

Mortalidad Materna

Cada día al menos 1.600 mujeres mueren por complicaciones del embarazo y el parto. Esto significa que 585.000 mujeres mueren como mínimo cada año.¹ La mayoría de estas muertes, casi 90%, ocurren en Asia y África Sub Sahariana, aproximadamente 10% en otras regiones en desarrollo y menos de 1% en los países desarrollados.¹² Entre 25 y 33% de las muertes de mujeres en edad reproductiva en muchos países en desarrollo son el resultado de complicaciones del embarazo o del parto.³

De todas las estadísticas de salud analizadas por la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es la que muestra la mayor discrepancia entre los países desarrollados y en desarrollo. Mientras la mortalidad infantil, por ejemplo, es casi siete veces mayor en el mundo en desarrollo,⁴ la mortalidad materna es en promedio 18 veces mayor.¹ Además del número de muertes anuales, otras 50 millones de mujeres se ven afectadas por la morbilidad materna — complicaciones agudas del embarazo. Esta morbilidad es prolongada y a menudo debilitante por lo menos para 15 millones de mujeres.⁵

La meta de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo es reducir la mortalidad materna a la mitad para el año 2000. Sabemos qué hacer para reducir la tragedia de la mortalidad materna; lo que necesitamos ahora es la voluntad política y una fuerte acción concertada.

Azote Mundial

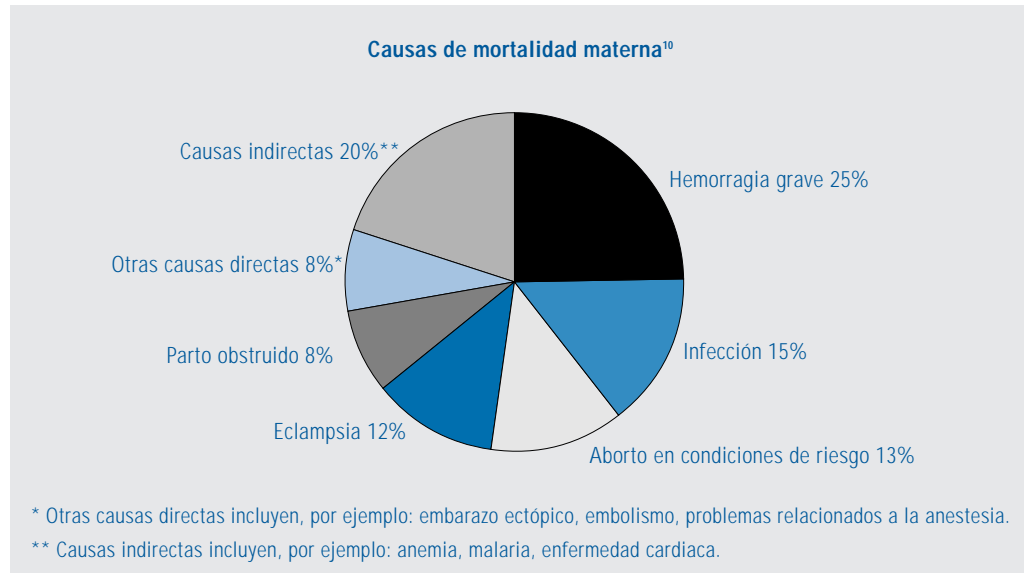
En todo el mundo ocurren 430 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En los países en desarrollo, la cifra es de 480 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; en los países desarrollados ocurren 27 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.¹

Las tasas más altas de mortalidad materna se registran en África Oriental y Occidental, donde en algunos países más de 1.000 mujeres mueren por cada 100.000 nacidos vivos. Las tasas más bajas se registran en el Norte de Europa, donde fluctúan entre de 0-11 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.¹

Estas tasas de mortalidad materna reflejan el riesgo de morir que tiene una mujer cada vez que queda embarazada. En los países en desarrollo, el riesgo es alto por dos razones: el precario estado de salud de la mujer durante el embarazo y la mala calidad de atención obstétrica. El riesgo de muerte materna durante el ciclo de vida de la mujer, el cual también es afectado por el total de hijos que tiene la mujer, es mucho más alto, casi 40 veces mayor, en el mundo en desarrollo que en el desarrollado.¹

Riesgo que tiene una mujer de morir de embarazo durante todo el ciclo de vida¹

Región	Riesgo de morir
África	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y el Caribe	1 en 130
Europa	1 en 1.400
América del Norte	1 en 3.700
Todos los países en desarrollo	1 en 48
Todos los países desarrollados	1 en 1.800



Además de la mortalidad materna, cada año ocurren casi 8 millones de muertes neonatales tempranas* y de nacidos muertos.⁶ Las muertes ocurren sobre todo como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y discapacidad de la madre, es decir, una salud materna deficiente, una atención inadecuada, malas condiciones de higiene y de atención del parto y falta de atención neonatal.⁷

Además de la Muerte, la Carga de la Morbilidad es Enorme

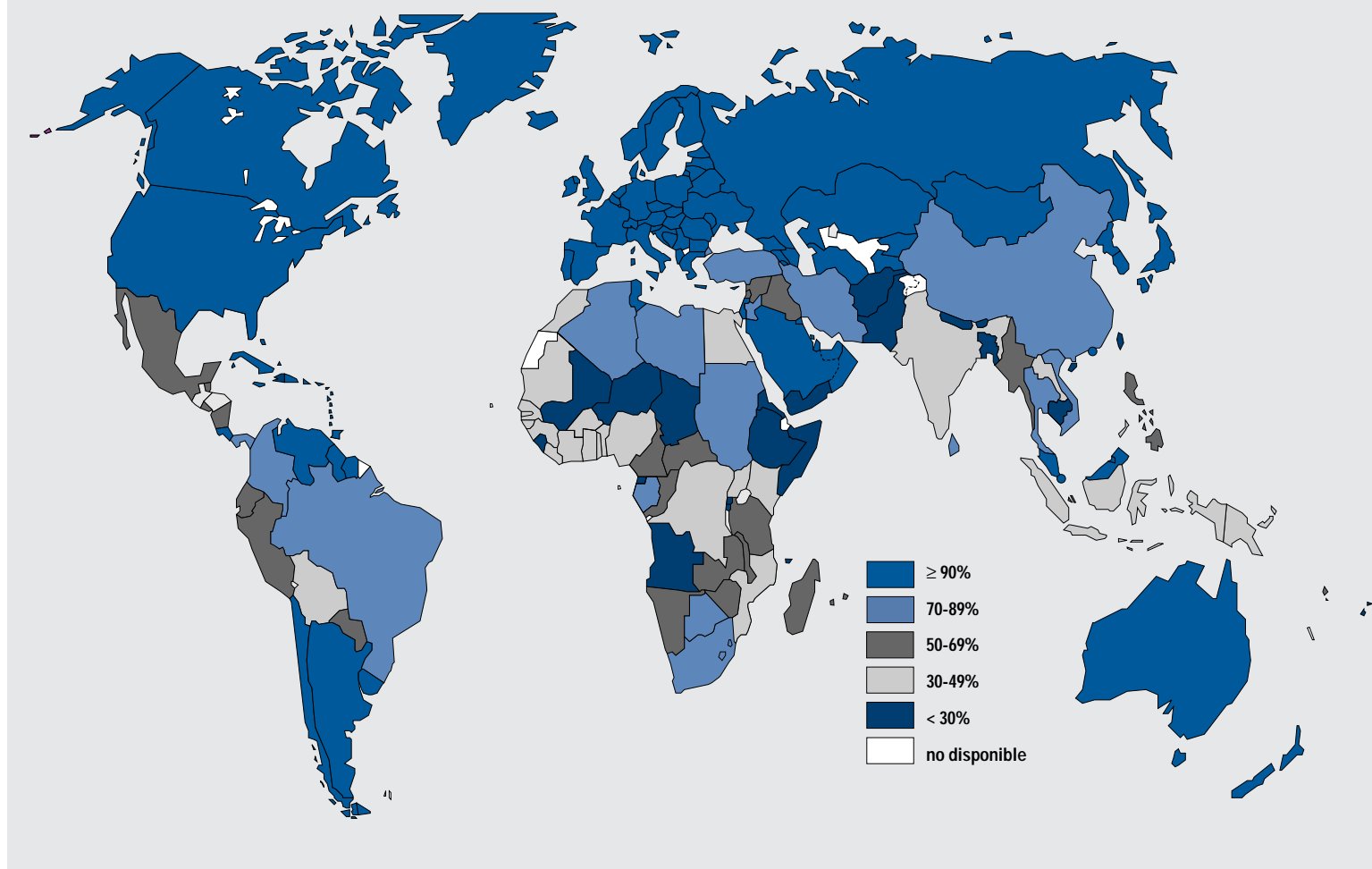
Cuarenta por ciento o más de las mujeres embarazadas pueden sufrir problemas obstétricos agudos durante el embarazo, el parto y el periodo de post-parto; se estima que 15% de las mujeres embarazadas sufren complicaciones potencialmente mortales.^{3,7}

* Muerte neonatal: muerte del recién nacido en el primer mes de vida; la mortalidad neonatal temprana ocurre en la primera semana.

