

1

REDUCCIÓN DE LA *MORTALIDAD*  
Y LA *MORBILIDAD MATERNAS*

Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe

21

REDUCTION OF *MATERNAL*  
*MORTALITY* AND *MORBIDITY*

Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean

41

REDUÇÃO DA *MORTALIDADE*  
E *MORBIDADE MATERNAS*

Consenso Estratégico Interagencial para América Latina e Caribe

61

REDUCTION DE LA *MORTALITÉ*  
ET DE LA *MORBIDITÉ MATERNELLES*

Consensus stratégique inter-agences pour l'Amérique latine et les Caraïbes

PAHO HQ Biblioteca Catalogación en Publicación  
Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna

Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe  
Washington D.C.; PAHO, 2003

ISBN 92 75 32487 5

I. Título II. Autor

- 1.- MORTALIDAD MATERNA
- 2.- SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
- 3.- SERVICIOS DE SALUD MATERNA
- 4.- INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD
- 5.- PRIORIDADES EN SALUD
- 6.- AMERICA LATINA
- 7.- REGIÓN DEL CARIBE

NLM WA310.G892r 2003

**Derechos de Autor:** Las agencias miembros del Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna darán consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse a la Organización Panamericana de la Salud, secretariado del Grupo de Trabajo Interagencial, Área de Salud de la Familia y Comunidad, Unidad de Salud de la Mujer y Materna, Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citadas o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que las agencias miembros del Grupo de Trabajo Interagencial los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

## *AGRADECIMIENTO*

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de todas las agencias miembros del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna: Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (en el marco del subsidio LAC-G-00-98-00012), Family Care International, Population Council, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

Se agradece a todas las personas que contribuyeron con sus valiosos aportes, observaciones y sugerencias a enriquecer y mejorar este documento. Nuestro reconocimiento especial a los representantes de los ministerios de salud, organizaciones de mujeres, y de la sociedad civil de Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, y a los colegas de las agencias de cooperación internacional en los países y expertos regionales quienes participaron en la discusión y revisión del mismo.

# REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS

Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe

Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna

## ÍNDICE



Resumen .....	1
1. Introducción .....	4
2. Lecciones orientadoras del decenio pasado (1990-2000) .....	6
2.1 Políticas y sistemas que facilitan o dificultan la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas .....	6
2.2 Prestación y demanda de servicios de salud materna .....	8
3. Direcciones para el próximo decenio (2001-2010) .....	12
3.1 Contexto internacional de la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas .....	12
3.2 Metas .....	13
3.3 Prioridades para la región de América Latina y el Caribe .....	13
Apéndice	
Lista de indicadores para el monitoreo mundial de la salud reproductiva .....	19
Referencias .....	82
Bibliografía adicional .....	83



## RESUMEN



El Comité Coordinador Regional Interagencial (CCRI) convocó a un Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna para que abordara el tema apremiante de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe (ALC). El Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna del CCRI está constituido por la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Family Care International, Population Council, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, y respaldan plenamente las recomendaciones que contiene el presente documento. Su valor añadido reside en que representa una visión de conjunto y común sobre la manera cohesiva y unificada de combatir las defunciones maternas a fin de optimizar la cooperación técnica y la colaboración en los países y entre organismos. El Grupo de Trabajo ha analizado en detalle las estrategias más eficaces para ALC y ha recibido retroalimentación de los países al respecto. Esta visión unificada será de suma utilidad para alcanzar la meta común de reducir sustancialmente las defunciones maternas en América Latina y el Caribe.

La mortalidad materna es un problema crítico. Cada año, aproximadamente 23.000 mujeres mueren a causa de las complicaciones del embarazo y el parto. La mayor parte de estas defunciones es prevenible, lo cual confirma que no se garantiza el derecho humano de las mujeres a la maternidad segura. La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales y económicas importantes en la familia y la comunidad. Es más, tiene consecuencias sociales y económicas profundas ya que la muerte de la madre reduce la supervivencia del recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la razón de mortalidad materna (RMM) en ALC para 1995 en 190 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, hay variaciones considerables en la RMM en los países y entre ellos. Las diferencias en los resultados de la salud materna se deben a las desigualdades en el acceso a servicios maternos asequibles, de calidad y culturalmente apropiados, que tienen distintos efectos en las mujeres en función de factores tales como la edad, los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de residencia. Por consiguiente, la mortalidad materna es más alta en las mujeres de nivel cultural más bajo, pobres, de zonas rurales e indígenas.

Desde fines de los años ochenta, los países de ALC han logrado mejorar la salud materna en un grado sustancial; no obstante, enfrentan grandes desafíos para el próximo decenio. Se han aprendido lecciones a escala mundial y regional en materia de políticas y de prestación de servicios. Este documento

*Cada año,  
aproximadamente  
23.000 mujeres mueren  
a causa de las complicaciones del embarazo  
y el parto. La mayor  
parte de estas defunciones  
es prevenible...*

\*\*\*

surge de esas lecciones y presenta estrategias que pueden orientar actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna en los países de ALC durante el primer decenio del siglo XXI.

Las políticas y los sistemas de salud pueden facilitar o dificultar los esfuerzos destinados a reducir la

mortalidad materna. Las políticas y los marcos jurídicos eficaces protegen y promueven los derechos humanos fundamentales de la mujer. Los gobiernos que tienen políticas firmes y persuasivas en materia de maternidad segura y que han comprometido recursos suficientes para ejecutarlas han observado una reducción en el nivel de la mortalidad materna.

La disponibilidad de la atención integral de la salud reproductiva sigue siendo una meta no realizada en casi toda ALC. El progreso en el acceso a los métodos modernos de planificación familiar ha sido desigual. Ha aumentado la cobertura de la atención prenatal, pero en gran parte de los casos, las embarazadas no reciben el número mínimo de consultas que se necesita para promover el embarazo y el parto seguros. Casi todas las defunciones maternas ocurren cerca del momento del parto y, por consiguiente, asegurar la atención calificada del parto es una estrategia clave. Aunque en los países de ALC hay un proveedor de salud presente en 79% de los partos, la calidad de estos servicios varía enormemente (15). Las mujeres, en particular las de bajos ingresos, de nivel educativo más bajo, de zonas rurales e indígenas, tienen menos acceso a la planificación familiar, a la atención prenatal y a proveedor calificado durante el parto. Algunas de las disparidades más grandes en materia de la atención calificada del parto entre las mujeres ricas y pobres se encuentran en los países de ALC. Aumentar la presencia del proveedor calificado exigirá estrategias dinámicas para formar o fortalecer un grupo de profesionales que atiendan estas zonas.

Sin embargo, la atención calificada es algo más que la presencia de un proveedor especializado. Significa que el proveedor tiene un "entorno habilitante" que incluye medicamentos, equipo, suministros, una política favorable y un marco normativo, un sistema de comunicación y referencia y la extensión comunitaria. La OMS ha determinado los recursos necesarios para los establecimientos que ofrecen cuidados obstétricos esenciales básicos (COE), en los cuales es posible la vigilancia sin riesgo de casi todos los nacimientos. Para las complicaciones graves y los embarazos de alto riesgo, los establecimientos de COE integral deben ser accesibles mediante la referencia rápida y un sistema de transporte de urgencia asequible.

