

THE LANCET

Resumen ejecutivo de la Serie sobre Supervivencia Materna de *Lancet*



Family Care International

Acciones claves para reducir la mortalidad materna

Veinte años atrás, un grupo de profesionales de la salud, activistas para la salud de la mujer y autoridades gubernamentales se dieron cita en Nairobi, Kenia, con la finalidad de llamar la atención mundial sobre la ausencia de lo “materno” en la salud materno infantil.¹ La energía y compromiso generados por la Conferencia sobre Maternidad Sin Riesgo de 1987 sentaron las bases para generar mejoras sustanciales en lo que respecta a cómo abordar los enormes riesgos de salud que enfrentan las mujeres durante el embarazo y el parto. Las estrategias de intervención implementadas tuvieron diferentes grados de efectividad, pero a nivel global, el número de mujeres que fallecerá por causas vinculadas a la maternidad en el año 2007 es muy similar al observado en 1987.

Sin embargo, se han producido avances sustanciales. Varios países, o regiones en países grandes, han sido capaces de reducir la mortalidad materna, principalmente mediante la atención del parto por matronas profesionales, el acceso a atención hospitalaria, así como mediante el control de enfermedades infecciosas y la liberalización de legislación sobre el aborto (ver figura 1). El éxito de estos países aporta modelos de estrategias a seguir –y genera esperanzas– para otros. Los gobiernos de los países en desarrollo, las organizaciones internacionales y los donantes han invertido en estrategias de intervención, recursos humanos, nuevas tecnologías y tratamientos, e investigación sobre una serie de temas; entre ellos cómo

medir los avances de una manera más efectiva. Este cuerpo de conocimientos se encuentra actualmente disponible para ayudar a alcanzar logros estratégicos.

Más importante aún, existe una renovada voluntad política para afrontar este grave problema. En el año 2000 el mundo se comprometió a cumplir los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluido –en el objetivo número cinco– el compromiso de mejorar la salud materna, con la meta de “reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.” El poder del quinto ODM radica en su potencial impacto sobre la reducción de la pobreza, el empoderamiento de las mujeres, la supervivencia infantil y las enfermedades infecciosas, así como en el hecho de estar fundado en el derecho de las mujeres a la salud y a la supervivencia. El rol crítico de las madres en la familia y en la sociedad subyace a todos los ODM (ver panel 1).

El proceso que culminó en la adopción de los ODM trajo como resultado una serie de objetivos que, si bien constituyen un desafío, son alcanzables. Para alcanzar el ODM 5, los próximos 12 ó 18 meses serán de importancia crítica. Los donantes y los gobiernos deben formular y actuar en base a una visión estratégica que señale qué hace falta para reducir la mortalidad materna. La Serie sobre Supervivencia Materna de *The Lancet* ofrece una clara lista de acciones prioritarias basadas en evidencia irrefutable recopilada a lo largo de los últimos 20 años. Las recomendaciones son las siguientes:

- Centrar la atención en el período próximo al parto, dado que la mayor parte de las muertes maternas ocurre durante o inmediatamente después del parto.

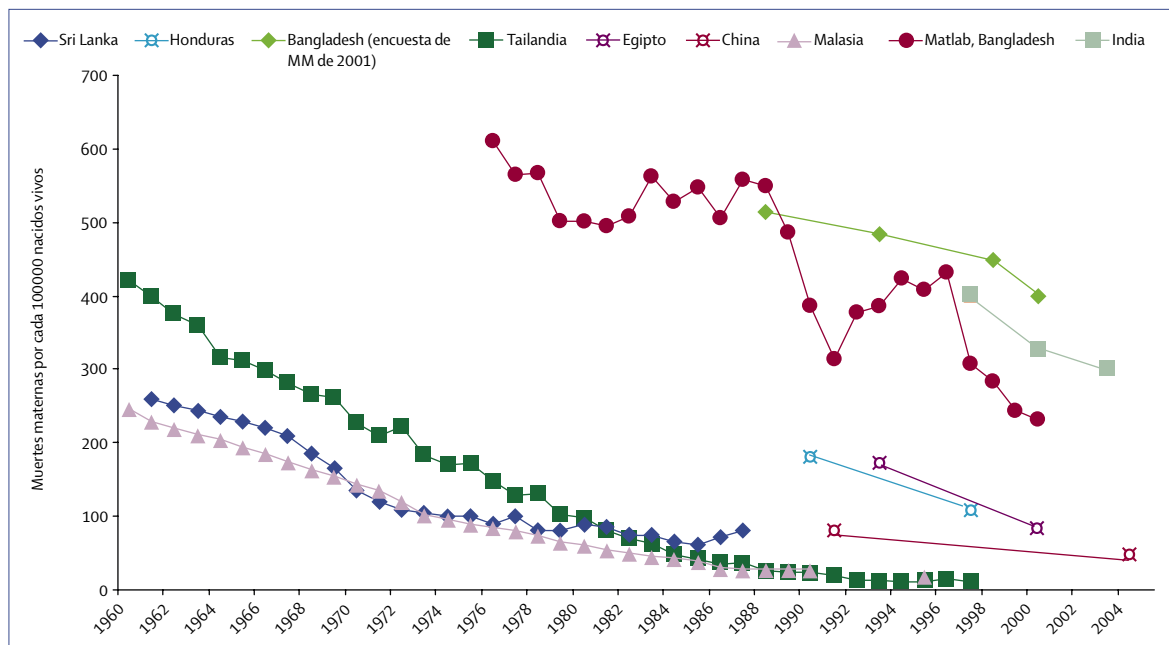


Figura 1 : Tendencias de mortalidad materna en Bangladesh, China, Egipto, Honduras, India, Malasia, Tailandia, Sri Lanka y Matlab, Bangladesh⁵⁻⁶

