



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



36.a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 al 27 de marzo de 2002

Punto 9 del orden del día provisional

SPP36/8, Rev. 1 (Esp.)

5 marzo 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 general de mortalidad materna en estos países 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 dichos países 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 apenas se ha progresado en los últimos tiempos, y sobre el que se pide al Subcomité de Planificación y Programación que reflexione.

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 reside no en el desarrollo socioeconómico general, sino 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 rentables, como la atención obstétrica esencial, la asistencia del parto por personal cualificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

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. Las intervenciones de maternidad sin riesgo figuran entre las más eficaces en función de los costos del sector de la salud, 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.

Se pide al Subcomité de Planificación y Programación que estudie la conveniencia de asumir un compromiso a largo plazo con vistas a la reducción de la mortalidad materna en la Región, a nivel tanto político como programático.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
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?	5
3. Experiencias obtenidas	6
3.1 Promover las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en pruebas	6
3.2 Aplicar un enfoque multisectorial	9
4. Metas y objetivos	9
5. De la teoría a la práctica: la estrategia regional	10
5.1 Promover políticas y normas eficaces a nivel nacional y municipal.....	10
5.2 Brindar servicios de salud reproductiva, atención obstétrica esencial y asistencia del parto por personal cualificado.....	10
5.3 Aumentar la demanda pública	11
5.4 Crear asociaciones y coaliciones	11
5.5 Reforzar los sistemas de vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas	12
5.6 Financiar servicios de salud reproductiva dentro de la reforma del sector de la salud.....	12
6. Implicaciones financieras	13
6.1 Para los países.....	13
6.2 Para la Oficina	14
7. Temas clave para el debate	14
8. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación.....	16

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 otros 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, y en la falta de poder de decisión de las mujeres. En particular, hay una conexión clara entre la clase social baja 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 al llegar al año 2000 mediante el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva. También requirió el compromiso político explícito de los sectores social y económico para crear legislación, ejecutar políticas y emprender programas de acción. A pesar de esa iniciativa, sólo se alcanzaron mejoras insignificantes de la situación general, especialmente con respecto a los indicadores de repercusiones. 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 cualificado y la atención obstétrica esencial no se abordaron adecuadamente en el ámbito programático. También debe señalarse que las poblaciones pobres e indígenas fueron pasadas por alto 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 con las intervenciones clave para la reducción de la mortalidad materna, recogidas en la Agenda para la Acción en materia de Maternidad sin Riesgo, que incluyen el impulso de la misma mediante el respeto por los derechos humanos, el cambio socioeconómico para las mujeres, el retraso del matrimonio y el primer nacimiento, y el mejoramiento de las intervenciones del sector de la salud.

2. Situación actual de la morbilidad y mortalidad maternas

2.1 Contexto epidemiológico y social

Se calcula que la razón general 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: hemorragia (25%), septicemia (15%), aborto peligroso (13%), eclampsia (12%) y parto obstruido (8%). Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios, con servicios que no pueden responder a las situaciones de urgencia y con tratamientos incorrectos. Además, aproximadamente medio millón de mujeres tienen, después del embarazo y el parto, problemas de salud crónicos que eran prevenibles, como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dispareunia.

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 América Latina y el Caribe, cerca de una tercera parte de las mujeres de edades comprendidas entre 20 y 24 años ya han tenido su primer embarazo a los veinte. Además, un embarazo no deseado tiene mayor probabilidad de ocasionar problemas de salud a la madre, a menudo porque puede conducir al aborto peligroso o porque las mujeres jóvenes tienden menos a buscar la atención apropiada.

Los datos recopilados indican que el aborto es un importante factor contribuyente de la mortalidad materna en varios países. Se ha reconocido como un problema de salud pública y en algunos países es la principal causa de la mortalidad de las adolescentes. Los cálculos recientes proporcionan una cifra general de 4 millones de abortos cada año en América Latina y el Caribe, que ocasionan aproximadamente 5.000 fallecimientos (Thonneau, 2001). En Chile, de cada 55 defunciones maternas notificadas en 1998, 14 fueron resultado de las complicaciones del aborto, lo que representó en ese año 25% del conjunto de las causas de mortalidad materna. Estas defunciones maternas son sólo la punta del iceberg, pues las tasas subyacentes de morbilidad relacionada con abortos peligrosos son mucho mayores.