La vigilancia y la evaluación a escala local y nacional son importantes para seguir el progreso alcanzado en las actividades para reducir la mortalidad materna. Todavía no se consiguen fácilmente en la mayor parte de los países de ALC estadísticas exactas de mortalidad materna, y esta situación se tiene que rectificar. Además, hacen falta indicadores de proceso para evaluar los servicios de salud materna a los niveles local y nacional.

Muchos organismos, organizaciones y grupos de la sociedad civil han participado en la promoción de la salud reproductiva, el apoyo financiero, el fortalecimiento de la capacidad y la ejecución y el análisis de programas. Estos grupos pueden ayudar enormemente en la tarea de promover la maternidad segura y reducir la mortalidad materna.

Basándose en las lecciones aprendidas en los últimos doce años, se han reconocido cinco áreas prioritarias de acción para crear o fortalecer los marcos jurídicos e institucionales necesarios para las intervenciones nacionales y locales; prestar servicios integrales de salud materna, con un énfasis en la prestación de COE y la atención calificada del parto; aumentar la demanda pública de servicios de alta calidad, asequibles y accesibles; reforzar la capacidad comunitaria; apoyar las acciones nacionales y municipales; establecer asociaciones internacionales y nacionales; y crear y vigilar mecanismos financieros para lograr la eficacia en función de los costos y la sostenibilidad. Por último, la reducción de las inequidades en los resultados de salud materna que dependen de los ingresos, la residencia en una zona rural y el grupo étnico es un tema global al que se debe prestar atención dentro de cada campo prioritario.

Las cinco áreas prioritarias:

✿ **Apoyarán las acciones nacionales y municipales** que promuevan: a) políticas y leyes que protejan los derechos humanos de la mujer, incluido el acceso a la salud, la nutrición, la planificación familiar y la educación; b) el compromiso financiero de asegurar los recursos humanos y materiales indispensables; c) la atención de las necesidades de la población en los sistemas de salud; d) la integración de la atención de salud

reproductiva, y e) el uso de indicadores de resultado (mortalidad) y de procesos para vigilar la adecuación de los servicios de salud materna;

✿ **Pondrán a disposición servicios de salud materna de calidad** por medio de: a) la atención integrada de la salud reproductiva que incluya la atención prenatal y posnatal, la planificación familiar y el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS); b) la atención calificada del parto; c) redes de COE; y d) acceso geográfico y cultural a la atención obstétrica;

✿ **Aumentarán la demanda del público de servicios de alta calidad, asequibles y accesibles** al facilitar: a) la promoción y educación en salud generalizadas; b) la capacidad y la participación de la comunidad en materia de salud de las embarazadas, y c) comités de mortalidad materna activos al nivel nacional, subnacional y municipal;

✿ **Construcción de alianzas** a fin de fomentar la salud materna a escala internacional, regional, nacional y local que: a) se dediquen a la coordinación, colaboración y cooperación; b) vigoren el fortalecimiento de la capacidad; y c) promuevan la sostenibilidad;

✿ **Asegurarán el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de la atención de salud materna mediante:** a) la elaboración de una metodología para evaluar el impacto económico de la reducción de la mortalidad materna en ALC; b) la concepción de un modelo de cuentas nacionales de salud reproductiva a fin de cuantificar las necesidades financieras e identificar los fondos disponibles para la salud reproductiva; c) el uso de estos datos para reanimar las negociaciones con los gobiernos sobre el financiamiento de un conjunto sostenible de servicios de salud reproductiva, y d) la captación de recursos financieros públicos para sufragar las necesidades de salud reproductiva de las poblaciones más pobres.



## I. INTRODUCCIÓN

La finalidad de la estrategia de América Latina y el Caribe (ALC) para la reducción de la mortalidad materna<sup>1</sup> es impulsar el tema como una prioridad de salud pública en ALC y proporcionar directrices para la acción durante los próximos 15 años. Aproximadamente 23.000 mujeres en edad fértil en los países de ALC mueren cada año por complicaciones del embarazo y el parto. Aunque el número de mujeres que mueren de causas relacionadas con el embarazo ha disminuido en ALC durante los últimos 10 años debido a las intervenciones realizadas, las complicaciones del embarazo y el parto todavía se encuentran entre las principales causas de muerte de las mujeres en edad fértil (19). Esto se aplica, en particular, a los países de ALC que registran tasas de fecundidad altas, niveles altos de pobreza, y cobertura y calidad asistenciales deficientes. Por ejemplo, el riesgo desde el nacimiento de fallecer por complicaciones del embarazo y el parto en ALC es de una en 130 mujeres; en cambio, en Canadá, el riesgo es de una en 7.750. Se estima que al entrar el siglo XXI, 15% de las embarazadas en ALC (1.600.000 de mujeres) padecerán complicaciones mortales durante el embarazo, el parto y el puerperio (1). El progreso logrado en otros países demuestra que la mayor parte de estas muertes son evitables.

---

<sup>1</sup> Una muerte materna es “la muerte de una mujer embarazada o a 42 días de la terminación del embarazo, al margen del sitio o la duración del embarazo, por cualquier causa relacionada con el embarazo o su manejo o agravada por el embarazo o su manejo” (1).



La razón de mortalidad materna (RMM) promedio en los países de ALC es de 190 por 100.000 nacidos vivos (2). Sin embargo, cabe señalar que algunas razones o tasas de mortalidad materna notificadas de países están por debajo del máximo proyectado de 100 por 100.000 nacidos vivos, mientras en otros países se estiman hasta en 500 por 100.000. Las fluctuaciones en la RMM también existen en los países, y varían desde 10 por 100.000 en las poblaciones con más acceso a los servicios de salud materna hasta razones de más de 800 por 100.000, en las zonas más pobres y aisladas. Casi todas estas muertes maternas son evitables si las complicaciones se diagnostican oportunamente y se tratan apropiadamente.

En ALC<sup>2</sup>, las defunciones maternas son producto, principalmente, de hemorragias (20%), toxemia (22%), otras complicaciones del puerperio (15%) y otras causas directas (17%), aparte de las defunciones relacionadas con el aborto, que causan al menos 11% de las muertes maternas. Las enfermedades preexistentes, como la tuberculosis, la cardiopatía y la influenza, que se exacerban con el embarazo o su manejo, son la causa de 15% de las defunciones.

Además de salvar vidas, con el mejoramiento de la atención materna disminuye el número de mujeres que tienen problemas a largo plazo como consecuencia del embarazo o el parto. En los países de ALC, aproximadamente 500.000 mujeres sufren problemas de salud crónicos prevenibles tales como prolapso uterino, fístulas, incontinencia o dolor durante el coito (3).