- Facilitar a todas las mujeres la posibilidad de dar a luz en centros de salud que cuenten con servicios de atención brindados por prestadores de salud con formación básica

Panel 1: Mejorar la supervivencia materna: su impacto en otros Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

ODM-1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre: Mejorar las malas condiciones de salud materna, cuya incidencia es desproporcionadamente mayor entre las poblaciones empobrecidas, puede contribuir a reducir la brecha entre las personas ricas y pobres. Los altos costos asociados a la atención de emergencias, así como la pérdida de ingresos tras la muerte de la mujer, pueden traer consecuencias catastróficas para las familias pobres.

ODM-3: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer: Las malas condiciones que enfrentan las mujeres, en especial la falta de educación, contribuyen a y se ven exacerbadas por las altas tasa de mortalidad materna.

ODM-4: Reducir la mortalidad infantil: La atención de alta calidad para mujeres embarazadas y madres permitirá reducir el flagelo de las muertes neonatales; la mejora en la supervivencia materna incrementará, a su vez, la supervivencia y el bienestar de los niños/as.

ODM-6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades: Los servicios de salud materna efectivos con altas coberturas, brindan la oportunidad de prevenir o tratar la malaria en madres y recién nacidos, así como de prevenir la transmisión vertical del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

en partería (ver panel 2), en el contexto de un sistema de salud que incluya referencias hacia un nivel de mayor complejidad de atención en caso de que se presenten complicaciones.

- Complementar las intervenciones para lograr una maternidad segura con estrategias para mejorar el acceso de las mujeres a planificación familiar y prevenir o manejar las complicaciones relacionadas con el aborto, dentro de un contexto más amplio de promoción de

Panel 2: Atención calificada y personal calificado

La atención calificada abarca el conjunto de servicios prestados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y los periodos posparto e inmediatamente posterior al nacimiento del neonato. Dicha atención debe ser brindada por profesionales de la salud acreditados y competentes, con el respaldo de un sistema de salud efectivo, con la disponibilidad de insumos esenciales, equipamiento y supervisión, así como capacidad de realizar traslados y referencias para casos de atención obstétrica de emergencia. Tal como fue definido por la Organización Mundial de la Salud, la Confederación Internacional de Matronas (ICM, según sus siglas en inglés) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): "personal calificado es un profesional de la salud acreditado –tal como una matrona, un médico o una enfermera– que ha sido formado y capacitado con rigurosidad en el desarrollo de las habilidades necesarias para manejar embarazos y partos normales (sin complicaciones) y el período postnatal inmediato, así como en la identificación, manejo y referencia de complicaciones en mujeres y recién nacidos."⁷⁷

Panel 3: Definiciones y medición de mortalidad materna

Muerte materna: La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al embarazo, con independencia de la duración o sitio del mismo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Razón de mortalidad materna: Número de muertes maternas durante un período de tiempo determinado por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período. Es la medición más usada, con en el caso del ODM 5.

Tasa de mortalidad materna: Número de muertes maternas en un período de tiempo determinado por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva durante el mismo período.

Riesgo de muerte materna durante todo el ciclo de vida: Probabilidad de muerte materna durante la vida reproductiva de una mujer. Toma en cuenta el número de embarazos así como el riesgo de mortalidad por embarazo.

Razón de mortalidad proporcional: Número de muertes maternas como proporción de todas las muertes de mujeres en edad reproductiva –generalmente definida como entre los 15 y 49 años de edad– en un período determinado.

los derechos humanos, la reducción de la pobreza y la igualdad de género.

- Aumentar la cobertura entre aquellas personas que se encuentran actualmente excluidas de los servicios de salud: las mujeres en África Subsahariana y en el Sur de Asia, al igual que las personas que viven en condiciones de pobreza rural.

La Serie sobre Supervivencia Materna de *The Lancet* proporciona recomendaciones estratégicas sobre el financiamiento y los recursos humanos necesarios para instrumentar estas acciones prioritarias. El nivel de financiamiento para costear estas recomendaciones debe aumentar drásticamente. En la mayoría de los países con bajos niveles de ingreso, el financiamiento de los servicios de salud materna se divide entre el gobierno (a través de los ingresos generados por los impuestos) y los hogares. Sin embargo, no todo el financiamiento puede provenir exclusivamente de estas fuentes.