Hasta 300 millones de mujeres, más de una cuarta parte de las mujeres adultas que viven actualmente en el mundo en desarrollo, sufren enfermedades breves o prolongadas relacionadas con el embarazo y el parto.² La muerte y discapacidad por causas maternas representan 18% de la carga de la morbilidad para las mujeres de edad reproductiva en países en desarrollo.⁸ Las complicaciones de largo plazo del embarazo y del parto comprenden prolapso uterino, fístulas (véase más adelante), incontinencia, dolor durante la relación sexual e infertilidad.⁷

Cada año, hasta 80.000 mujeres se ven afectadas por fístulas, es decir, orificios en el conducto obstétrico que permiten el escape del contenido de la vejiga o del recto a la vagina, lo que causa incontinencia permanente a la mujer. Actualmente, entre 500.000 y un millón de mujeres viven con este problema; muchas se convierten en marginadas de la sociedad, son expulsadas de sus hogares y rechazadas por sus esposos y familiares.²

Porcentaje de mujeres con una persona calificada en el parto¹⁰



El parto obstruido puede causar lesión neurológica permanente y pérdida de sensación o deterioro muscular en los pies y las piernas; las mujeres más afectadas a menudo quedan lisiadas.⁹ Las infecciones, incluyendo sepsis, pueden causar enfermedad pélvica inflamatoria, cuyos síntomas comprenden dolor crónico, deterioro del sistema reproductivo, infertilidad y toda una gama de trastornos ginecológicos⁹.

¿Por Qué Mueren las Mujeres?

La mayoría de las muertes maternas podrían prevenirse si las mujeres tuvieran acceso a atención médica básica durante el embarazo, el parto y el postparto. Esto implica fortalecer los sistemas de salud y vincular las comunidades, los centros de salud y los hospitales para prestar atención cuando y donde la necesiten las mujeres.⁷

La mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto o poco después; pese a

esto, muchas mujeres no reciben la atención de salud que necesitan durante este período.¹⁰ La buena calidad de la atención de salud durante el período crítico del trabajo de parto y del parto es la intervención singular más importante para prevenir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Atención obstétrica: Cada año ocurren 60 millones de partos en los que la mujer es atendida sólo por un familiar, o por una partera tradicional no calificada, o por nadie. Únicamente 53% de los partos que ocurren en los países en desarrollo son atendidos por una persona calificada (médico o partera capacitada).¹⁰ Por esto, es indispensable tener un profesional de salud calificado presente durante el parto para que la maternidad sea más segura. Una persona calificada puede no sólo asegurar higiene durante el trabajo de parto y el parto, proveer atención segura sin traumatismos y reconocer las complicaciones, sino también tratarlas

debidamente o remitir a la mujer a un nivel de atención superior.

Atención postparto: Sólo una pequeña proporción de mujeres en países en desarrollo, menos de 30%, reciben atención postparto. En países y regiones muy pobres, solo 5% de las mujeres reciben esta clase de atención. En los países desarrollados, 90% de las nuevas madres reciben atención postparto.¹⁰ La atención postparto permite a los trabajadores de salud verificar que la madre y el bebé estén bien y detectar y tratar sin demora cualquier problema; también ofrece la oportunidad de apoyar la lactancia materna y de prestar servicios de planificación familiar y otros.

Atención prenatal: Millones de mujeres en países en desarrollo carecen de acceso a atención durante el embarazo. Solo 65% de las mujeres en países en desarrollo reciben atención prenatal: 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y el Caribe.

En países desarrollados, 97% de las mujeres reciben atención prenatal.¹⁰ Esta atención permite detectar y tratar las enfermedades existentes, reconocer y tratar complicaciones rápidamente, dar información y orientación sobre signos y síntomas de problemas, recomendar dónde buscar tratamiento si surgen complicaciones y ayudar a las mujeres y a sus familias a prepararse para el parto.

Las bajas tasas de uso de servicios de salud materna se deben a muchos factores: distancia a los servicios de salud; costos, incluyendo las tarifas del servicio y los costos de transporte, medicamentos y suministros; demandas excesivas sobre el tiempo de la mujer; y falta de poder decisorio de la mujer dentro de la familia. La mala calidad de los servicios, incluyendo atención deficiente por los proveedores de salud, también hace que algunas mujeres se muestren reacias a utilizar esos servicios.¹¹

¿Qué se Puede Hacer?

■ **Asegurar el acceso a los servicios de salud materna.** La mayoría de las muertes maternas, millones de casos de enfermedad y discapacidad y las muertes de por lo menos 1,5 millones de niños al año podrían prevenirse por medio de una atención materna básica de todos los embarazos, incluyendo una persona calificada en el parto (médico o partera); prevención y tratamiento de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto y planificación familiar posterior al parto y atención básica neonatal.⁷ En países de bajo ingreso esta atención costaría aproximadamente US \$3 dólares por persona. La atención prenatal, del parto y postparto básica, solamente, puede costar un máximo de US \$2 dólares por persona.¹²

■ **Enfrentar las desigualdades por razón de género y la pobreza y la discriminación que sufre la mujer en todo el mundo.** Se debe mejorar la condición de la mujer y valorar plenamente su función reproductiva y productiva, en particular en lo que respecta a su aporte a la economía doméstica y nacional. Es preciso cambiar la actitud de la familia y la comunidad que impide que la mujer reciba la debida atención durante el embarazo y el parto.

Nota:

En este hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
2. *The Progress of Nations*. UNICEF, Nueva York, 1996.
3. W. Graham y S. Murray, "A Question of Survival? Review of Safe Motherhood". Ministerio de Salud, Kenya, 1997.
4. UNICEF, *The State of the World's Children 1997*. Oxford University Press, Oxford, 1997.
5. "Healthy Pregnancy and Childbearing," en *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, A.O. Tsui, J.N. Wasserheit y J.G. Haaga, eds., National Academy Press, Washington, DC, 1997.
6. "Perinatal Mortality: A Listing of Available Information". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
7. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.
8. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Banco Mundial, Washington, DC, 1993.
9. E. Royston y S. Armstrong, eds, *Preventing Maternal Deaths*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989.
10. "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.
11. C. AbouZahr, "Improve Access to Quality Maternal Health Services". Ponencia presentada en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo celebrada en Sri Lanka, 18-23 octubre de 1997.
12. "Mother-Baby Package Costing Spreadsheet" (documento inédito). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

Preparado por Family Care Internacional (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org

1998

Convertir en realidad la maternidad sin riesgo para todas las mujeres del mundo es un reto que exige importantes cambios en la forma como se presta actualmente la atención de salud materna y en las prioridades de los gobiernos nacionales, los organismos multilaterales y de financiamiento y las organizaciones no gubernamentales (ONGs). A raíz de las conferencias internacionales recientemente celebradas, la reducción de la mortalidad materna y la atención a las mujeres embarazadas deben verse como parte integral de la salud reproductiva. Pero no bastan los cambios en la prestación y accesibilidad de los servicios. Las metas de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo no se alcanzarán hasta que se dé poder a las mujeres y se respeten sus derechos humanos, incluyendo sus derechos a servicios de buena calidad e información durante y después del embarazo y el parto.

Maternidad sin Riesgo: un Asunto de Derechos Humanos y Justicia Social

Empoderamiento de las Mujeres, Asegurando la Posibilidad de Elección'

La lenta reducción de la mortalidad y morbilidad maternas está arraigada en la falta de poder de las mujeres y su desigual acceso a los recursos dentro de las familias, la sociedad y los mercados económicos. Estos factores crean un medio que fomenta una precaria salud reproductiva y una maternidad con riesgo aún antes que ocurra el embarazo y empeoran la situación una vez que se inician el embarazo y el parto.