Las muertes maternas son una tragedia no solo para las mujeres, sino también para sus familias y su comunidades (4). Las repercusiones sociales y económicas son diversas: menos posibilidades de supervivencia de los demás hijos de la familia durante la primera infancia, rendimiento escolar más bajo de los hijos sobrevivientes y la pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, ya que una gran proporción de las mujeres en edad fértil pertenece a la población económicamente activa. La mortalidad materna es más que un problema de salud; es,


ante todo, una cuestión de derechos humanos (13). Toda mujer tiene el derecho fundamental al embarazo y al parto seguros, y el derecho a la maternidad segura. Este derecho se refleja en los tratados y las convenciones internacionales sobre derechos humanos, así como en los convenios de conferencias de las Naciones Unidas. Los países de ALC son signatarios de estas convenciones y convenios.

A continuación figuran algunos derechos humanos relacionadas con la maternidad segura (13).

- ✿ Los derechos a la vida, la libertad y la seguridad. Con objeto de defender estos derechos, los gobiernos deben garantizar el acceso a la atención de salud apropiada durante el embarazo y el parto y permitir a la pareja el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- ✿ Los derechos a la información y la educación en salud, que comprenden la información sobre la salud reproductiva, incluida la planificación familiar.
- ✿ Los derechos a la equidad y la no discriminación. Los servicios asistenciales se deben prestar a quien los necesite, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, clase socioeconómica, o condiciones de salud o afecciones preexistentes.

En todos los países de ALC, al margen de su RMM, hay inequidades inadmisibles en los resultados de salud materna, que están relacionadas con los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de residencia. Las mujeres pobres y los grupos indígenas de ALC reciben con más frecuencia un tratamiento de salud inadecuado o discriminatorio. Su condición social y económica está relacionada con mortalidad y morbilidad excesivas. Otro factor determinante importante es la cultura. Los grupos indígenas están aislados cultural y geográficamente. Además de mejorar la atención de salud reproductiva y las políticas, para lograr reducir la mortalidad materna a largo plazo habrá que resolver las inequidades fundamentales sociales, de género y económicas.

<sup>2</sup> Según datos de la OPS (1995-2000), de las defunciones maternas notificadas en 20 países, usando distintas fuentes, principalmente estadísticas vitales, la vigilancia y los estudios especiales de países. La subnotificación sigue siendo un problema en muchos países (1).



## 2. LECCIONES ORIENTADORAS DEL DECENIO PASADO (1990-2000)



### 2.1 POLÍTICAS Y SISTEMAS QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS

En el pasado, los países desarrollados y en desarrollo han demostrado que la mortalidad materna se puede reducir mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas, a saber, la educación para todos; el acceso universal a los servicios básicos de salud y nutrición antes, durante y después del parto; el acceso a los servicios de planificación familiar; la atención calificada del parto; el acceso a la atención de buena calidad en casos de complicaciones; y las políticas que elevan la condición social y económica de las mujeres, incluida su capacidad para poseer propiedad y su acceso a la fuerza laboral. A fin de promover la salud de las mujeres y sus hijos, es importante abordar cada una de estas esferas.

### 2.1.1 *La educación, la salud y la condición social como factores favorables*

El alfabetismo es un factor importante que se relaciona con la mortalidad materna. Las tasas de alfabetización en ALC son altas, lo cual genera una situación que favorece la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, según la UNESCO, la “alfabetización funcional” es baja en muchos países de ALC, especialmente en las zonas rurales y en las indígenas donde el español no es la lengua materna de las mujeres. Esta falta de educación crea barreras al acceso a la información y los servicios de salud. La escolaridad insuficiente reduce las probabilidades de que las mujeres y sus familias utilicen y apoyen los servicios de salud basados en evidencia científica. Además, las mujeres analfabetas a menudo no conocen sus derechos humanos y legales básicos y las opciones que les ofrecen.

*Las tasas de alfabetización en América Latina y el Caribe son altas, lo cual genera una situación que favorece la reducción de la mortalidad materna.*

\*\*\*

Muchas mujeres en ALC sufren estrés nutricional y biológico durante toda su vida, el cual aumenta el riesgo de mortalidad materna. Las iniciativas de programas como los suplementos nutricionales y la promoción de la nutrición apropiada ayudan a disminuir las complicaciones por carencias nutricionales (5, 22). La prevención de las enfermedades mediante las vacu-

nas contra el tétanos y la hepatitis B, entre otras, y el tratamiento de padecimientos básicos como las infecciones parasitarias, el VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la diabetes y la malaria también mejoran los resultados de la salud materna y la infantil.

El maltrato sexual o físico durante el embarazo también es un factor que contribuye a la mortalidad y la discapacidad maternas. Se estima que la violencia doméstica afecta a hasta 13% de las embarazadas en ALC (7). La prevalencia es aun más alta en las madres adolescentes, y en algunas zonas la cifra se ha elevado a 38% (7). Las mujeres que son víctimas de maltrato sexual y físico tienen tres veces más probabilidades de tener bebés de bajo peso al nacer o con retraso del crecimiento fetal. El riesgo de que mueran los bebés nacidos de mujeres maltratadas durante el embarazo es seis veces más alto antes de los cinco años (5).

### 2.1.2 *La integración de la atención de salud reproductiva*

Los sistemas integrados de salud reproductiva han enfrentado muchas dificultades en su ejecución. Una de las razones es la programación vertical, en lugar de integral. Además, en algunos casos en los que se ha logrado la integración, no se incluyeron servicios de atención de salud reproductiva importantes, como la planificación familiar, el tratamiento de las ITS y la atención pos-aborto.

En ALC, los porcentajes nacionales de mujeres que acuden al menos a una visita prenatal fluctúan entre 50% y más de 90% (1); el número de mujeres que reciben atención hospitalaria ha seguido creciendo. Por consiguiente, se cuenta con oportunidades excelentes para promover la salud, la prevención de enfermedades y la atención curativa de buena calidad. Es más probable que las mujeres—especialmente las pobres, las analfabetas y las que viven en las zonas rurales—aprovechen los servicios sanitarios y educativos ampliados cuando se les ofrecen durante una consulta prenatal o después del parto (19).

En ALC, se estima en 69% el uso de métodos modernos de planificación familiar entre las mujeres casadas. Sin embargo, se estima que en las adolescentes es de menos de 10% (6). La tasa de utilización

baja se explica por la disponibilidad y el acceso limitados a los métodos de planificación familiar, y el desconocimiento de su uso correcto. La mayor parte de las adolescentes reciben servicios de planificación familiar sólo después del primer embarazo y el primer hijo (18). Por lo tanto, los embarazos inoportunos o no deseados son comunes a muchas mujeres. El uso de métodos de planificación familiar aumenta el espaciamiento entre embarazos y reduce el número de hijos no deseados.