Informes recientes estiman que se requerirán entre 5.000 y 6.100 millones de dólares adicionales hacia el año 2015, tanto de fuentes nacionales como internacionales, para alcanzar el ODM 5. En el año 2004 los mayores donantes del mundo sólo invirtieron 530 millones de dólares en salud materna y neonatal. La comunidad internacional tiene la responsabilidad de incrementar los niveles de inversión y ofrecer apoyo financiero de largo plazo (10 años o más). En el nivel micro, los países deben adoptar e implementar eficazmente un conjunto de políticas que protejan a las familias empobrecidas de las catastróficas consecuencias que suponen los costos inasequibles de los servicios de salud materna.

La brecha en términos de recursos humanos constituye un desafío crítico a la hora de ofrecer a las mujeres la posibilidad de dar a luz en centros de salud dotados de personal que tenga las habilidades en partería esenciales. Los gobiernos deben comenzar a planear ahora mismo la capacitación y el despliegue de personal de salud calificado. La elaboración de planes integrales de recursos humanos es de vital importancia, incluidas las estrategias para retener al personal ya existente y al nuevo en las áreas rurales, donde la mortalidad materna alcanza los niveles más elevados y la cobertura de personal es más baja. Existen una serie de modelos que demuestran que esto puede lograrse mediante la planificación e inversión adecuadas.

Por último, la Serie sobre Supervivencia Materna de *The Lancet* recomienda aumentar las inversiones en monitoreo y evaluación. Dar seguimiento a los avances alcanzados en el campo de la supervivencia materna no ha sido sencillo; ha habido múltiples debates sobre cuáles son los mejores indicadores para dar cuenta de la magnitud, alcance y naturaleza del problema. Se ha avanzado mucho a lo largo de los últimos 20 años en lo que respecta a qué medir y cómo hacerlo; corresponde ahora a la comunidad internacional convertir dichos conocimientos en sistemas de monitoreo más adecuados para dar seguimiento a las inversiones y los logros alcanzados en salud materna en los próximos 20 años.

Comprender la mortalidad y las discapacidades maternas

Alcance del problema

Más de medio millón de mujeres mueren por causas vinculadas a la maternidad cada año. ¿Es esto mucho o poco? En verdad, la respuesta depende de dónde una viva. En los países más pobres del mundo, donde el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida de una mujer es de alrededor de 1 en 6, casi todo el mundo conoce a una mujer que ha muerto durante el parto. En Suecia, donde el riesgo de muerte a lo largo de la vida es 1 en 30.000, el problema puede parecer remoto. En términos globales, 1 mujer de cada 74 morirá a causa del embarazo o el parto.

Las 529 mil muertes vinculadas a la maternidad son tan sólo el ténpano de hielo. Al menos 1,4 millones de mujeres sufren complicaciones severas que implican riesgo de vida, en tanto que otros 10-20 millones de mujeres padecen afecciones físicas o mentales a causa de complicaciones o de asistencia médica inadecuada, tales como la fistula obstétrica. Las consecuencias a largo plazo pueden ser no sólo físicas sino también psicológicas, sociales y económicas; las mujeres pueden sufrir depresión, violencia, conflictos maritales o deudas ocasionadas por los gastos médicos.

El problema es mayor entre las poblaciones más empobrecidas

La mortalidad materna, que se puede medir de diversos modos (ver panel 3), es el indicador de salud que presenta la

brecha más amplia entre el mundo desarrollado y el mundo en desarrollo, independientemente de cómo se calcule. Por ejemplo, la razón de mortalidad materna oscila entre 7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en zonas desarrolladas y cerca de 950 en África Subsahariana –un valor 135 veces mayor (ver figura 2). En comparación, la mortalidad infantil es, en promedio, 15 veces mayor en África Subsahariana que en el mundo desarrollado.

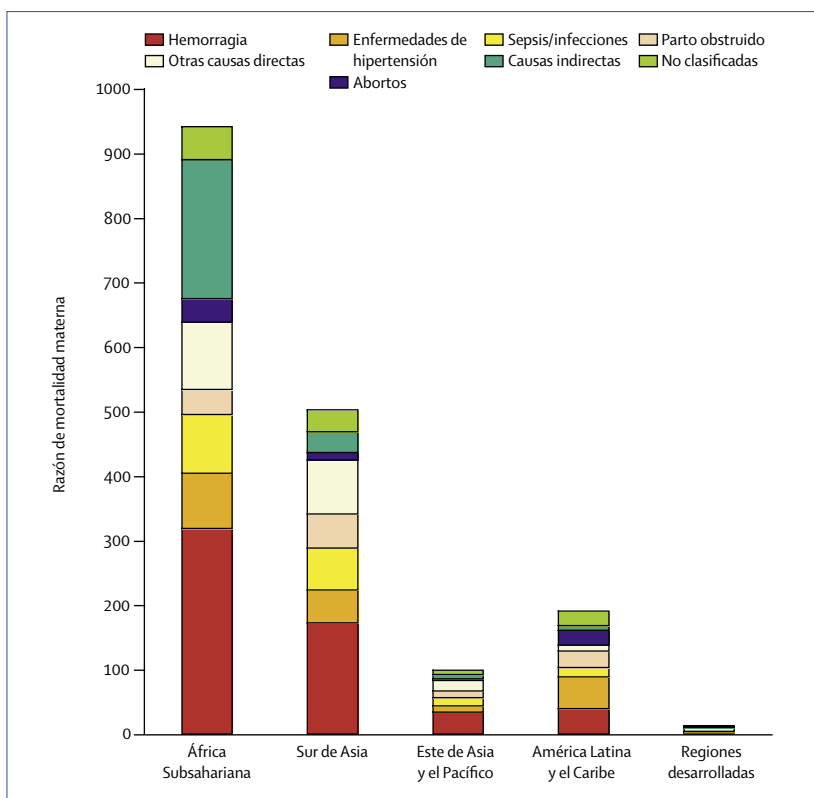


Figura 2: Razones de mortalidad materna para el año 2000 por causas médicas y según región del mundo