Las mujeres enfrentan muchas barreras para lograr una buena salud. Estas incluyen:

- **Información y opciones limitadas:** La limitada exposición de las mujeres a nuevas ideas e información significa que ellas han sido educadas para aceptar el dolor y el sufrimiento como “su destino” y no perciben que el embarazo requiere ningún cuidado adicional. Como resultado, muchas mujeres no reconocen signos de peligro durante el embarazo y no saben dónde ni cuándo buscar servicios médicos.
- **Relaciones de poder desiguales que limitan la capacidad de decisión, la movilidad física y el acceso de la mujer a recursos materiales:** En algunos sectores de países en desarrollo, la decisión de dar a luz en la casa es generalmente tomada por el esposo u otro familiar. Muchas mujeres necesitan permiso de sus esposos para visitar un establecimiento de salud. La falta de recursos económicos de las mujeres restringe su capacidad para decidir independientemente sobre sus asuntos de salud y lograr acceso a servicios de salud y a otros servicios sociales.

- **Mala calidad de la interacción con los proveedores de salud:** En muchas culturas, las mujeres son reacias a utilizar los servicios de salud porque sienten que los proveedores de atención son groseros, condescendientes e insensibles al contexto en que ellas viven. La interacción con los proveedores de atención puede ser una experiencia amenazante y humillante, y las mujeres suelen sentirse presionadas para tomar decisiones en conflicto con sus propias metas de salud y fecundidad.

El empoderamiento de las mujeres significa capacitarlas para superar estas barreras y tomar decisiones informadas, particularmente en asuntos que afectan el aspecto más íntimo de sus vidas — su salud reproductiva. El empoderamiento reviste importancia crítica para lograr una maternidad sin riesgo porque permite que la mujer:

- a) **exprese** sus necesidades y preocupaciones en materia de salud;
- b) **acceda** a los servicios con confianza y sin demora;
- c) **exija** responsabilidad a los proveedores de servicios y a los administradores de programas, así como a los gobiernos por sus políticas;
- d) **tome medidas** para reducir los prejuicios de género en las familias, las comunidades y los mercados; y
- e) **participe** plenamente en el desarrollo social y económico.

El empoderamiento de la mujer en el área de salud requiere más que simples intervenciones relacionadas con la salud; requiere condiciones sociales, económicas y culturales

en las cuales la libertad y la responsabilidad tienen un significado concreto. Las mujeres deben tener los medios — tanto físicos como psicológicos — de superar las barreras hacia la maternidad sin riesgo. La posibilidad de elección es indispensable para todo empoderamiento, y aún muchas mujeres tienen muy pocas opciones.

¿Qué se Puede Hacer?¹

Con el fin de hacer frente a las restricciones impuestas a las mujeres, serán necesarias muchas acciones en el ámbito público y privado para asegurar su empoderamiento:

- Las mujeres deben tener mayor libertad para decidir sobre su propia salud y sus opciones de vida dentro de las familias y las comunidades; deben tener la oportunidad de conocer sus derechos y su salud, cuestionar la aceptabilidad de las prácticas injustas y darse cuenta que tienen derecho a atención médica y a otros servicios.
- Las mujeres deben tener acceso a información precisa sobre su salud reproductiva y a atención de alta calidad centrada en ellas.
- Las mujeres deben tener mayor acceso a oportunidades educativas y económicas y al control de recursos económicos, así como otros recursos.
- A los adolescentes se les debe dar la oportunidad de capacitarse para la vida, incluyendo autoestima, de tal manera que puedan actuar para proteger su propia salud.
- Los hombres deben ser sensibilizados sobre el rol que juegan en ampliar las

posibilidades de elección de la mujer dentro de sus hogares y la comunidad y en asegurar una vida sexual y familiar responsable.

- Las mujeres deben ser apoyadas por políticas y leyes que fomenten y aseguren la maternidad sin riesgo, la atención materna de buena calidad y la equidad de género; por su parte, los gobiernos deben involucrar a la mujer en la planeación, ejecución, supervisión y evaluación de programas de salud orientados hacia las mujeres.
- La capacitación de los proveedores debe reforzar la importancia de preservar la dignidad de las mujeres; fomentar la elección de opciones informadas; reconocer las realidades de las vidas de las mujeres; y dar consejería sensible que permita descubrir y tratar las condiciones que las mujeres están acostumbradas a soportar.

Reducir la inequidad en las políticas socioeconómicas y proteger y promover los derechos de las mujeres, sus opciones y su autonomía son actividades públicas básicas. Estas son también esenciales para reducir el número de muertes y enfermedades maternas, lograr las metas de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, y fomentar el desarrollo equitativo y sostenible de todas las mujeres y todos los hombres del mundo.

Fomento de la Maternidad sin Riesgo a través de los Derechos Humanos²

Prevenir la mortalidad y la enfermedad materna es una cuestión de justicia social y de derechos humanos de la mujer. La redefinición de la mortalidad materna de una de “desventaja de salud” a una de “injusticia social” proporciona la base jurídica y política para que los gobiernos aseguren atención de salud materna a todas las mujeres, servicios que le salvarán sus vidas. El desafío en aplicar los derechos humanos al fomento de la maternidad sin riesgo está en caracterizar las diversas clases de desempoderamiento de la mujer — tanto durante el embarazo como en el parto — como injusticias que los gobiernos tienen la obligación de remediar a través de los sistemas políticos, jurídicos y de salud.

La protección y promoción de los derechos humanos de la mujer puede ayudar a asegurar que todas las mujeres tengan derecho a:

- tomar decisiones sobre su propia salud, sin coerción ni violencia y basada en un conocimiento pleno; y
- acceder a servicios de calidad e información antes, durante y después del embarazo y el parto.

Las constituciones nacionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ofrecen oportunidades hasta ahora no aprovechadas ampliamente para fomentar la maternidad sin riesgo. Los tratados internacionales pertinentes incluyen:

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención de las Mujeres);
- El Convenio internacional sobre los derechos civiles y políticos;
- El Convenio internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales;
- La Convención sobre los derechos del niño;
- La Convención europea sobre los derechos humanos;
- La Convención americana sobre los derechos humanos; y
- La Carta africana sobre los derechos humanos y de los pueblos.

Cada uno de estos tratados tiene un organismo de vigilancia que establece normas de desempeño para los países signatarios y supervisa su cumplimiento con estas normas. Los países deben informar regularmente a los organismos de vigilancia pertinentes sobre lo que han hecho para asegurar el mejoramiento y el pleno desarrollo de los derechos consagrados en los tratados sobre derechos humanos que han ratificado. La Convención de las mujeres, ratificada por más de 160 países y empleada para fomentar la maternidad sin riesgo, es supervisada por el Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CED).

El Desafío²

Los esfuerzos desplegados para fomentar la maternidad sin riesgo a través de los derechos humanos deben construirse sobre el marco de derechos humanos vigente reconocido en la mayoría de las constituciones nacionales y en los tratados internacionales de derechos humanos. Estos derechos incluyen:

- *los derechos relacionados con la vida, la libertad y la seguridad de la persona*, que exigen que los gobiernos garanticen acceso a atención apropiada en salud durante el embarazo y el parto (el derecho de la mujer a la vida) y aseguren el derecho de la mujer para decidir si debe tener hijos, cuándo y con qué frecuencia (derecho a la libertad y la seguridad de la persona);
- *los derechos relacionados a la formación de las familias y a la vida familiar*, que exigen que los gobiernos den acceso a la atención de salud y a otros servicios que necesitan las mujeres para establecer su familia y sobrevivir para disfrutar la vida familiar;
- *los derechos relacionados con la atención de salud y los beneficios del progreso científico*, incluyendo información y educación en salud, que exigen que los gobiernos presten servicios de salud sexual y reproductiva e información a la mujer; y
- *los derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación* por razones de sexo, estado conyugal, raza, edad y clase social, que exigen que los gobiernos permitan el acceso a servicios tales como educación y atención de salud a mujeres y niñas, especialmente a las mujeres o las niñas de un particular estado conyugal, edad, grupo minoritario o nivel socio-económico.