Las defunciones relacionadas con el aborto representan 11% de las defunciones maternas en ALC (según datos de la OPS correspondientes a 1995-2000). Los abortos son la causa principal de muerte materna en algunos países. El acceso de todas las mujeres a la planificación familiar y el tratamiento oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto (espontáneo o inducido) reduce el número de defunciones maternas y las discapacidades. En los países de ALC, cerca de la tercera parte de las mujeres entre los 20 y 24 años se han embarazado por primera vez antes de los 20 años. Además, es más probable que el embarazo no deseado cause problemas de salud a las madres jóvenes, ya sea por un aborto peligroso, o por las probabilidades más bajas de que las mujeres jóvenes tengan acceso o busquen la atención apropiada (23).

### 2.1.3 *La infraestructura del seguimiento y la evaluación*

El seguimiento y la evaluación de los programas son esenciales para la continuación y el mejoramiento de las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna y se deben realizar en los niveles local, nacional y regional. En una evaluación de la reducción de la mortalidad materna en Honduras, el Banco Mundial llegó a la conclusión de que la medición de la mortalidad materna era un paso importante hacia el cambio y la reducción (14).

Aunque es importante que mejoren el registro de estadísticas vitales y la notificación de las tasas y razones de mortalidad materna (indicadores de impacto), se precisan otras mediciones, ya que las estadísticas actuales suelen ser inexactas por la subnotificación y

la clasificación errónea (19). Las RMM de origen local no son exactas cuando la población es muy baja y las defunciones maternas son pocas. Por consiguiente, hay un reconocimiento creciente de la necesidad de considerar los indicadores de proceso como instrumentos de vigilancia, especialmente a escala local (7). Uno de los indicadores de proceso, la “atención calificada del parto”, se está usando como punto de referencia mundial para vigilar el progreso hacia la meta de la reducción de la mortalidad materna. (Véase el apéndice para consultar la lista de los indicadores de proceso recomendados.)

La vigilancia de la mortalidad materna está mejorando, y en ALC debe ser viable medir la mortalidad materna, en particular a nivel nacional. Los comités de mortalidad materna de los hospitales están llevando a cabo progresivamente la detección e investigación de las defunciones maternas (por ejemplo, auditorías) y, basándose en los resultados, recomendando las acciones a adoptar. Tales comités son importantes porque la calidad deficiente de la atención hospitalaria contribuye a la mortalidad materna evitable en ALC (19). Casi todos los países de ALC tienen comités nacionales de mortalidad materna, aunque las funciones y los niveles de actividad varían. La OPS ha recomendado la creación de comités en el nivel intermedio (estado, provincia), y también, municipal (24). Sin embargo, con respecto a su presencia y nivel de actividad, estos comités van de estables y bien establecidos en el sistema asistencial a marginados o inexistentes (1).

## 2.2 **PRESTACIÓN Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA**

### 2.2.1 *Servicios de salud asequibles, aceptables y apropiados*

La incidencia de la mortalidad materna es más alta en las mujeres pobres que en las de ingresos más altos (16). Las inequidades en los ingresos, la educación y la accesibilidad son las barreras a servicios de salud eficaces. Se han comprobado disparidades grandes en la utilización de los servicios de salud entre los quintiles económicos superior e inferior (8,17).

Muchas personas en el quintil económico inferior viven en las zonas rurales, tienen una escolaridad mínima y pertenecen a grupos minoritarios.

La accesibilidad geográfica a menudo determina la utilización de servicios. En muchos casos, las mujeres urbanas tienen más acceso a la atención obstétrica que las que viven en las zonas rurales. Muchas indígenas embarazadas que sufren complicaciones se tienen que trasladar distancias largas, a menudo a pie, para acudir a un servicio de salud. Para las mujeres que viven en las zonas rurales, el viaje para asistir a las citas suele ser costoso, en transporte y tiempo lejos de la familia y el trabajo. Estos costos pueden amenazar la sostenibilidad económica de una familia y a menudo desanimar a las mujeres y sus familias a buscar atención. Las mujeres pobres no tienen acceso a la cobertura de un seguro médico o de la seguridad social. En las zonas remotas, los servicios de salud

*Muchas indígenas embarazadas que sufren complicaciones se tienen que trasladar distancias largas, a menudo a pie, para acudir a un servicio de salud.*

\*\*\*

más viables son los que prestan el sistema de salud pública o las organizaciones sin fines de lucro privadas, que a veces son gratis, o los que subcontrata el sistema de salud pública. No obstante, debido a los costos elevados de la prestación de estos servicios, muchos proveedores de servicios de salud subcontratados son renuentes a prestar servicios en las zonas

remotas, a menos que estén muy bien remunerados. La falta de cobertura de un seguro médico o la cobertura insuficiente es un problema que refleja las desigualdades a las que, además, contribuye.

En general, la tasa de mortalidad materna de las indígenas de ALC es excesivamente alta. La atención en muchas zonas atendidas no es culturalmente apropiada. Los grupos de las minorías étnicas suelen ser reacias a ir a los hospitales por las noticias que tienen de la calidad de la atención, que es inferior al promedio, y del maltrato físico y emocional en manos de proveedores de servicios (10). El idioma es otro problema para algunos grupos minoritarios que no entienden ni hablan el idioma oficial. Es más probable que estos grupos utilicen la atención integrada de salud reproductiva si es sensible a la tradición cultural de las indígenas (9).

## 2.2.2 La prestación de servicios de cuidados obstétricos esenciales

### COE básico e integral

La prestación de COE básico e integral se está convirtiendo en una de las estrategias más eficaces para reducir la mortalidad materna, ya que casi todas las complicaciones y defunciones ocurren durante el parto o inmediatamente después, o a causa de las complicaciones de los abortos provocados (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado sus componentes esenciales. Los servicios básicos de COE deben ser accesibles a todas las mujeres. Se precisan maternidades con proveedor calificado, los suministros necesarios y la capacidad de transportar rápidamente a una mujer a un establecimiento de COE integral, si fuera necesario. Los componentes esenciales de un establecimiento de COE básico son: tratamiento de embarazos complicados (por ejemplo, por anemia o diabetes); tratamiento médico de las complicaciones del embarazo, el parto o el aborto (como hemorragias, septicemia y eclampsia); procedimientos manuales (extracción de la placenta, reparación de desgarros o episiotomías); vigilancia del trabajo de parto (mediante el uso del partograma), y atención especial a los recién nacidos (4). Se ha comprobado que estas intervenciones





producen un cambio al asegurar la salud de la madre y su hijo. Una partera profesional puede proporcionar COE básico.

El COE integral comprende las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones durante el parto, incluso los servicios de COE básico, además de cirugía, anestesia y transfusión sanguínea (4).