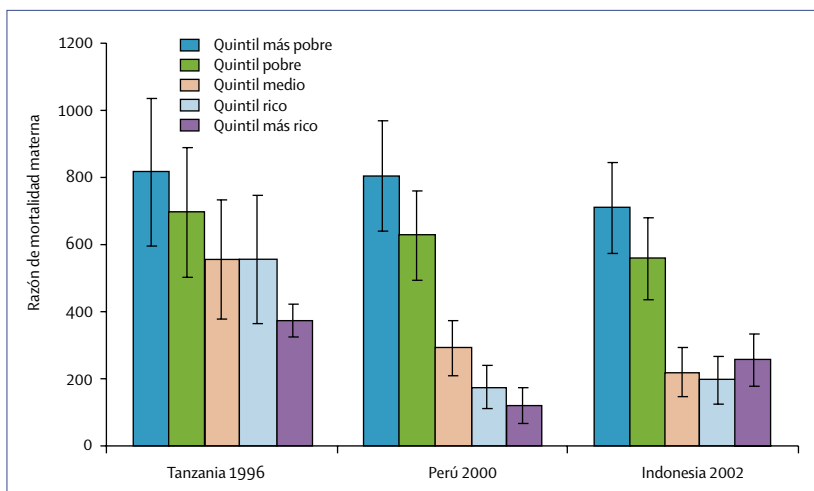


Figura 3: Razones de mortalidad materna por quintil. Las líneas negras indican intervalos de confianza del 95%

Dentro de cada país, los niveles de ingreso también constituyen un aspecto importante. La figura 3 demuestra que las mujeres pertenecientes al quintil más pobre de la población de Tanzania, Perú e Indonesia afrontan un riesgo sustancialmente mayor de mortalidad materna que las mujeres que pertenecen al quintil más rico.

También existen diferencias significativas en el riesgo de muerte materna entre países con niveles similares de desarrollo económico, pero que varían entre sí en función de importantes indicadores socioculturales. La evidencia demuestra que la mortalidad materna tiende a ser inversamente proporcional a los indicadores sobre la condición de la mujer, tales como la educación. La reducción de la mortalidad materna precisa un abordaje tanto desde el sistema de salud, como desde estrategias más amplias de reducción de la pobreza y de empoderamiento de la mujer, incluida la educación.

Causas y consecuencias de las muertes maternas

El riesgo de muerte es mayor durante el trabajo de parto, el parto y en las 24 horas posteriores al parto. Tal como se muestra en la figura 2, las principales causas directas de muerte materna son las hemorragias, las enfermedades de hipertensión y las infecciones, que son en gran medida prevenibles si se cuenta con acceso a atención adecuada y oportuna. En países con altas tasas de mortalidad materna, las causas indirectas –condiciones o enfermedades que no están directamente vinculadas al embarazo– también se cobran la vida de muchas mujeres. Por ejemplo, la malaria o las enfermedades vinculadas al VIH constituyen también una causa importante de muerte en países donde la incidencia de las mismas es alta. El aborto inseguro también implica un riesgo enorme en algunas poblaciones. La figura 2 muestra que si bien el aborto es una causa significativa de muerte materna en África Subsahariana y en el Sur de Asia, tiene un peso proporcionalmente mayor en la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.

Cuando una mujer muere o sufre complicaciones severas vinculadas al parto, muy frecuentemente el resultado supone una doble tragedia. En Nepal, por ejemplo, los niños nacidos de madres que murieron durante el parto tenían una probabilidad 6 veces mayor de morir en su primera semana de vida. De los 136 millones de niños/as nacidos cada año, 3,2 millones nacen sin vida y 4 millones mueren durante el primer mes de vida, la mayoría de ellos en países de ingresos bajos o medios. Las complicaciones obstétricas, en particular durante el parto, son responsables de al menos el 58% de los mortinatos y de las muertes neonatales tempranas. Por lo tanto, los mortinatos, las muertes neonatales y la morbi-mortalidad materna constituyen un conjunto de prioridades en materia de salud pública y comparten estrategias claves de intervención.