¿Qué se Puede Hacer? ²

En los últimos diez años se ha hecho mucho por establecer normas de derechos humanos que apoyen y protejan las necesidades de salud reproductiva de las mujeres. Por ejemplo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) establece que los gobiernos deben trabajar para reducir a la mitad el número de muertes maternas para el año 2000 y otro 50% para el año 2015.

Actualmente se necesitan tres medidas fundamentales:

- **reformular las leyes** que contribuyen a la mortalidad materna (por ejemplo, las leyes que exigen que las mujeres que buscan servicios de salud obtengan la autorización de sus esposos y las que limitan el acceso a servicios seguros de salud reproductiva);
- **hacer cumplir las leyes** que protejan los intereses de salud de las mujeres (por ejemplo, leyes que prohíban el matrimonio entre niños, la mutilación genital femenina, la violación y el abuso sexual); y
- **hacer respetar los derechos humanos** en las constituciones nacionales y las convenciones internacionales para fomentar la maternidad sin riesgo (por ejemplo, exigiendo que los estados tomen medidas preventivas y curativas eficaces para reducir la mortalidad y tratar a las mujeres con respeto y dignidad).

El Programa de Acción de la CIPD no es en sí de cumplimiento obligatorio; sin embargo, en 1995 el CED acordó utilizar el Programa de Acción para establecer las normas de desempeño para la Convención de las Mujeres. Por lo tanto, los signatarios de ésta están obligados a hacer respetar y fomentar los compromisos contraídos en la CIPD, incluyendo el derecho de la mujer y del hombre a decidir si deben reproducirse, cuándo y con qué frecuencia y a acceder a servicios de salud apropiados que permitan que la mujer disfrute de un embarazo y un parto sin riesgo.

Los estados tienen la obligación legal de rendir cuentas de sus prácticas en materia

de derechos humanos, por medio de informes ante los organismos de vigilancia de los tratados de derechos humanos. Los estados que no tomen todas las medidas necesarias para que en las leyes, políticas y prácticas se respeten los derechos humanos de la mujer, han sido y seguirán siendo responsables ante los tribunales constitucionales y los organismos de vigilancia de los tratados por negar a las mujeres sus derechos humanos, necesarios para mantener su dignidad y empoderamiento.

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. S.J. Jejeebhoy, *Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health*. Ponencia presentada en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo celebrada en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
2. R.J. Cook, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*. Ponencia presentada en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo celebrada en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998

Eliminar los riesgos de la maternidad para todas las mujeres del mundo requiere que los gobiernos, las agencias donantes (multilaterales, bilaterales y privadas) y las organizaciones no gubernamentales (ONG) asignen una alta prioridad a la salud materna y aseguren que los recursos políticos y financieros necesarios se destinen a este esfuerzo. La maternidad sin riesgo es una inversión económica y social fundamental, urgente y costo efectiva. Promover la salud de las mujeres mejora no solo la salud individual, sino también la salud y la supervivencia de las familias de las mujeres, de la fuerza laboral y el bienestar de las comunidades y de los países.

Una serie de conferencias internacionales reciente han definido a la reducción en la mortalidad materna y a la atención de los embarazos como objetivos primordiales de todos los servicios de salud reproductiva. Darle prioridad a la atención materna en la agenda de la salud social y económica de un país contribuirá a asegurar que millones de mujeres y sus hijos, eviten la muerte y la incapacidad relacionadas con los embarazos, que aún son muy comunes. En los próximos diez años, reconocer la maternidad sin riesgo como una inversión económica y social será factor crítico para el logro de las metas de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo.

Consecuencias de la Salud Materna Deficiente

La carga: Para las mujeres en edad reproductiva, el embarazo y el parto son las principales causas de muerte, enfermedad e incapacidad, y representan por lo menos el 18% del total de la carga de enfermedad en este grupo de edad.¹ Estudios recientes en cuatro países en desarrollo sugieren que:²

- Entre el 58% y el 80% de las mujeres embarazadas declararon sufrir de algún problema de salud.
- Entre el 8% y el 29% de las mujeres embarazadas padecían problemas crónicos de salud como consecuencia de los embarazos.

El costo: Aunque el sufrimiento y la muerte innecesaria de una mujer cuando da a luz a la próxima generación es causa más que suficiente para tomar acción, existen también otras consideraciones económicas y políticas importantes. Cuando una mujer muere, su familia y su comunidad sufren una considerable pérdida en términos económicos y sociales. Específicamente:

- Las familias pierden la contribución de la mujer en el manejo del hogar y la atención que provee a los niños y niñas y otros miembros de la familia;
- La economía pierde la contribución productiva de la mujer en la fuerza laboral;
- Las comunidades pierden un miembro vital cuyo trabajo no remunerado es con frecuencia fundamental para la vida comunitaria;
- La salud, el bienestar y aún la supervivencia de los hijos se ven amenazados: resultados de estudios han mostrado que

los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen.

Los salarios y el trabajo de las mujeres dentro del hogar — los cuales a su vez dependen de que las mujeres se mantengan saludables — cada vez revisten mayor importancia. Además, el número de mujeres jefes de hogar se está incrementando en todo el mundo. El 20% de los hogares en África y América Latina están a cargo de mujeres y muchos de ellos incluyen niños pequeños.³ Estudios realizados muestran que las mujeres, más regularmente que los hombres, emplean sus ingresos para mejorar el bienestar de su familia a través de adicional alimentación, mejor atención de la salud y provisión de suministros escolares y ropa para los hijos.⁴

¿Qué se Ahorra Invirtiendo en Salud Materna?

Los programas de salud reproductiva, incluyendo salud materna, están entre las inversiones en salud más costo-efectivas. En países de bajos ingresos, ofrecer a las mujeres servicios de atención durante el embarazo, parto y postparto, así como servicios de planificación familiar y atención neonatal, costaría alrededor de US 3 dólares anuales por persona. Los servicios básicos de atención prenatal, parto y postparto costarían a lo sumo US 2 dólares por persona.⁵ Invertir en la salud de la mujer produce ahorros significativos:

Salud de infantes y de niños:

- *La deficiente atención de la madre con frecuencia significa la muerte del niño;* inclusive si la madre sobrevive, la salud materna deficiente pone en peligro las

La Maternidad Sin Riesgo como una Inversión Económica y Social

posibilidades de supervivencia del recién nacido. Al menos entre 30% y 40% de muertes de infantes — 1,5 a 2,5 millones cada año — podrían evitarse con atención prenatal y durante el parto.⁶ Se estima que el 75% de las muertes perinatales* que actualmente alcanzan casi 8 millones cada año en países en desarrollo, podrían evitarse con una mejor salud materna, una adecuada nutrición durante el embarazo y un manejo apropiado durante el parto.⁶

- *La deficiente salud y nutrición materna contribuyen al bajo peso de los niños al nacer.* Cada año nacen 20 millones de niños con bajo peso — casi el 20% de todos los nacimientos.⁷ Los niños con bajo peso al nacer tienen tasas de mortalidad significativamente mayores que aquellos con peso normal y tienen un mayor riesgo de infección, desnutrición e incapacidad a largo plazo, incluyendo limitaciones visuales y auditivas y deficiencias de aprendizaje y retardo mental.
- *La muerte de la madre hace incierta la supervivencia y la educación de los hijos.* Un estudio realizado en Bangladesh encontró que cuando una madre muere, los hijos sobrevivientes tienen de tres a diez veces más probabilidades de morir dentro de los dos años siguientes.⁸ Cuando la madre muere en el parto, los hijos sobrevivientes tienen una menor probabilidad de completar su educación o de asistir regularmente a la escuela. En Tanzania, un estudio encontró que en los hogares donde una mujer adulta había muerto en los doce meses anteriores, los

* *Nacidos muertos, muertes de fetos después de 28 semanas de gestación, y muertes infantiles hasta los siete días después del parto.*

niños pasaban en la escuela la mitad del tiempo que pasaban los niños de hogares en los cuales no había muerto una mujer adulta. El impacto sobre la supervivencia y la educación de los niños no era significativo en los casos en que había muerto un hombre adulto.⁹

Productividad y pobreza:

- *La salud deficiente contribuye a la pobreza entre las mujeres.* Las mujeres están a la vanguardia de los esfuerzos de los hogares y de las comunidades por escapar de la pobreza y enfrentar su impacto. Cuando las mujeres se enferman, no pueden trabajar en el hogar o en la fuerza laboral remunerada. En la India, un estudio encontró que la productividad de la fuerza de trabajo femenina sería alrededor de un 20% mayor si se abordarían los problemas de salud de las mujeres.¹⁰ Además, el costo asociado con los problemas de salud relacionados con el embarazo puede conducir al endeudamiento de las mujeres y de las familias.
- *Las enfermedades reducen la productividad.* En el mundo en desarrollo, por lo menos el 60% de las mujeres embarazadas son anémicas, lo cual reduce su energía y su capacidad para trabajar, disminuyendo de esta manera sus ingresos. Estudios en Sri Lanka y China entre mujeres que trabajan en plantaciones de té y en fábricas han documentado una menor productividad debido a la anemia — así como el impacto positivo de los suplementos de hierro.¹¹
- *La pobreza femenina significa la pobreza del hogar.* Cuando las enfermedades y las incapacidades reducen la habilidad de las mujeres para trabajar y generar ingresos, las familias sufren inevitablemente. Sin el ingreso de las mujeres, se cuenta con menos dinero para la atención de la salud, la educación y la alimentación adicional de los hijos.