La provisión de COE en ALC es prácticamente a nivel hospitalario. Sin embargo, cabe señalar que se ha logrado reducir la mortalidad materna mediante la importancia que se le ha dado al COE básico (no hospitalario) y al mejoramiento de los sistemas de referencia (14). No obstante, en muchos países de ALC faltan establecimientos de COE básico. Por lo tanto, las mujeres tienen pocas alternativas para el parto. Pueden parir en su hogar o trasladarse a un hospital distante. Muchos de los hospitales terciarios en ALC están hacinados, en detrimento de la calidad de la atención, y contribuyen a elevar los costos de los servicios prestados, que podrían ofrecerse con más eficacia en los establecimientos de COE básico. En algunos países, las casas de espera u hogares maternos, que son establecimientos de COE, han conseguido mejorar el acceso a COE de las mujeres que viven en comunidades distantes (10). En casos de emergencias obstétricas, los sistemas de referencia eficaces son fundamentales para asegurar el acceso oportuno a la COE integral.

### **El proveedor calificado**

Con el tiempo, se ha demostrado que la atención calificada del parto puede reducir la mortalidad materna con eficacia (11). La atención calificada incluye exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, los médicos y las enfermeras obstétricas) que han adquirido las aptitudes necesarias para prestar atención competente durante el embarazo y el parto. El proveedor calificado debe ser capaz de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer las complicaciones, realizar intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la referencia de la madre y el bebé para las intervenciones que exigen aptitudes más avanzadas o no son posible en un establecimiento determinado (3). En ALC, 79% de todos los nacimientos cuentan

con la presencia de un proveedor de atención de salud calificado (15). Sin embargo, quedan dos problemas en ALC: la desigualdad del acceso a la atención calificada y la falta de atención eficaz proporcionada por personal de salud. En algunos países de ALC, hay inequidades muy grandes en la distribución del proveedor calificado (12).

Los sistemas de salud y educativos no han logrado desarrollar un grupo de profesionales altamente competentes que atiendan a las mujeres durante el parto, especialmente a las mujeres pobres y a las que viven en las zonas rurales (19). Faltan incentivos para atraer a los profesionales calificados a permanecer y trabajar en las comunidades pobres o rurales, donde las tasas de mortalidad materna son las más altas. Aunque muchos países han capacitado parteras tradicionales (PT), la investigación revela que principalmente por el adiestramiento inadecuado y el apoyo y los sistemas de referencia deficientes, esta tarea no ha tenido repercusiones importantes en la reducción de las defunciones maternas (2).


#### **Atención de calidad y atención calificada del parto**

La atención de calidad se refiere al carácter idóneo y adecuado de la atención prestada, así como al grado de satisfacción expresada por las mujeres. La atención prestada por el proveedor calificado debe ser de alta calidad para que la mortalidad materna disminuya. Muchos países de ALC, especialmente los que tienen RMM de menos de 100 por 100.000 nacidos vivos y tasas altas de atención calificada del parto, no han conseguido reducir la mortalidad en el último decenio, y las RMM en los hospitales a menudo siguen

siendo inadmisiblemente altas (13). En ALC, las aptitudes de los proveedores calificados varían enormemente, y muchos no tienen los conocimientos básicos necesarios para resolver o proporcionar tratamiento inicial adecuado durante las emergencias obstétricas (12).

También se precisan los recursos necesarios para los partos (por ejemplo, instrumentos, medicamentos) para que el personal calificado pueda llevar a cabo sus funciones de la manera debida. La falta de un suministro de sangre inocua es un problema en muchas zonas de ALC y contribuye al número elevado de mujeres que mueren. La atención calificada se refiere al proceso en el cual el proveedor calificado posee las aptitudes necesarias y tiene el apoyo de un establecimiento propicio con los suministros, el equipo y la infraestructura adecuados, un sistema de comunicación eficaz, y referencia de pacientes y transporte (12).

Las prácticas tales como las episiotomías corrientes contribuyen a aumentar la morbilidad de las mujeres. Una tasa alta de cesáreas en algunos países y en ciertos grupos de mujeres también es un problema emergente en ALC (21). El uso inapropiado e innecesario de la tecnología y las prácticas obstétricas aumenta los riesgos para las mujeres y los lactantes y desplaza los recursos (limitados en los países) lejos de las actividades que más los necesitan. Además, las mujeres citan las aptitudes de comunicación deficientes de los proveedores de asistencia, junto con los comportamientos irrespetuosos, como un factor que impide que ellas usen los servicios de salud. Esto ha exigido que se “humanice el parto”.



## 3. DIRECCIONES PARA EL PRÓXIMO DECENIO (2001-2010)

### 3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS

Se han celebrado varias consultas con la finalidad de elaborar estrategias para reducir el número de mujeres que mueren por las complicaciones del embarazo. En 1997, representantes de los gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales (ONG) y expertos técnicos que participan en la Consulta Técnica sobre la Maternidad Segura estuvieron de acuerdo en las intervenciones esenciales para reducir la mortalidad materna a nivel mundial (13). Estas intervenciones, que se describen en el Programa de Acción de la Maternidad Segura, son el fomento de la maternidad sin riesgo mediante el adelanto de los derechos humanos, sociales y económicos de la mujeres, el retraso del matrimonio y el primer nacimiento y el mejoramiento de las intervenciones del sector de salud (12). En el año 2000, en su Cumbre del Milenio, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio, en la cual figura un conjunto de metas para el desarrollo, incluidos el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza para el año 2015. Una de las ocho metas del milenio para el desarrollo es reducir la mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015. Un indicador para medir el progreso de la reducción de la mortalidad materna es la presencia de proveedor calificado en 80% de los nacimientos en el mundo para el año 2015. Con una cobertura promedio de 79%, el desafío para ALC consiste en aumentar el acceso de los grupos subatendidos (1), disminuir las disparidades (incluida la urbana-rural) en los países y mejorar la eficacia de la atención calificada (15).



## 3.2 METAS

A grandes rasgos, las metas para promover la maternidad segura son: proteger y promover los derechos reproductivos y humanos por medio de la reducción de la carga mundial de las enfermedades, la discapacidad y la muerte innecesarias relacionadas con el embarazo, el parto, y los períodos puerperal y neonatal; aumentar las condiciones para la maternidad saludable y segura de las mujeres; y asegurar un comienzo igual para los niños.

## 3.3 PRIORIDADES PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La mortalidad materna en los países de ALC es muy semejante con respecto a los problemas y los contextos a escala internacional. Sin embargo, conserva características únicas en relación con el problema general y los métodos adoptados para reducir la incidencia de la mortalidad materna. Aprovechando las experiencias internacionales, y basándose en las lecciones aprendidas en ALC, se han establecido algunas prioridades para el primer decenio del milenio.

### 3.3.1 *Apoyar los esfuerzos nacionales y municipales*

La reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública se debe reflejar en los niveles nacional y municipal por medio de: las políticas y las leyes que protegen los derechos humanos de la mujer, incluido el acceso a la salud, la nutrición y la educación; el compromiso financiero de asegurar los recursos humanos y materiales necesarios; la integración de la atención de la salud reproductiva; y la capacidad de los servicios de atender las necesidades de la población.