Centrarse en los centros de salud: una estrategia que tiene sentido

Los datos son claros: la mortalidad materna ocurre principalmente justo antes, durante o inmediatamente después del parto, a menudo como consecuencia de complicaciones que no pueden ser anticipadas durante el embarazo y que son difíciles de prevenir. Esto significa que todas las mujeres necesitan acceder a atención calificada durante el parto e inmediatamente después del mismo, y que algunas de ellas pueden precisar atención de emergencia oportuna. Dado que la mayor parte de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, especialmente en los primeros dos días, la atención especializada del parto constituye también una ventaja para los recién nacidos, especialmente si se amplía para cubrir las 24 horas críticas posteriores al parto.

En la actualidad, en los países empobrecidos siguen siendo habituales los nacimientos en los hogares atendidos por una partera tradicional o un pariente; estos están invariablemente vinculados a altas tasas de mortalidad materna. En los casos en que el personal calificado atiende partos en los hogares, a menudo se encuentra con valores o prácticas tradicionales potencialmente dañinas y que pueden demorar el acceso a tratamiento adecuado. Además, dentro de los hogares el personal calificado no puede manejar todas las emergencias por sí solo, y puede necesitar trasladar a la mujer a un centro de salud, lo cual supondría un tiempo adicional que quizás la mujer no pueda permitirse.

No existe una única intervención de tratamiento que pueda abordar las múltiples causas de la mortalidad materna. Sin embargo, una revisión exhaustiva de las estrategias de salud materna empleadas en diversas partes del mundo indica que un conjunto de intervenciones



Una mujer embarazada mientras la pesan en una clínica en Burkina Faso

brindadas a través de los centros de salud puede reducir las tasas de mortalidad materna a menos de 200 por cada 100 mil nacimientos (ver panel 4). De acuerdo a esta estrategia, la mayoría de partos tiene lugar en un centro de salud cuyos prestadores principales son personal calificado en partería que cuenta con el respaldo de personal de apoyo, en un abordaje de equipo. De este modo, las mujeres con partos normales reciben atención básica e higiénica para evitar complicaciones; y las mujeres que sufren problemas pueden ser atendidas por personal preparado para manejar complicaciones, o ser referidas a un centro hospitalario para cirugía, transfusiones de sangre u otras intervenciones médicas que cada caso requiera.

Las mujeres tienden a optar por la estrategia del centro de salud en la medida en que se superan los obstáculos que representan la inadecuada capacitación del personal, los costos, la distancia y la inadecuación cultural. Los programas de movilización comunitaria, al menos en algunos contextos, juegan un rol importante al abordar algunos de estos obstáculos, promoviendo la toma de conciencia de la disponibilidad y la importancia de servicios de calidad, y creando y fortaleciendo los lazos entre las comunidades y los servicios. Fuera del período de parto, otras estrategias complementarias que pueden contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna son la planificación familiar, el aborto seguro, la atención prenatal, la atención posparto y la atención general de la salud de las mujeres que no están embarazadas.

Claves para el éxito de la estrategia del centro de salud

¿Puede la estrategia del centro de salud “garantizar” que se cumpla con el ODM 5? En países con tasas de mortalidad materna extremadamente altas puede ser irreal asumir que habrán suficientes centros de salud y matronas disponibles hacia el año 2015 para cumplir con la meta

Panel 4: Aspectos centrales de la estrategia del centro de salud

- Todas las mujeres tienen la opción de dar a luz en un centro de salud con personal calificado.
- Un “centro de salud” es un establecimiento capaz de brindar atención esencial (ver párrafo siguiente); puede ser la clínica privada de una matrona o de un médico, o un establecimiento pequeño con una o dos camas.
- Dispone de servicios de atención del parto basados en evidencia científica, lo cual incluye insumos básicos, equipamiento e infraestructura las 24 horas al día, 7 días a la semana; y la detección temprana y el manejo básico de problemas vinculados al embarazo.
- Ofrece atención obstétrica de emergencia, incluida la referencia a un hospital para realizar cirugías o transfusiones de sangre.
- La mujer embarazada y el recién nacido son monitoreados durante el trabajo de parto y las 24 horas posteriores al parto.



Una mujer embarazada lleva una vasija de agua en Bangladesh

del ODM 5. La ausencia de personal y de establecimientos en muchos países en desarrollo constituye un obstáculo sustancial para lograr avances. Algunos países están intentando instrumentar 'estrategias provisionarias,' tales como la capacitación de cuadros alternativos (asistentes de matronas, trabajadores de salud comunitarios, parteras tradicionales u otros miembros de la comunidad), para que atiendan partos en los hogares o en la comunidad. Las evaluaciones iniciales, sin embargo, indican que dichos cuadros alternativos no pueden manejar casos complicados, y que su impacto en la reducción de la mortalidad materna es probable que sea limitado. Otra estrategia posible consiste en mejorar la identificación de casos complicados en la comunidad y derivarlos a instituciones capaces de suministrar atención obstétrica de emergencia. Sin

embargo, los obstáculos para la efectiva identificación y derivación de dichos casos son considerables. Por ello, la Serie sobre Supervivencia Materna de *The Lancet* considera que la estrategia centrada en el centro de salud, dotado de ayudantes de matronas que trabajan bajo la supervisión de personal de salud con un nivel mayor de destrezas, constituye la mejor apuesta en términos de estrategias para lograr reducciones sustanciales en la mortalidad materna en los próximos 10-20 años. Los planes nacionales para la implementación de dicha estrategia deben tomar en cuenta el estado actual de su sistema de salud y reflejar las prioridades nacionales.