Impactos a largo plazo

- *La prevención puede ser costo-efectiva.* La reducción de los embarazos no deseados y el mejoramiento de la salud materna salvan a millones de mujeres (y a sus hijos recién nacidos) de una muerte prematura y de incapacidades a largo

plazo y pueden ahorrar a las familias y a los gobiernos los costos de tratamiento y otros servicios.

- *El fortalecimiento de los servicios de salud materna beneficia al sistema de salud.* Asegurar que los servicios de salud estén equipados para proveer atención obstétrica esencial, tales como transfusiones de sangre, anestesia y cirugías significa que también pueden proporcionar atención en casos de accidentes, traumas y otras emergencias médicas. Esta capacidad de atención beneficia a toda la comunidad y no solamente a las mujeres.
- *La creación de una mayor confianza en las mujeres promueve la atención preventiva.* Las mujeres que reciben una adecuada atención durante el embarazo y el parto tienen una mayor probabilidad de confiar en otros servicios de salud para ellas mismas y para sus familias. En consecuencia, utilizarán estos servicios para sus hijos, así como los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, incluyendo el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Mejorar la salud de las mujeres significa una mejor salud familiar y comunitaria.

¿Que se Puede Hacer?

Aún con recursos reducidos, mejorar la salud materna es posible. Lo que se necesita es un decidido compromiso político. Gobiernos, agencias internacionales, ONGs y donantes necesitan hacer esfuerzos concertados para salvaguardar la salud materna y los beneficios sociales y económicos que produce, mediante:

- **La reasignación** de las inversiones en atención en salud para apoyar las intervenciones más costo efectivas;
- **La inversión** en servicios de atención de salud materna y que estén disponibles, especialmente en las áreas pobres y rurales;
- **El fortalecimiento** de la capacidad de los centros de salud comunitaria y los hospitales locales para proveer la atención requerida, especialmente para las complicaciones obstétricas a través de la capacitación del personal y el suministro de equipo;

■ **La colaboración** con proveedores privados para expandir y mejorar los servicios de maternidad sin riesgo, estableciendo que las pólizas de seguro incluyan esta atención;

■ **El estímulo** a los proveedores privados para que provean atención gratuita o de bajo costo a quienes no pueden pagar; y

■ **El respaldo** a las ONG y a las organizaciones voluntarias que puedan movilizar el apoyo privado y comunitario para ofrecer servicios a las mujeres que carecen de ellos o están en desventaja.

Un decidido y sostenido compromiso nacional, la asociación entre gobiernos, ONGs e instituciones multilaterales, y las inversiones bien focalizadas, pueden salvar millones de vidas anualmente:¹²

- las 585.000 mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo;
- los 1,5 a 2,5 millones de infantes que mueren en su primera semana de vida; y
- los 1,4 millones de infantes que nacen muertos.

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. *World Development Report 1993. Investing in Health.* Banco Mundial, Washington, D.C., 1993.
2. J. A. Fortney y J. B. Smith, editores, *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries.* Family Health International, Research Triangle Park, Carolina del Norte, 1997.
3. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, *The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics.* Nueva York, Naciones Unidas, 1991.
4. *Enhancing Women's Participation in Economic Development,* Washington, D.C., documentos de política del Banco Mundial, 1994.
5. "Mother-Baby Package Costing Spreadsheet" (inédito). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.
6. "Perinatal Mortality: A Listing of Available Information". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
7. C. Bellamy, *The State of the World's Children,* 1998. UNICEF, Nueva York, 1998.

8. M.A. Strong, "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh". *Health Transition Review* 2(2)215-24, 1992.
9. M. Ainsworth and M. Over, "AIDS in African Development". *Research Observer* 9 (2):203-240, 1994.
10. M. Chatterjee, *Indian Women: Their Health and Productivity*. Washington, D.C., documento de discusión del Banco Mundial 109, 1991.
11. *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*. Banco Mundial, Washington, DC, 1994.
12. Anne Tinker, "Safe Motherhood as an Economic and Social Investment". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) y el Grupo Inter-agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la secretaria, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

Los embarazos y la maternidad durante la adolescencia — definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad — conllevan considerables riesgos. Las tasas de fecundidad de adolescentes son alarmantemente elevadas en muchos países; de hecho, alrededor del 11% de todos los nacimientos registrados cada año — un total de 15 millones de nacimientos anuales — corresponden a adolescentes casadas o no casadas.¹ Las jóvenes de 15 a 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir en el parto que las mujeres de 20 a 30 años: dicha probabilidad es cinco veces mayor entre las menores de 15 años.² Como reflejo de la frecuencia de los embarazos tempranos y de los riesgos asociados a ellos, las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la principal causa de muerte de jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.³

El primer nacimiento puede demorarse posponiendo el inicio de la actividad sexual y utilizando métodos efectivos de regulación de la fecundidad. Los esfuerzos deben centrarse en la modificación de las motivaciones individuales y sociales de la maternidad temprana. La educación y las oportunidades de empleo desempeñan un papel crítico en la provisión de alternativas a la maternidad temprana. Sin embargo, en el caso de aquellas mujeres adolescentes que dan a luz, es preciso hacer todos los esfuerzos posibles por lograr una maternidad sin riesgos para estas jóvenes mediante el mejoramiento de la disponibilidad, efectividad y accesibilidad de servicios.

El Comportamiento Sexual y Reproductivo de los Adolescentes

Si bien existe una gran diversidad entre y dentro de las distintas regiones geográficas, la mayoría de las mujeres y los hombres — casados y no casados — inician la actividad sexual durante la adolescencia. En el pasado, la actividad sexual se asociaba generalmente con el matrimonio temprano; en la actualidad, sin embargo, la mayor edad en el momento del matrimonio y la menor edad de la menarquia significan que ahora muchos más jóvenes inician su actividad sexual antes del matrimonio.

Encuestas realizadas en siete países de África Sub-Sahariana indican que más de la mitad de las mujeres de 15 a 19 años son o han sido sexualmente activas. Un estudio en Uganda, por ejemplo, indicó que el promedio de edad de la primera relación sexual para las mujeres fue de 15,5 años.⁴ Algunos estudios indican que las mujeres solteras de ciertas partes de Asia y América Latina comienzan su actividad sexual más tarde que sus contrapartes de África Sub-Sahariana; en Singapur, por ejemplo, menos de la mitad de las jóvenes declaran haber tenido su primera relación sexual antes de los 25 años.⁵ En Sri Lanka, menos de una tercera parte de las mujeres declara haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir 20 años.⁵ En cambio, en Bangladesh el 48% de las mujeres están casadas y a los 19 años de edad, ya han tenido experiencia sexual.⁴