Son cada vez más los indicios de que la infección por el VIH/SIDA está convirtiéndose en una causa importante de mortalidad materna. En América Latina y el Caribe, 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. Al analizar la carga de morbilidad, se observa que el Caribe es la región más gravemente afectada. Haití tiene las tasas más altas de infección por el VIH/SIDA, y en 1996, 13% de las mujeres embarazadas dieron positivo para el VIH.

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, que en su mayoría residen en zonas rurales. Entre las adolescentes, la mortalidad materna es de dos a cuatro veces mayor que entre otros grupos de edad. 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 de las Américas mueren las mujeres?*

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo (véase el 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. En un análisis preliminar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha podido ajustar las tasas de mortalidad maternas para varios países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Las tasas ajustadas se muestran en el cuadro 1. 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 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en las zonas urbanas durante el mismo período.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad materna oficiales (1997-1999) y ajustadas (1995) en determinados países de América Latina y el Caribe

País	Tasa de mortalidad materna ¹ (defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos)	Razón ajustada de mortalidad materna ² (defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos)
Bolivia	390	550
Brasil	60	262
Canadá	4	6
Chile	23	N.D. ³
Ecuador	74	210
El Salvador	120	183
Guatemala	95	270
Haití	523	1122
Honduras	108	N.D.
México	51	N.D.
Nicaragua	118	N.D.
Paraguay	114	172
Perú	185	240
República Dominicana	80	N.D.

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

². Cálculos de mortalidad materna, 1995, realizados por la OMS, el UNICEF y el FNUAP.

³. N.D. = no disponible.

3. Experiencias obtenidas

3.1 *Promover las prácticas adecuadas y las intervenciones basadas en pruebas*

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, como la atención obstétrica esencial, la asistencia del parto por personal cualificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad. Por desgracia, ciertas intervenciones eficaces para hacer frente a las principales causas de muerte materna, como el tratamiento de las complicaciones del aborto, se han excluido de los programas de maternidad sin riesgo, en gran parte por la sensibilidad política del tema.

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 del aborto peligroso. Sobre la base de las últimas pruebas científicas, brindar atención obstétrica esencial está resultando ser 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 cualificada, los suministros necesarios y sistemas de transporte de urgencia.

3.1.2 *Asistencia del parto por personal cualificado*

La atención profesional del parto está en el centro de los esfuerzos más exitosos para reducir la enfermedad y la muerte maternas. La facilidad y la velocidad con la cual se ha promovido la asistencia cualificada 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 las intervenciones anteriores que se consideraron prioritarias, por ejemplo, el adiestramiento de parteras tradicionales y la puntuación “de riesgo” prenatal para disminuir la mortalidad materna. Es más probable que las mujeres cuyo parto es atendido por asistentes cualificados¹ 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 obstetrices cualificadas 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 cualificado logra un cambio no sólo al reducir la mortalidad materna, sino también reduciendo las muertes perinatales. No obstante, la investigación ha puesto de manifiesto que en algunos países de América Latina y el Caribe hay inequidades muy grandes en la disponibilidad de asistencia cualificada. Por ejemplo, las zonas rurales de muchos países están muy desatendidas en este aspecto.

¹ Por asistente o proveedor cualificado se entiende exclusivamente las personas con cualificaciones para atender un parto (médicos, enfermeras y obstetrices o matronas), adecuadamente formadas para prestar la debida atención durante el embarazo y el parto. Los asistentes cualificados 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.)

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 muchos 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 sanitaria. Otra dimensión de la inequidad de la atención sanitaria que interviene en la mortalidad materna es el acceso a la cesárea, operación que se infrutiliza o a la que se recurre en exceso. La OMS recomienda una proporción general de 15%, basándose en el número previsto de mujeres que tendrán que afrontar complicaciones posiblemente mortales 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 adiestrados para abordar el problema. Además, se han comunicado elevados índices de episiotomía. En Argentina y Uruguay, de cada 10 primíparas que dan a luz 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. Estas intervenciones son ineficaces y, para muchas mujeres, culturalmente inadmisibles. Las intervenciones obstétricas deben basarse en pruebas, y las intervenciones que sólo son efectivas en grupos de alto riesgo no deben usarse habitualmente. 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 sanitaria. Es más probable que asuman la responsabilidad de su propia salud y la de su hijo, y que exijan una atención sanitaria pronta y de calidad para sí, sus familias y sus comunidades. El poder de decisión y la movilización de las comunidades crea un entorno propicio para aumentar la inversión intersectorial en el mejoramiento de la salud. Por ejemplo, experiencias recientes en Ecuador 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, 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 muchos países de la Región las mejoras en el sistema de salud son vitales, ya que las mujeres están muriendo al nivel de prestación de servicios por la falta de una red obstétrica que vaya de la comunidad 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, pues gracias a este 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 fuerte; c) mejor disponibilidad de servicios de atención obstétrica esencial; d) mejor remisión de las mujeres que presentan complicaciones obstétricas durante el parto atendido en casa; e) mejor remisión de las mujeres a un asistente cualificado; f) aumento general de los partos atendidos por asistentes cualificados; 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 un comienzo igual en la vida. Los socios internacionales se han movilizado tras la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y están comprometidos con 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, por 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*