Recursos humanos

El éxito de la estrategia del centro de salud depende de contar con una dotación suficiente de personal calificado; sin embargo, la evidencia obtenida de una gran cantidad de países en desarrollo donde las tasas de mortalidad materna son elevadas sugiere que el personal y los establecimientos inadecuados son los principales impedimentos para lograr avances (ver figura 4 y panel 5). El desafío de los recursos humanos implica una serie de factores: desde el número inadecuado de personal calificado que se gradúa de instituciones acreditadas; el despliegue ineficiente de personal; la falta de incentivos para retener el personal, especialmente en las áreas rurales donde las condiciones de vida son a menudo pobres; y la emigración, especialmente al mundo desarrollado por parte del personal más calificado (médicos y enfermeras-matronas). Por ejemplo, el flujo anual de enfermeras registradas desde Ghana hacia el Reino Unido creció 6 veces en los cinco años previos a 2003. Además, trágicamente la epidemia del VIH/SIDA también se está cobrando víctimas entre el personal de salud. Se estima que hasta un 50% de las muertes de los empleados gubernamentales en África se debe al VIH/SIDA.

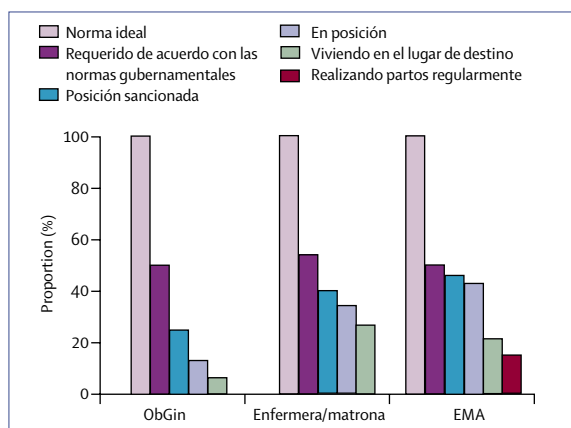


Figura 4: Brechas entre normas ideales para los profesionales de la salud materna y proporciones actuales disponibles y prestación de atención durante el parto en las zonas rurales de la India, 2004. ObGin=obstetra/ginecólogo. EMA=enfermera/matrona auxiliar.

Panel 5: Abordar la crisis de recursos humanos

Las inversiones sostenibles en personal calificado son claves para disminuir la mortalidad materna. En el período de 10 años que va de 2005 a 2015, alcanzar la meta del ODM 5 referente a la asistencia del parto por personal calificado dependerá del número de prestadores de salud en ejercicio y de la cantidad de partos que atiendan. El modelo más eficiente consiste en que las matronas trabajen en centros en equipo con matronas auxiliares. Este enfoque permite que las matronas atiendan un número mucho mayor de partos de lo que sería posible si trabajaran solas asistiendo a partos en los hogares. Empleando este modelo se podría alcanzar una tasa de cobertura del 73% para el 2015 en 75 países prioritarios siempre que se recluten 334.000 profesionales de la salud adicionales. Harían falta salas de parto (24.000), 27.000 médicos y técnicos, y 11.000 salas de maternidad dentro de los centros para apoyarlas.

Panel 6: La eliminación de los pagos de las usuarias en la atención del parto: Ghana y Nepal

El gobierno de Ghana introdujo una política de servicios gratuitos de atención del parto para todas las mujeres, que había de ser financiada por medio de fondos liberados de la condonación de la deuda externa y de la Iniciativa de los Países Pobres Fuertemente Endeudados. La política se extendió gradualmente y los resultados iniciales sugieren que la misma goza de aceptación entre el personal y las mujeres, y que ha incrementado el número de partos en instituciones hospitalarias. Una cuestión crucial es la disponibilidad de fondos tras la liberación inicial de recursos, y se han reportado problemas de flujos de fondos en varias regiones.

En respuesta a los obstáculos financieros y de transporte que dificultan la atención calificada del parto, el gobierno de Nepal implementó una política nacional en julio de 2005 que ofrece: pagos en efectivo para mitigar los costos de transporte para todas las mujeres; un incentivo al personal calificado para prestar atención durante el parto; y, en los distritos más pobres, atención gratuita del parto. En la práctica, menos de la mitad de los distritos implementó dicha política durante el primer año. Se ha registrado un ligero incremento en la atención calificada del parto, pero aún es pronto para atribuir este incremento a la política de costos compartidos.

Más que estar dirigida a individuos pobres, la política de Ghana es universal, en tanto que la política de Nepal se encuentra dirigida a zonas empobrecidas del país. La experiencia de ambos países indica que las políticas populares pueden verse frustradas por un financiamiento inadecuado, destacando la importancia de garantizar un flujo adecuado de fondos para la concreción de este tipo de esquemas.