Cuando inician su actividad sexual, la mayoría de los jóvenes carecen de conocimientos exactos acerca de la reproducción y la sexualidad, y no tienen acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo anticoncepción. Un estudio en Kenya mostró que mientras el 66% de los jóvenes solteros entre los 12 y 19 años expresaron haber recibido alguna información sobre salud reproductiva, menos del 8% pudo identificar correctamente el período fértil del

ciclo menstrual de la mujer.⁶ Una compilación reciente de reseñas de programas de salud reproductiva para adolescentes en América Latina, África y Asia reveló que en muchos países las leyes restrictivas prohíben la provisión de servicios de salud reproductiva a personas menores de cierta edad o a mujeres no casadas y aunque no existen requisitos legales que lo impiden, los trabajadores de salud restringen por su cuenta estos servicios a los adolescentes.⁷ Además, con frecuencia los adolescentes carecen de poder, confianza y capacidad de decisión para rechazar las relaciones sexuales no deseadas. Entrevistas con adolescentes en Perú y Colombia revelaron que el 60% habían sufrido abuso sexual en el año anterior a la encuesta.⁸ De igual forma, estudios en Botswana y Kenya mostraron que la primera experiencia sexual de muchas mujeres adolescentes había sido forzada.⁸

Maternidad Temprana

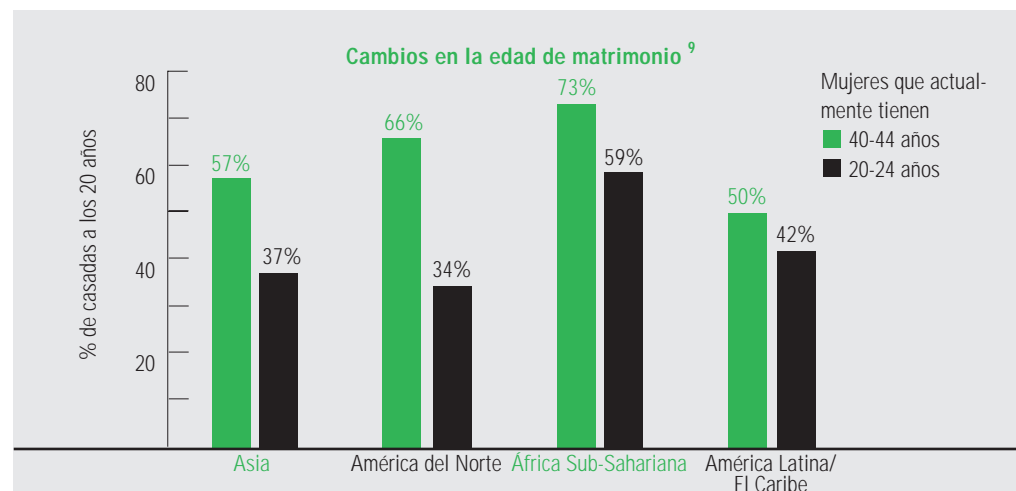
La maternidad temprana se asocia con la edad en que las mujeres se casan, su nivel educativo y las normas culturales relacionadas con la situación y el papel social de la mujer. A

Demorar el Matrimonio y el Primer Nacimiento

nivel mundial, los mayores niveles de maternidad adolescente ocurren en África Sub-Sahariana, donde más de la mitad de las mujeres de 20 a 24 años de edad han dado a luz antes de los 20 años y, en América Latina y el Caribe, donde alrededor de una tercera parte de las mujeres han dado a luz antes de los 20 años.⁵

Si bien no todos los nacimientos ocurren dentro del matrimonio, la edad al casarse está estrechamente asociada con el primer nacimiento debido a normas y expectativas culturales, y debido también al hecho que los anticonceptivos comúnmente se utilizan menos para aplazar el primer nacimiento que para demorar los nacimientos posteriores. En aquellos lugares en que las mujeres se casan más tarde, éstas tienen más tiempo para completar su educación, aprender sobre reproducción y métodos anticonceptivos y desarrollar capacidades para conseguir un trabajo. Además, la demora en contraer matrimonio y tener el primer hijo significa menos años de maternidad, y frecuentemente se asocia a una menor fecundidad total.¹⁰

Los niveles de educación ejercen una influencia importante sobre la maternidad



adolescente. En República Dominicana, Ecuador, México y en la mayoría de los países africanos, más de las dos terceras partes de las mujeres sin educación dan a luz antes de los 20 años.⁴ Sin embargo, mujeres con alguna educación secundaria, tienen una menor probabilidad de dar a luz durante la adolescencia.¹¹ Investigaciones en Nigeria muestran que sólo el 7% de las mujeres con siete años de escolaridad dieron a luz antes de los 20 años en comparación con el 43% de las mujeres sin educación. De igual forma, en Pakistán sólo el 16% de las mujeres con siete años de educación dieron a luz antes de los 20 años, en comparación con el 54% de las mujeres sin instrucción.⁴

En sociedades tradicionales, las jóvenes con frecuencia se ven limitadas por normas culturales que equiparan el matrimonio y la maternidad con la situación social y el valor de la mujer. Inclusive las mujeres que se casan más jóvenes con frecuencia enfrentan enormes presiones para probar su fecundidad tan pronto contraen matrimonio, a través del nacimiento de un hijo.⁹ En otros casos, las tradiciones culturales estimulan a las mujeres jóvenes a probar su fecundidad antes del matrimonio.⁴

Los Riesgos de Salud de la Actividad Sexual y la Maternidad en Adolescentes

Debido a factores psicológicos y sociales, las mujeres adolescentes son más vulnerables que las de mayor edad a las complicaciones relacionadas con el embarazo; las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y los abortos en condiciones de riesgo.¹² Las adolescentes sexualmente activas experimentan mayores niveles de mortalidad y morbilidad reproductiva que las mujeres de 20 a 35 años.⁴

Complicaciones obstétricas y complicaciones relacionadas con el embarazo: Si bien muchas mujeres adolescentes son fisiológicamente maduras como para quedar embarazadas, con frecuencia sus cuerpos no están lo suficientemente desarrollados para llevar a feliz término un embarazo. Son particularmente susceptibles al riesgo de pre-eclampsia y al parto obstruido debido a la desproporción cefalopélvica.* En las mujeres, el crecimiento del esqueleto no se completa hasta la edad de 18 años y el canal

del parto no está maduro hasta aproximadamente los 20 a 21 años de edad, aunque estas edades varían substancialmente en función de los niveles nutricionales entre individuos y entre poblaciones.⁵

La inmadurez física incrementa el riesgo de parto prolongado o parto obstruido, lo que puede conducir a la muerte materna, así como a devastadoras complicaciones como la fistula obstétrica.** Estudios en África y Asia indican que las adolescentes son mucho más susceptibles que las mujeres de mayor edad a sufrir de fistula obstétrica.¹² En Nigeria, por ejemplo, el 80% de los casos de fistula ocurrieron en mujeres entre los 15 y 19 años de edad.⁴

Mortalidad materna: Existe escasa información confiable sobre los diferenciales de mortalidad materna por edad de la mujer. Sin embargo, un estudio en Matlab, Bangladesh, mostró que el nivel de mortalidad materna entre adolescentes era casi el doble al de las mujeres de 20 a 34 años.⁵ Otros estudios sugieren que el riesgo de morir durante el embarazo o el parto es de 20% a 200% mayor entre las mujeres de 15 a 19 años que entre las de 20 a 34 años.⁴

Mortalidad de infantes y niños: Los niños nacidos de madres adolescentes con frecuencia experimentan un mayor riesgo de muerte durante los primeros cinco años de vida. Un estudio comparativo reciente en el que se utilizaron datos provenientes de Encuestas de Demografía y Salud en 20 países mostró que el riesgo de morir antes de cumplir los cinco años era 28% mayor entre los niños nacidos de madres adolescentes que entre los nacidos de mujeres de 20 a 29 años.¹³

Enfermedades de transmisión sexual (ETS): Las adolescentes en general carecen de información acerca de las ETS y de su prevención. Además, pueden enfrentar barreras substanciales para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo anticonceptivos, que podrían ayudarlas a reducir su exposición a las ETS y a los embarazos no deseados. Tampoco cuentan con la capacidad de negociar relaciones de sexo seguro. Cuando el compañero sexual de la adolescente tiene más edad, lo que ocurre con frecuencia, puede producir un desequilibrio aún mayor de poder en la relación, que reduce aún más su capacidad para negociar una relación sexual sin peligro.