En casi todos los países de ALC se cuenta con políticas en las cuales se acentúa la importancia de la maternidad segura. No obstante, la reducción general de la mortalidad materna durante los años noventa fue desigual en ALC, y no ha seguido el mismo ritmo que los cambios en los indicadores económicos en

muchos países (20). El análisis de los países que han progresado sustancialmente en la reducción de la mortalidad materna indica que las políticas de maternidad segura firmes, convincentes y sostenidas son necesarias para poder progresar.

La reducción de la mortalidad materna debe ser una prioridad nacional y local. Hay que analizar las leyes y las políticas nacionales para cerciorarse que se respeten los derechos humanos de la mujer y se eliminan las barreras a la atención accesible, asequible y apropiada. Además, es preciso examinar los factores que contribuyen o inhiben la aplicación de tales leyes, políticas y normas relacionadas con la salud. Las leyes y políticas que influyen directamente en la salud de la mujer son: el derecho a la salud, la planificación familiar, la nutrición y la educación, y el establecimiento de una edad mínima para el matrimonio. Hay que incorporar una perspectiva de género en estas leyes y políticas, y las mujeres deben participar en el proceso decisorio (20). Es importante dar a conocer la conciencia de estos derechos y leyes para que las mujeres y sus familias puedan adoptar las medidas necesarias para cerciorarse que las mujeres reciban los servicios que protegerán y promoverán su salud y la salud de sus hijos. Además, hay que promulgar leyes que permitan a los trabajadores de salud realizar determinadas intervenciones que salvan vidas, incluso durante las complicaciones pos aborto.

Es preciso comprometer recursos y tomar las medidas necesarias para lograr un progreso considerable en la reducción de la mortalidad materna. Algunos países necesitarán movilizar muchos más recursos; otros tendrán que aumentar la eficacia de sus gastos actuales o transferir recursos a la atención médica básica de la maternidad a escala local para mejorar la salud. La financiación de la atención médica de las mujeres debe ser suficiente y sostenible durante períodos largos para lograr resultados. Además, los países deben promover más transparencia en el uso de los recursos y crear un mecanismo para la vigilancia.

La atención de la salud reproductiva en el nivel local debe prestar atención que cumpla con las normas y las pautas establecidas. A tales fines, debe haber suficientes recursos humanos y materiales. Los servicios de salud también deben ser apropia-

dos y capaces de atender a la población que sirven. La capacidad local y nacional debe reforzarse más y se deben implantar mecanismos de responsabilización. En las comunidades donde la descentralización de los servicios es parte de la reforma de los sistemas de salud, los administradores y los comités comunitarios locales deben encargarse de la prestación de los servicios de salud.

La promoción de la integración de un conjunto de servicios de atención de la salud reproductiva (por ejemplo, atención maternoinfantil, planificación familiar, incluidos el acceso y la disponibilidad de anticonceptivos modernos, tratamiento de las ITS y atención pos-aborto) debe ser un componente esencial de la reforma del sector de la salud, y se debe garantizar el acceso a estos servicios de todas las mujeres. Además, hay que prestar más atención a la salud reproductiva de los adolescentes de una manera

*El sector salud debe atender las necesidades de las mujeres que desean evitar embarazarse, mediante servicios de planificación familiar accesibles y asequibles.*

\*\*\*

amigable. La prestación de servicios de salud a los adolescentes es esencial, dada la tasa actual de embarazos en las adolescentes y las tasas crecientes de la infección por el VIH/SIDA en los países de ALC en este grupo. Para mejorar su eficacia, estos servicios deben prestárseles a todos los adolescentes, incluidos los jóvenes que no asisten a la escuela.

### 3.3.2 Proveer atención y prestar servicios integrales de salud materna

La reducción de la mortalidad materna como una prioridad de salud pública se reflejará en la prestación de servicios de salud materna mediante la atención integrada de la salud reproductiva, que comprende la prestación de la atención prenatal y posnatal, la planificación familiar y el diagnóstico y tratamiento de las ITS; la atención calificada del parto; el establecimiento de una red de COE; y el acceso geográfico y cultural a los cuidados obstétricos.

El sector salud debe atender las necesidades de las mujeres que desean evitar embarazarse, mediante servicios de planificación familiar accesibles y asequibles. Estos servicios deben concentrarse en el cliente, ofrecer una variedad de métodos anticonceptivos y orientación apropiados y, cuando sea posible, establecer enlaces con otros servicios de atención de la salud reproductiva que las mujeres puedan necesitar, como la detección y el tratamiento de las ITS. Los gobiernos también necesitan garantizar un conjunto integral y económico de atención prenatal de buena calidad.

La prestación de COE, según lo define la OMS, es una estrategia esencial para abordar directamente las causas médicas de la mortalidad materna. Los establecimientos (hospitales y establecimientos de salud) con capacidad limitada pueden llegar a prestar COE. Hay que establecer un sistema que asegure que el personal esté disponible para atender las emergencias obstétricas las 24 horas del día y que estén disponibles los suministros necesarios. Las emergencias obstétricas deben tener acceso prioritario a los quirófanos, y en todo momento se debe contar con servicios de transfusión de sangre inocua (19).

Las embarazadas, sin excepción, deben tener acceso a un proveedor calificado para la atención prenatal, del parto y post parto. Se deben ofrecer incentivos a este personal cuando trabaja en las zonas rurales y semirurales, como vivienda y oportunidades de educación a distancia, perspectivas profesionales mediante sistemas de rotación y, cuando corresponda, la facultad de ejercer en establecimientos públicos y privados (12).

La atención materna integral, que incluye la prestación de COE, prenatal y puerperal, con un

enfoque basado en los derechos y el género y que promueva la calidad interpersonal y clínica, debe ser un componente del programa de estudios básico en las escuelas de medicina, obstetricia y enfermería. Además, es importante que los administradores de la atención de salud comprendan la función de COE y los componentes de un sistema eficaz de COE. La educación continua, incluida la capacitación supervisada para los médicos, las parteras profesionales y las enfermeras conforme a las normas de práctica basadas en evidencias científicas, es esencial para asegurar la atención de calidad.

La capacitación y asignación de parteras profesionales y enfermeras como proveedor calificado es una intervención esencial de eficacia comprobada, en particular en las zonas subatendidas. Se puede facilitar tal intervención mediante el establecimiento de marcos normativos nacionales para permitir la práctica en una variedad de establecimientos; el examen de los reglamentos que rigen el alcance de la práctica de cada categoría de partera profesional; el permiso para la práctica de las intervenciones que salvan vidas, como la extracción manual de la placenta; el mejoramiento de la partería profesional y los programas de educación en enfermería; la educación continua para las parteras profesionales y enfermeras en ejercicio; y el establecimiento de asociaciones profesionales dinámicas.