Los marcos jurídico y político deben progresar 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 concertados 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 han 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 se mantiene con el paso del tiempo, así como la disponibilidad de recursos.

5.2 *Prestar servicios de salud reproductiva, atención obstétrica esencial y atención del parto por asistentes cualificados*

Promover la integración de una variedad de 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 los servicios de educación sanitaria para adolescentes con los cuales los jóvenes puedan identificarse. 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 calidad de la atención que se brinda. 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 *Aumentar la demanda pública*

La promoción de la causa, el poder de decisión del colectivo femenino y de la comunidad y la educación son las estrategias clave para que aumente la demanda pública de atención obstétrica esencial. La prestación de servicios de salud materna es insuficiente, por sí misma, para lograr la asistencia del parto por personal cualificado. Para que las comunidades participen, tienen que considerar que el sistema de salud es necesario, de buena calidad y apropiado. Hay que educar sobre la importancia de la promoción de la salud, la identificación de riesgos y las intervenciones apropiadas a grupos como los responsables de las políticas, el conjunto de la comunidad y las embarazadas, con vistas a mejorar la salud materna y a que disminuya la mortalidad materna. Las comunidades que colaboran activamente con los programas de salud materna desarrollan un sentido de la propiedad y un interés personal en su éxito. Tales asociaciones de la comunidad pueden también contribuir a que el programa tenga demanda y sea sostenible.

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. En 1999, se creó el 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 (AID), 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, que es la secretaría técnica. 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

una 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, 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 a 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 sanitaria o del nivel de 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 sensibles 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 rentable. 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 de parto. Para mejorar la salud materna en los países en desarrollo, el modelo del financiamiento de la atención sanitaria debe facilitar el acceso y garantizar la calidad del servicio, incluyendo no sólo un conjunto esencial de servicios de

salud, sino también un sistema viable de remisión de pacientes y de transporte. La clave es la sostenibilidad financiera.

Los costos sanitarios 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 *Para los países*

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 Para la Oficina

La OPS ha asignado recursos para la reducción de la mortalidad materna a escala regional y nacional. La mayor parte de este apoyo es en especie. Desde 1997, la OPS viene recibiendo un promedio anual de US\$ 350.000 de la AID, pero este financiamiento termina en septiembre de 2002. En ese momento, la OPS tendrá que encontrar nuevos recursos para satisfacer las necesidades de cooperación técnica de los Estados Miembros. Además, los países de la Región necesitan recursos financieros para aplicar intervenciones basadas en pruebas.

Para apoyar la ejecución de la estrategia en 2002 y posteriormente, la Oficina prevé que se necesitarán, como mínimo, otros \$500.000 por bienio.

7. Temas clave para el debate

Los resultados están claros: la muerte materna es evitable; se conocen las intervenciones eficaces; y la inversión en la maternidad sin riesgo reducirá la mortalidad y la discapacidad maternoinfantiles. 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 obstetras, 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. ¿Cuáles son 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 cualificada también puede verse más ampliamente, incluyendo en ella el contexto político y de políticas en el cual debe operar y las influencias socioculturales.

- ¿Qué medidas son necesarias para que los partos sean atendidos por personal cualificado 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. ¿Qué estrategias deben crear y aplicar los Estados Miembros para mejorar la disponibilidad de atención obstétrica esencial en primer el nivel, incluidos componentes como el acceso al abastecimiento de sangre, a operaciones quirúrgicas, a anestesia y a personal cualificado 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 sanitario 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. Debe determinarse lo que se necesita para: 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 lograr una maternidad sin riesgo.
- Los socios 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. ¿Qué medidas

deben adoptarse para obtener la colaboración interinstitucional al promover y poner en práctica estrategias de reducción de la mortalidad materna?

8. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación

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 al Subcomité de Planificación y Programación que tome 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 pruebas, 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.
- Asesorar a la Oficina en cuanto a los mecanismos para vigilar el progreso en la reducción de la mortalidad materna.