ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
54.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002

Punto 4.9 del orden del día provisional

CSP26/14 (Esp.)
15 agosto 2002
ORIGINAL: INGLÉS

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 la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal cualificado 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 esencial 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.

CONTENIDO

Página

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: atención obstétrica esencial 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

Anexo: Resolución CE130.R10

**La mortalidad y la morbilidad maternas:
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 la atención obstétrica esencial (AOE) 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 100.000 nacidos vivos, frente a 36,1 en las zonas urbanas durante el mismo período.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad materna oficiales en determinados países de América (1997-1999)

País	Tasa de mortalidad materna[1] (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

1 Situación de salud en las Américas, OPS, Indicadores Básicos 2001.

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 figura la AOE, 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 la AOE. Los centros de AOE básica, 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 AOE integral, en caso necesario. Los componentes clave de un centro de AOE básica 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. La AOE integral incluye todos los servicios de AOE básica, 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 atención obstétrica esencial, tanto básica como integral, 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 pruebas científicas, brindar atención obstétrica esencial es una de las estrategias más eficaces de reducción de la mortalidad materna. Los establecimientos de atención básica e integral son importantes componentes de la atención obstétrica esencial. 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, indicadoras de la necesidad urgente de ofrecer a las instancias 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[1] 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 recalcarse 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

[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).

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 da 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 atención obstétrica esencial; 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 compromiso 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 la atención obstétrica esencial 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 atención obstétrica esencial, 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 comunidad 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 atención obstétrica esencial 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 atención obstétrica esencial 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 parto 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 socioculturales.

- 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 la atención obstétrica esencial. 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 atención obstétrica esencial y uno que ofreciera atención obstétrica integral. Los esfuerzos de reforma ofrecen una oportunidad de velar por que la atención obstétrica esencial forme 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 atención obstétrica esencial 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 atención 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, que figura en anexo, recomendada por el Comité Ejecutivo.

Anexo

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junio de 2002

Anexo

RESOLUCIÓN

CE130.R10

ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNAS

LA 130.ª SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento CE130/16, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas",

RESUELVE:

Recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana la adopción de una resolución redactada en los siguientes términos:

LA 26.ª CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el documento CSP26/14, "Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y 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, y que mejoren las razones dentro del los países, especialmente las disparidades entre las zonas urbanas y rurales;

(b) respalden y apoyen las intervenciones basadas en pruebas científicas para reducir la mortalidad materna, como los Cuidados Obstétricos Esenciales y la asistencia del parto por personal calificado;

(c) 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 atención obstétrica básica y uno que preste asistencia obstétrica integral;

(d) respalden y apoyen intervenciones de promoción de la salud basadas en pruebas 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;

(e) 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 materna, además de obtener la colaboración interinstitucional al promover y aplicar las estrategias de reducción de la mortalidad materna.

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 materna;

(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 materna.