Aunqu la meta máxima es la atención calificada del parto para todas las mujeres embarazadas, es imposible conseguirla de un día para otro. Una estrategia provisional valiosa consiste en que el sistema de salud formal se asocie con las parteras tradicionales, en particular en materia de maneras culturalmente aceptables de atender a las mujeres. El reconocimiento de la función que pueden desempeñar las parteras tradicionales en la detección y la referencia de las mujeres con emergencias durante el parto, la referencia de mujeres a la atención prenatal, y la prestación de servicios de apoyo esenciales (como el apoyo emocional durante el trabajo de parto y la asistencia en el cuidado neonatal) ayudará a aumentar las relaciones positivas y a facilitar la utilización de los COE. Además, los proveedores de servicios de salud pueden facilitar el acceso de las mujeres a la atención calificada del parto velando por que las parteras tradicionales sean bienvenidas cuando acompañan a las

mujeres a los establecimientos de salud u hospitales.

Es esencial aumentar los sistemas eficaces de referencia para asegurar que las mujeres clasificadas como de alto riesgo, o que presentan una emergencia obstétrica, puedan tener acceso oportuno a la atención apropiada. Los equipos de profesionales con funciones y responsabilidades definidas con precisión pueden facilitar el proceso de referencia. Las parteras tradicionales y las auxiliares de enfermería pueden constituir la primera línea de referencia al detectar los embarazos de alto riesgo y las complicaciones inesperadas. El proveedor calificado (parteras profesionales, enfermeras y médicos) pueden prestar COE básico y enviar a las usuarias al COE integral, cuando sea necesario. Debe haber transporte eficaz y asequible para facilitar los traslados a los establecimientos de atención de nivel más alto. Los planes de evacuación preventiva deben definirse debidamente antes de la fecha prevista del parto.

### 3.3.3 *Aumentar la demanda pública*

La reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública se traducirá en un aumento de la demanda pública de servicios de calidad, asequibles y accesibles; estrategias generalizadas de promoción y educación en salud; y la integración de comités comunitarios encargados del fomento de la salud de las mujeres en la localidad.

La disponibilidad del COE básico e integral no garantiza que las mujeres lo usen. Un paso importante para aumentar la demanda de estos servicios es la concienciación acerca del problema de la mortalidad materna y el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad de permitir que las mujeres actúen. Como tal, la promoción de la causa de la maternidad segura es una estrategia imprescindible para aumentar la demanda pública del COE. Para que las comunidades participen, el sistema de salud debe considerarse necesario, de buena calidad y apropiado. La educación sobre la importancia de la promoción de la salud, la detección de complicaciones y las intervenciones apropiadas son indispensables para lograr el mejoramiento de la salud materna y la disminución de la mortalidad materna.



*Las comunidades que contribuyen activamente a los programas de salud materna se identifican con ellos y adquieren un interés personal en su éxito.*



Las comunidades necesitan participar activamente en la prestación de los servicios, para que así se identifiquen con la promoción de la salud materna y se encarguen de esta labor. Además de las mujeres, los interesados directos fundamentales de la comunidad comprenden a los esposos y padres, los adolescentes, los líderes y los encargados de tomar decisiones, así como los profesionales de la comunidad (por ejemplo, las parteras tradicionales). Cada uno de estos grupos influye a su manera para que las mujeres busquen servicios formales de salud materna.

Es conveniente que se establezcan comités nacionales, estatales y municipales de maternidad segura en los sitios donde serán más eficaces. Estos comités pueden ayudar a encontrar y poner en práctica estrategias para el mejoramiento en esferas como el envío de pacientes, el transporte de urgencia, la asignación de los proveedores de servicios de salud, el apoyo a los mismos, y la distribución de costos. Mediante el fomento de la participación de las comunidades en la concepción, ejecución, vigilancia y evaluación de los servicios, los programas de salud materna pueden volverse más sensibles a las necesidades locales y asegurarse de responsabilizarse más de los gastos. Las comunidades que contribuyen activamente a los programas de salud materna se identifican con ellos y adquieren un interés personal en su éxito. Las asociaciones comunitarias también pueden ayudar a asegurar la demanda del programa y su sostenibilidad.

#### 3.3.4 Construir alianzas

La reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública llevará al establecimiento de asociaciones que: fomenten la salud materna a escala internacional, regional, nacional y local; se caractericen por la coordinación, colaboración y cooperación; consoliden el fortalecimiento de la capacidad; y promuevan la sostenibilidad. La creación de un ambiente propicio para la maternidad segura exige colaboración y coordinación por medio de alianzas horizontales de los diversos sectores, como los de la salud y la educación, y de alianzas verticales entre diferentes niveles de los sistemas sanitarios y sociales (19). Se necesitan una capacidad nacional más vigo-

rosa y un compromiso político nacional a largo plazo más firme para generar este contexto favorable.

Anteriormente, las ONG y las organizaciones de la sociedad civil en colaboración han desempeñado una función importante en la promoción de la causa, la asistencia financiera, el fortalecimiento de la capacidad y la ejecución de los programas. Se aboga por que la colaboración, cooperación y coordinación entre los asociados se intensifiquen a fin de maximizar los esfuerzos para mejorar la salud materna. Los instrumentos de promoción, las actividades educativas, la capacitación del proveedor, la formulación de políticas y la concepción y aplicación de instrumentos de seguimiento y evaluación son ejemplos de los esfuerzos en común que contribuyen a reducir la mortalidad materna.

En muchos países, los grupos de la sociedad civil, incluidos los grupos locales de la comunidad, los grupos de mujeres y las ONG de otra índole, proporcionan una serie de servicios de salud y suelen tratar de llegar a los grupos subatendidos (mujeres, minorías étnicas y adolescentes) y representarlos. Con frecuencia, han encabezado actividades innovadoras de promoción y para proteger y defender los derechos de salud sexual y reproductiva.

Los socios en todos los niveles necesitan intentar elaborar y conservar los programas que reducen el número de mujeres que mueren por el embarazo. La confianza mutua, la transparencia y el fortalecimiento de la capacidad deben caracterizar a las asociaciones. Cabe explorar estrategias para establecer programas sostenibles que atiendan las necesidades de salud de las mujeres. A modo de ejemplo se pueden citar los incentivos a los empresarios privados para que establezcan programas y servicios relacionados con la salud, la promoción de la causa de las organizaciones internacionales para aliviar la carga de la deuda, y el fortalecimiento de la capacidad local para reducir la dependencia de la ayuda extranjera. La función de la comunidad ante los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, y la sociedad civil y las ONG también se debe reconocer como indispensable en los esfuerzos para reducir la mortalidad materna.

### 3.3.5 *Financiar los servicios de salud materna*

Para asegurar la sostenibilidad financiera y económica, es necesario: a) elaborar una metodología para evaluar las repercusiones económicas de la reducción de la mortalidad materna en los países de ALC; b) crear un conjunto común de indicadores para demostrar la carga de las pérdidas económicas y del bienestar relacionadas con la mortalidad materna; c) concebir un modelo de cuentas de salud reproductiva para cuantificar las necesidades financieras (promoción, prevención y prestación de servicios) y encontrar los fondos disponibles para la salud reproductiva; d) utilizar la información que se produzca acerca de lo anterior para tener poder de negociación con los gobiernos sobre los medios para financiar un conjunto de servicios sostenibles de salud reproductiva; y e) recurrir a las finanzas públicas para cubrir las necesidades de salud reproductiva de los grupos más pobres de la población.