Recursos financieros

Las cuestiones de personal no constituyen el único obstáculo. El suministro de servicios eficientes de salud materna requiere también de recursos para medicamentos, insumos médicos y alimentos, así como para cubrir el costo de transporte a servicios de salud de mayor nivel de complejidad, llegado el caso. En la actualidad los hogares asumen una proporción muy alta de los costos de acceder a servicios de salud materna, o no buscan atención sanitaria ya que no pueden pagarla. Muchos hogares no disponen de dinero en efectivo cuando lo necesitan. En la zona urbana de Bangladesh, por ejemplo, el 51 % de las familias no contaba con el dinero necesario para cubrir un parto normal y un 74 % no disponía de suficiente dinero para costear una cesárea, viéndose forzadas a pedir dinero prestado a parientes o prestamistas.

Desde una perspectiva de equidad, hay firmes argumentos a favor de la eliminación de los pagos por servicios y de la provisión de atención universal a las mujeres embarazadas. Los pagos elevados, en especial para intervenciones quirúrgicas, pueden forzar la caída de gran parte de la población por debajo de la línea de pobreza. Una serie de estudios ha revelado que el uso de servicios de

salud materna disminuyó tras la introducción de pagos por servicio. Algunos países han abolido el pago para las madres y los niños a fin de ofrecer una cobertura pública universal en salud materno infantil (ver panel 6).

Sin embargo, eliminar el pago del bolsillo de las usuarias no es sencillo. Los gobiernos deben estar preparados para reemplazar los ingresos perdidos tras la eliminación de las tarifas y garantizar la disponibilidad de recursos humanos adecuados y de infraestructura de servicios de salud a fin de poder atender el incremento en la demanda de servicios. Se pueden considerar otras opciones de financiamiento. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que las mujeres prefieren que la atención durante el parto forme parte del paquete del seguro social y que están dispuestas a pagar por este beneficio. Sin embargo, el seguro generalmente no alcanza a cubrir a las familias más empobrecidas. Se están probando otros métodos novedosos para crear demanda de servicios de salud materna entre mujeres pobres, incluyendo la transferencia de efectivo y cupones. Estos métodos aún requieren de una evaluación cuidadosa. Además, las formas de ayudar a las mujeres pobres con los gastos de transporte deben recibir mayor consideración.

Dar atención al tema del financiamiento, tanto a nivel nacional como internacional, constituye un componente crucial del paquete de servicios necesarios para salvar la vida de las mujeres. La salud materna, neonatal e infantil no ha recibido una atención financiera prioritaria a nivel internacional, y en la actualidad recibe mucho menos respaldo que la malaria, la tuberculosis y el VIH.

Tomar cuenta de los avances en materia de salud materna

No existen soluciones simples para monitorear los avances hacia el cumplimiento del ODM 5. La información debería recopilarse por medio de censos realizados cada diez años, encuestas y sistemas de información de rutina, incluyendo la información registrada en los centros de salud. Si bien una gran cantidad de indicadores se encuentran disponibles para evaluar la salud materna, todos los países deberían reportar

Panel 7: Indicadores de salud materna

- Número total de muertes maternas por causa.
- Razón de la mortalidad materna por causa.
- Razón del número de matronas por población.
- Disponibilidad de servicios de atención obstétrica básicos y completos por cada 500.000 habitantes.
- Proporción de nacimientos atendidos por personal calificado según lugar del parto.
- Proporción de nacimientos por cesárea.
- Proporción de nacimientos por medio de intervención quirúrgica para salvar la vida de la madre.
- Proporción de mujeres que permanecieron en un centro de salud por 24 horas o más luego del parto.
- Tasa de mortalidad entre mujeres en edad reproductiva.

Publicaciones de la Serie para la Supervivencia Materna de *The Lancet*

Horton R. Healthy motherhood: an urgent call to action. [Maternidad saludable: una llamada urgente a la acción]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69389-6.

Starrs A. Safe motherhood initiative: 20 years and counting [Iniciativa sobre maternidad segura: 20 años y contando]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69385-9.

Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: an impossible dream? [Alcanzar el ODM número 5: ¿un sueño imposible?]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69386-0.

Lawn J, Tinker A, Munjanja SP, Cousens S. Where is maternal and child health now? [¿Dónde está la salud materna e infantil hoy?]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69387-2.

Costello A, Azad K, Barnett S. An alternative strategy to reduce maternal mortality. [Una estrategia alternativa para reducir la mortalidad materna]. *Lancet* 2006; publicado on line DOI:10.1016/S0140-6736(06)69388-4.

Ronsmans C, Graham WJ, Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, where, and why. [Grupo directivo de la Serie sobre Supervivencia Materna. La mortalidad materna: quién, dónde y por qué]. *Lancet* 2006; publicado online, 28 de septiembre DOI:10.1016/S0140-6736(06)69380-x.

Campbell OMR, Graham WJ, Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works [Grupo directivo de la Serie sobre Supervivencia Materna. Estrategias para reducir la mortalidad materna: continuar con lo que funciona]. *Lancet* 2006; publicado online, 28 de septiembre DOI:10.1016/S0140-6736(06)69381-1.

Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, van Lerberge W, Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care [Grupo directivo de la Serie sobre la Supervivencia Materna. Expandir la atención profesional especializada]. *Lancet* 2006; publicado online, 28 de septiembre. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.