Las adolescentes no sólo están en mayor riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, sino que fisiológicamente son más susceptibles a las ETS. El cuello uterino y la vagina de una adolescente son diferentes a los de una mujer de mayor edad, haciéndola más vulnerable al contagio de una ETS. Este riesgo se incrementa aún más si hay desgarramiento vaginal durante el coito. Muchas adolescentes no reconocen los síntomas de una ETS o no saben dónde solicitar tratamiento. Si se dejan sin tratar, las ETS pueden conducir a enfermedad pélvica inflamatoria, a un embarazo ectópico o esterilidad y, si se presenta durante el embarazo, puede conducir a problemas de salud en los hijos.¹²

Violencia/abuso sexual: Datos indican que las adolescentes son susceptibles al abuso sexual y a la violación. Un estudio realizado en Kingston, Jamaica, encontró que el 17% de 452 alumnas de 13 y 14 años de escuelas primarias seleccionadas al azar declararon haber experimentado un intento de violación o una violación¹⁴. En un estudio nacional en Kenya se encuestó a 10.000 estudiantes de secundaria de 12 a 24 años, y encontró que el 40% de las que eran sexualmente activas afirmaron haber sido “engañadas u obligadas” a tener relaciones sexuales.¹⁴

Abortos en condiciones de riesgo: Cada año, por lo menos cinco millones de abortos inducidos ocurren en mujeres de 15 a 19 años, muchos de ellos realizados en condiciones de riesgo.¹⁵ Con frecuencia las adolescentes demoran la búsqueda de un aborto y por lo regular enfrentan grandes dificultades para ubicar y pagar a un proveedor competente. Pueden también posponer el tratamiento de las complicaciones, especialmente en los países en que los abortos son ilegales.¹¹

Como resultado, en muchos países las adolescentes representan una significativa — y desproporcionada— proporción de mujeres que sufren de complicaciones de un aborto realizado en condiciones de riesgo. Los estudios realizados en Malawi, Uganda y Zambia muestran que las adolescentes representan entre el 24% y el 37% de todas las pacientes de hospitales que reciben tratamiento por complicaciones relacionadas con los abortos. Estudios en hospitales urbanos en Kenya y Nigeria indican que el 50% o más de las pacientes que muestran las complicaciones más graves del aborto (como las sepsis) son adolescentes.¹¹

* Pre-eclampsia: presión arterial alta relacionada con el embarazo. Desproporción cefalopélvica: la cabeza del feto es demasiado grande para pasar por la zona pélvica, lo que conduce al parto obstruido.

** Las fistulas son agujeros que se forman en la pared vaginal que comunica con la vejiga y/o el recto, provocando la incontinencia permanente de la mujer.

Los Riesgos Sociales y Económicos de la Maternidad Temprana

Si bien las consecuencias de la maternidad adolescente en los países en desarrollo son relativamente bien conocidas, se cuenta con mucha menos información acerca de las consecuencias económicas y sociales. A pesar de la falta de datos, en general se aceptan las siguientes premisas.

- **Los embarazos y la maternidad temprana limitan las oportunidades y el éxito educacional.** Con frecuencia las mujeres jóvenes son expulsadas de las escuelas si quedan embarazadas, y pocas de ellas regresan. Un estudio nacional en Botswana mostró que una de cada siete mujeres que abandonaron la escuela lo hizo a causa de un embarazo, y sólo una de cada cinco embarazadas regresó a la escuela.¹⁶ En Kenya, cada año 10.000 niñas abandonan la escuela como consecuencia de un embarazo.⁸
- **Los embarazos tempranos comprometen la capacidad económica de las mujeres para mantenerse a sí mismas y a sus hijos.** La responsabilidad de criar un hijo, así como la falta de educación, pueden limitar el acceso de la mujer a las oportunidades de generación de ingresos.
- **Las oportunidades de una joven se ven seriamente limitadas cuando se convierte en madre.** El acceso limitado a la educación y a las oportunidades de generar ingresos, junto con las tradicionales normas de la sociedad, perpetúan la sub-valoración de las niñas y de las mujeres. La capacidad de una joven para negociar sus necesidades y las de sus hijos, tanto dentro de una relación personal como dentro de la sociedad, puede verse seriamente comprometida.

¿Qué se Puede Hacer?

Las políticas y los programas destinados a reducir los niveles de matrimonios y de maternidad adolescente deben tener en cuenta los factores sociales, culturales y económicos subyacentes que contribuyen a esos patrones. A la fecha, los programas se han concentrado principalmente en las consecuencias que la sexualidad y la fecundidad adolescente tienen sobre la salud, y han apuntado hacia problemas como la falta de conocimientos acerca de la reproducción y los anticonceptivos, y en menor medida, el acceso a los servicios.

Los programas deben extender su enfoque para incluir variables a más largo plazo, como la situación social de las niñas en comparación con sus compañeros, la autonomía física, la escolaridad, las oportunidades de desarrollo de aptitudes y el desarrollo de la autoestima, así como el acceso a ingresos y otros recursos. Sólo a través de mayores oportunidades y el desarrollo de habilidades sociales que les permitan obtener empleo, las jóvenes podrán utilizar plenamente su potencial en una diversidad de roles.

Las políticas y los programas deben estimular el apoyo familiar y comunitario para demorar el matrimonio y la maternidad.

Es preciso fortalecer las campañas de los medios de comunicación y otros esfuerzos que ponen en relieve la importancia de invertir en la educación de las niñas. Estos esfuerzos pueden necesitar concentrarse en aspectos tales como el matrimonio y la maternidad temprana, así como en las pesadas responsabilidades domésticas que limitan las oportunidades de las jóvenes. Los gobiernos podrían considerar la provisión de apoyo y/o incentivos a las familias y a las comunidades con el fin de alcanzar estas metas.

- *Un mensaje clave articulado en el Proyecto de Espaciamiento de Nacimientos en Omán fue que las jóvenes ponen en peligro su propia salud y la de sus hijos cuando quedan embarazadas antes de los 18 años. En el proyecto también se analizaron los beneficios de espaciar los nacimientos.*¹⁷

Las políticas y los programas deben ampliar el acceso de las jóvenes a una educación y capacitación de mayor calidad.

Las oportunidades de educación y capacitación para las jóvenes deben ampliarse y adaptarse a sus necesidades físicas y sociales. Es preciso que las iniciativas se adapten a las comunidades a las que están dirigidas, y puedan considerar la organización de clases separadas (pero iguales) para niñas y niños, creando alternativas educacionales para las jóvenes embarazadas y las madres adolescentes, y desarrollando programas educativos sensibles a los aspectos de género.

- *Un exitoso proyecto gubernamental iniciado en Bangladesh en 1994 se propone incrementar la inscripción femenina en las escuelas secundarias y demorar los matrimonios. Las jóvenes que completan la escuela*

*primaria y mantienen determinadas notas son elegibles para obtener becas si sus familias firman un compromiso en el que se declara que no se casarán antes de los 18 años de edad. Los resultados del estudio mostraron un incremento en el número de niñas que asisten a la escuela secundaria, y también indicaron que al mismo tiempo un número significativamente mayor de niñas completaron la enseñanza primaria.*¹⁸

Las políticas y programas deben ampliar las oportunidades de generación de ingresos de las mujeres y las adolescentes.

El incremento de las oportunidades de generación de ingresos de las adolescentes y las mujeres aumentará su capacidad para satisfacer sus propias necesidades y las de sus familias, y les permitirá contribuir en forma más igualitaria a la unidad familiar, la comunidad y posiblemente a las decisiones a nivel nacional.

- *Un estudio de la industria manufacturera de prendas de vestir en Bangladesh sugiere que brindar oportunidades para que las mujeres jóvenes trabajen en empleos remunerados fuera del hogar puede conducir a un significativo cambio social. En 1996, casi un millón de mujeres trabajaba en el sector de prendas de vestir en Bangladesh; el 70% de esas mujeres tenían entre 15 y 19 años de edad. Los resultados del estudio indican que las trabajadoras de este sector se casan más tarde que las mujeres de clase social similar que no trabajan y que muchas trabajadoras pueden ahorrar una cantidad significativa de dinero para cuando contraen matrimonio.*¹⁸

Las políticas y los programas deben permitir a los adolescentes — hombres y mujeres — asumir la responsabilidad y proteger su salud sexual y reproductiva.*

Es preciso eliminar las barreras legales, regulatorias y socioeconómicas a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Está demostrado que la educación sexual o la educación sobre la vida familiar, se traducen en mayores niveles de abstinencia, iniciación tardía de la actividad sexual, mayor uso de anticonceptivos y un menor número de compañeros sexuales.⁹ Los gobiernos deben adoptar estrategias naciona-

*Cada uno de los co-patrocinadores de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo (ver página 4), lleva a cabo estas actividades de acuerdo con su mandato específico.

les, como la integración de la educación sexual en los programas de estudios, para asegurar que todos los jóvenes estén adecuadamente informados acerca de la sexualidad y la salud reproductiva.