A escala mundial, la movilización de los recursos de los gobiernos y la comunidad internacional para la atención médica de las madres es insuficiente para lograr las metas determinadas del 2015 y, aunque no se cuente con datos regionales, éste parece ser el caso en casi toda la ALC. Las tasas de mortalidad materna altas indican que hay que ajustar los gastos a fin de satisfacer las necesidades no atendidas, especialmente de los pobres.

Los servicios de salud materna y los gastos afines, como el transporte, se financian con fondos del gobierno, ahorros o préstamos individuales, la asistencia externa, o una combinación de los anteriores. La asistencia externa financia casi la mitad de los gastos de salud reproductiva en ALC. Sin embargo, las tendencias recientes indican una disminución de esta fuente del financiamiento.

En los niveles nacional y local, uno de los desafíos en la lucha contra la mortalidad materna es la falta de información sobre el costo de alcanzar esta meta. La reducción de la mortalidad materna implica inversiones en infraestructura, equipo médico, medicamentos, suministros sanitarios, desarrollo de recursos humanos, y comunicación social. También comprende los gastos ordinarios, como sueldos y suministros médicos, para garantizar la sostenibilidad. Será difícil



reducir la mortalidad materna sin un cálculo adecuado de los costos y un compromiso patente de los gobiernos de financiar las actividades necesarias. Casi ningún país ha elaborado sistemas presupuestarios que permitan recoger, recuperar y analizar los datos económicos en este rubro. Tampoco tienen la capacidad suficiente para crear los instrumentos de gestión necesarios para financiar y poner en práctica los programas de salud.

Los gobiernos deben tomar la delantera en la elaboración y provisión de modelos de cuentas de salud reproductiva que faciliten la programación y el mejoramiento de los sistemas presupuestarios. Al mismo tiempo, estos sistemas ayudarán a establecer nexos entre las metas, las necesidades técnicas y el apoyo financiero esencial para reducir la mortalidad materna.

La metodología que se necesita para crear el modelo de cuentas también facilitará la detección de los recursos indispensables para lograr reducir la mortalidad materna provenientes de los sectores público, privado y sin fines de lucro, así como los gastos personales.

Algunos países, concretamente Bolivia, Ecuador y Perú, están instituyendo la cobertura universal de la atención de salud materna en sus reformas del sector de la salud, mediante la provisión de sistemas de aseguramiento para la atención materna. Es demasiado pronto para determinar la eficacia de estos esquemas en la reducción de la mortalidad materna, pero es evidente que el costo es un obstáculo en el acceso a estos servicios, que desde la aplicación de estas medidas se observa un aumento de los nacimientos institucionales.

## APÉNDICE



### LISTA DE LOS INDICADORES PARA EL MONITOREO MUNDIAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

(WHO/RHT/HRP/97.26)

1. *Tasa global de fecundidad*: Número total de hijos que tendría una mujer al final de su período reproductivo según las tasas de fecundidad específicas para la edad predominantes durante su vida fértil.
2. *Tasa de uso de anticonceptivos (cualquier método)*: El porcentaje de mujeres en edad fértil<sup>3</sup> que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo<sup>4</sup> en un momento determinado.
3. *Razón de mortalidad materna*: El número anual de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.
4. *Cobertura de atención prenatal*: El porcentaje de mujeres atendidas, por lo menos una vez durante el embarazo, por personal de salud calificado<sup>5</sup> por motivos de embarazo.
5. *Nacimientos atendidos por personal de salud calificado*: El porcentaje de nacimientos que atendió el personal de salud calificado<sup>3</sup>.
6. *Disponibilidad de COE básico*: El número de establecimientos con COE básico en funcionamiento<sup>6</sup> por 500.000 habitantes.
7. *Disponibilidad de COE integral*: El número de establecimientos con COE integral en funcionamiento<sup>7</sup> por 500.000 habitantes.
8. *Tasa de mortalidad perinatal*: El número de defunciones perinatales<sup>8</sup> por 1.000 del total de nacimientos.
9. *Prevalencia de bajo peso al nacer*: Porcentaje de nacidos vivos que pesen menos de 2.500 g.
10. *Prevalencia de serología positiva a la sífilis en las embarazadas*: El porcentaje de embarazadas (15-24) que acudieron a los consultorios prenatales cuya sangre se sometió a tamizaje para la sífilis, con serología positiva a sífilis.
11. *Prevalencia de anemia en las mujeres*: El porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49) sometidas a tamizaje para niveles de hemoglobina por debajo de 110 g/l en las embarazadas y 120 g/l en las no embarazadas.
12. *Porcentaje de ingresos ginecológicos y obstétricos por aborto*: El porcentaje del total de casos admitidos a los puntos de prestación de servicios a los cuales se proporcionaron servicios hospitalarios ginecológicos y obstétricos por aborto (espontáneo e inducido, pero excluida la terminación planificada de embarazo).
13. *Prevalencia notificada de las mujeres que han experimentado mutilación genital femenina*: El porcentaje de mujeres entrevistadas en una encuesta comunitaria que notificaron haber sufrido dicha mutilación.
14. *Prevalencia de infertilidad en las mujeres*: El porcentaje de mujeres en edad fértil (15-49) en riesgo de embarazo (no embarazada, sexualmente activa, que no usa anticoncepción y que no está lactando) que dicen haber tratado de embarzarse por dos años o más.
15. *Incidencia notificada de uretritis en los hombres*: El porcentaje de hombres (15-49) entrevistados en una encuesta comunitaria que notificaron los episodios de uretritis en los 12 meses anteriores.

<sup>3</sup> Las mujeres en edad fértil se refiere a las mujeres de 15-49 años en conjunto, en riesgo de embarazo, es decir, las mujeres sexualmente activas que no son infértiles y no están ni embarazadas ni amenorreicas.

<sup>4</sup> Los métodos anticonceptivos son: esterilización femenina y masculina, hormonas inyectables y orales, dispositivos intrauterinos, diafragmas, espermicidas y condones, planificación natural de la familia y amenorrea de la lactancia, cuando se cita como método.

<sup>5</sup> Personal de salud calificado se refiere a los médicos (especialistas o no) y a las personas con aptitudes obstétricas capaces de manejar partos normales y diagnosticar o referir a las pacientes con complicaciones obstétricas. Se excluye a las parteras tradicionales, capacitadas o no.

<sup>6</sup> El COE básico debe comprender antibióticos parenterales, oxitócicos y sedantes para la eclampsia y la extracción manual de la placenta y los productos retenidos.

<sup>7</sup> El COE integral debe abarcar el COE básico más cirugía, anestesia y transfusión de sangre.

<sup>8</sup> Las defunciones que ocurren durante la última etapa del embarazo (a las 22 semanas completas de la gestación y más), durante el parto y hasta los siete días completos de vida.