Borghji J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A, Maternal Survival Series steering group. Mobilising financial resources for maternal health [Grupo directivo de la Serie sobre Supervivencia Materna. Movilizar recursos financieros para la salud materna]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69383-5.

Filippi V, Ronsmans C, Campbell OMR, Graham WJ, Mills A, Borghji J, Koblinsky M, Osrin D. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action [La salud materna en países pobres: el contexto amplio y una llamada a la acción]. *Lancet* 2006; publicado online DOI:10.1016/S0140-6736(06)69384-7.

Fauveau V. Strategies for reducing maternal mortality. Correspondence [Estrategias para reducir la mortalidad materna. Correspondencia]. *Lancet* 2006; **368**: 2121-22

Pinel A, Islam QM, Villeneuve P, Lakshminarayanan R. Strategies for maternal mortality reduction. Correspondence [Estrategias para reducir la mortalidad materna. Correspondencia]. *Lancet* 2007; **369**: 557-58.

la razón de mortalidad materna y el número total de muertes maternas (ver panel 7). Como mínimo, las estimaciones de mortalidad deben separar el aborto de otras causas obstétricas, y se deben identificar las causas coincidentes dentro de las estadísticas de mortalidad materna.

Compromiso político

Hace falta voluntad política para invertir en personal con mayores niveles de capacitación y para ofrecer un paquete

de financiamiento que permita apoyar las necesidades de salud materna de los sectores más pobres del mundo. Existen intervenciones efectivas para madres y niños/as, pero ninguna de ellas tendrá éxito si no se cuenta con el compromiso y los recursos necesarios. Las soluciones políticas ponen el énfasis en la velocidad y visibilidad de los resultados, la asequibilidad, la incorporación de grupos profesionales, y la importancia de las jerarquías y estructuras existentes, así como en las demandas de la sociedad civil. La promoción de los partos en los centros de salud constituye la estrategia más eficaz a la hora de prevenir las muertes maternas, y prevenir la muerte de la madre representa la intervención más eficiente para garantizar la salud del niño/a. Se requiere la acción de la comunidad internacional, gobiernos, profesionales de la salud, académicos/as, sociedad civil e individuos. Los gobiernos se han comprometido a disminuir las tasas de mortalidad materna; no debemos ceder en nuestros esfuerzos. El futuro depende de lo que hagamos hoy.

Agradecimientos

El presente informe fue elaborado por Family Care International con el apoyo del UNFPA. El grupo directivo de la Serie –Carine Ronsmans, Jo Borghi, Oona Campbell, Veronique Filippi, Wendy Graham, Marge Koblinsky y Anne Mills– editó el presente documento. Las siguientes organizaciones colaboran con la Serie sobre Supervivencia Materna de *The Lancet*, ya sea financieramente o por medio de esfuerzos de promoción: el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFLD); la Iniciativa para la Evaluación del Programa de Mortalidad Materna (IMMPACT); Towards 4&5; la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; The Lancet; UNFPA; y USAID. Todas las figuras incluidas en la presente síntesis fueron tomadas de la Serie sobre Supervivencia Materna original de *The Lancet* con la excepción de la figura 1, que fue adaptada con la finalidad de incluir información sobre Bangladesh, China, Egipto e India.²⁻⁶

1. Rosenfield A, Maine D. Maternal Mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? [La mortalidad materna—una tragedia olvidada. ¿Dónde está la M en la SMI?] *Lancet* 1985; 2: 83-85.
2. Shiffman J, Danton C, Salazar AP. The emergence of political priority for Safe Motherhood in Honduras [El surgimiento de la prioridad política para la Maternidad Segura en Honduras] *Health Policy Plan* 2004 [Plan de política de salud 2004]; 19: 380-90.
3. Campbell O, Gipson R, Issa AH, et al. National maternal mortality ratio in Egypt halved between 1992-3 and 2000 [Las tasas de mortalidad materna nacional en Egipto reducida a la mitad entre 1992-3 y 2000] Organización Mundial de la Salud 2005; 83: 462-72.
4. National Institute of Population Research and Training (NIPORT) [Instituto Nacional de Investigación y Capacitación sobre Población], ORC Macro, Universidad de John Hopkins e ICDDR, B. 2003. Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001 [Encuesta de mortalidad materna y de los servicios de salud materna de Bangladesh, 2001]. Dhaka, Bangladesh y Calverton, Maryland (USA): NIPORT, ORC Macro, John Hopkins, e ICDDR, B.
5. Ministerio de Salud de China, UNICEF, OMS, UNFPA. 2006. Análisis conjunto de las estrategias de supervivencia materna e infantil en China. Pekín.
6. Registro Civil General, India, Nueva Delhi, en colaboración con el Centro para la Investigación de la Salud Global de la Universidad de Toronto, Canadá. 2006. Muestra del registro de datos; Mortalidad materna en India: 1997-2003; Tendencias, causas y factores de riesgo.
7. Organización Mundial de la Salud. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant [Lograr un embarazo más seguro: el papel crítico de las profesionales calificadas]. Declaración conjunta de la OMS, ICM y FIGO. Ginebra, 2004.