sujet de la mortalité maternelle dans la Région des Amériques, la Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à envisager les mesures suivantes:

- Recommander des mécanismes visant à s'assurer que les États membres s'engagent dans une orientation et des programmes à long terme, avec le soutien financier nécessaire, afin d'améliorer l'efficacité des initiatives prises dans le contexte d'une maternité sans risque;
- Analyser et avaliser les interventions factuelles proposées, qui sont destinées à réduire la mortalité maternelle;
- Examiner des stratégies visant à mobiliser pour le long terme les ressources techniques et financières nécessaires, aux niveaux national et régional, à la mise en œuvre des interventions axées sur une maternité sans risque;
- Demander au Bureau de suivre les progrès accomplis et de signaler toute réduction de la mortalité maternelle.

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE 130.R10, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

Pan American Health Organization  
World Health Organization

Organização Pan-americana da Saúde  
Organização Mundial da Saúde

Organisation panaméricaine de la Santé  
Organisation mondiale de la Santé