Todos los jóvenes — casados o no — deberían tener acceso a servicios y consejería sensibles, respetuosos y confidenciales sobre salud reproductiva. Estos servicios deben hacer énfasis en la prevención de embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo y ETS. Los programas también deben ayudar a equipar a los jóvenes con las habilidades que les permitan adoptar decisiones informadas acerca de la sexualidad y para negociar la abstinencia o la práctica del sexo seguro. La planificación de los programas y las investigaciones deben concentrarse en el papel y la responsabilidad de los hombres en la prevención de los embarazos tempranos o no deseados.

Los servicios deben estar diseñados especialmente para satisfacer las necesidades de los adolescentes, las que pueden variar de acuerdo con la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de actividad sexual, la religión, el origen étnico, la cultura, la situación escolar, la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la vulnerabilidad a la coerción o el abuso sexual.

Para identificar y abordar los obstáculos que se oponen al uso de los servicios por parte de los adolescentes y adoptar las medidas apropiadas para hacer que los servicios se adapten mejor a las necesidades de los jóvenes, éstos deben estar involucrados en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de salud.

■ En 1986, la Fundación Mexicana de Planificación Familiar puso en práctica un programa denominado "GENTE JOVEN", destinado a proporcionar información sobre planificación familiar y sexualidad a jóvenes de zonas urbanas pobres. El programa ha tenido éxito en promover decisiones informadas abarcando los aspectos emocionales, sociales, biológicos y clínicos de la sexualidad. Se utiliza medios audiovisuales y la radio para explorar los aspectos relacionados con el género y la sexualidad y promover habilidades de negociación.¹⁹

■ En 1991, la YMCA en Accra, Ghana, desarrolló un programa denominado "Mejores Opciones de Vida para Niñas y Mujeres", que pretende empoderar a los adolescentes de ambos sexos para que tomen decisiones

informadas sobre su fecundidad, salud, educación, empleo y participación cívica, y que permita a las jóvenes demorar los embarazos.¹⁸ El programa de educación sobre la vida familiar abarca una gama de aspectos de salud que incluyen el uso de anticonceptivos, las relaciones de género y las habilidades de negociación. Una enfermera proporciona consejería confidencial individual y servicios médicos, y puede referir a los participantes cuando sea necesario. Como en el centro se provee una amplia gama de servicios, los jóvenes lo visitan sin temor de estigmatización.²⁰

■ El proyecto piloto de Centro de Información Juvenil de Sudáfrica provee servicios de salud reproductiva exclusivamente para adolescentes. Los servicios se han diseñado para ayudarles a tomar opciones informadas acerca de valores sexuales y relaciones interpersonales, y reducir el riesgo de embarazos no deseados, ETS incluso VIH / SIDA. El personal de los centros es joven, amable y viste informalmente y, las instalaciones cuentan con afiches, música, audiovisuales, salas privadas de consejería y espacio para las actividades sociales de los jóvenes.²¹

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. "Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide". Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1997.
2. Naciones Unidas, *The World's Women: Trends and Statistics 1970-90*. Nueva York, Naciones Unidas, 1991.
3. "Too Old for Toys, Too Young for Motherhood". UNICEF, Nueva York, 1994.
4. J. Senderowitz, "Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood", World Bank Discussion Papers No.272. Banco Mundial, Washington, D.C., 1995.
5. J. Hobcraft, notas preparadas para la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgos en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
6. A. A. Ajayi y colaboradores, "Adolescent Sexuality and Fertility in Kenya: A Survey of Knowledge, Perceptions and Practice". *Studies in Family Planning* 22(4) 205-16, 1991.
7. *Thematic Evaluation of Adolescent Reproductive Health*, Evaluation Report. No. 13. FNUAP, Nueva York, 1997.
8. "Adolescent Reproductive Health", Network, 17(3), primavera de 1997.
9. N. Sadik, *The State of the World Population 1997*. FNUAP, Nueva York, 1997.
10. T. M. McDewitt y colaboradores, "Trends in

Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World", Departamento de Comercio de los Estados Unidos, Washington, D.C., 1996.

11. S. Singh, "Adolescent Childbearing and Pregnancy in Developing Countries: A Global Review". Taller de trabajo sobre reproducción de adolescentes en países en desarrollo: maternidad y embarazos de adolescentes en países en desarrollo, Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1997.

12. "Adolescent Health -Investing in the Future", Safe Motherhood Newsletter, número 22 (3), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

13. G. Bicego y colaboradores, "Infant and Child Mortality", *DHS Cooperative Studies*, No.20. Macro International, Calverton, Maryland, 1996.

14. Population Council, conferencia sobre "Recuperando vidas jóvenes", celebrada en el Banco Mundial, Washington, D.C., 1996.

15. S. Koontz and S.R. Conly, *Youth at Risk: Meeting the Sexual Needs of Adolescents*. Population Action International, Washington, DC, 1994.

16. A. Tinker y colaboradores, "Women's Health and Nutrition: Making a Difference", World Bank Discussion Paper 256. Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.

17. "Reaching Young People Worldwide: Lessons Learned from Communications Projects, 1986-1995". Documento de trabajo No. 2, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communications Programs, Baltimore, Maryland, 1995.

18. S. Amin, "Delay Marriage and First Birth" presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

19. "Development in Practice: A New Agenda for Women's Health and Nutrition". Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.

20. Population Council, "Innovative Programmatic Approaches Toward Working with Adolescent Girls", compilado por The Population Council para la conferencia sobre "Recuperando vidas jóvenes". Banco Mundial, Washington, D.C., 1996.

21. R. Trangsrud, "Adolescent Sexual and Reproductive Health in Eastern and Southern Africa: Building Experience", trabajo preparado para USAID/REDSO, Nairobi, Kenya, mayo de 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org

Se estima que anualmente hay 200 millones de embarazos en el mundo. Cada uno de ellos conlleva un riesgo para la madre y el bebé. Si bien los riesgos no pueden eliminarse por completo una vez iniciado el embarazo, es posible reducirlos a través de servicios de atención materna efectivos, asequibles, accesibles y aceptables.

En teoría, el enfoque de riesgo es un instrumento lógico para racionalizar la prestación de servicios con el fin de asegurar que las personas “más necesitadas” reciban atención y cuidados especiales. De hecho, cada vez es más claro que un método formal de evaluación del riesgo presenta problemas y puede hacer que los escasos recursos existentes dejen de asignarse a la mayoría de las mujeres con deficientes resultados al embarazo. Por lo tanto, en ausencia de datos adicionales que demuestren la efectividad del análisis de riesgo, es necesario que esta evaluación no se tome como la única base para equiparar necesidades y atención en los servicios de maternidad.

Definición del Riesgo Materno

El riesgo materno se define como la probabilidad de morir o de sufrir lesiones graves como resultado del embarazo o del parto.¹ Todas las mujeres embarazadas, por causa de su estado, enfrentan un cierto nivel de riesgo materno. Las estadísticas indican que alrededor de 40% de todas las mujeres embarazadas tienen alguna complicación. Alrededor del 15% de las mujeres embarazadas necesitan atención obstétrica para manejar complicaciones potencialmente mortales para la madre o el bebé. Tales complicaciones son frecuentemente repentinas e imprevisibles.²

Aunque algunos sub-grupos de mujeres embarazadas pueden estar expuestos a un mayor riesgo materno que otras, es casi imposible predecir, caso por caso, quién desarrollará una complicación potencialmente mortal. En consecuencia, es de vital importancia que todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y que han dado a luz recientemente tengan acceso a servicios obstétricos básicos de alta calidad, sí se presenta y cuándo se presente la necesidad.

Revalorando el Enfoque de Riesgo

Los instrumentos empleados en la evaluación de riesgo generalmente comprenden el uso de una lista de factores de riesgo y algún sistema de calificación para separar a las mujeres en categorías de riesgo, típicamente “de alto riesgo” y de “bajo riesgo”, utilizando puntos de corte o umbrales.³ El análisis del riesgo suele realizarse durante la atención prenatal y comprende la detección de los primeros síntomas y el pronóstico de la posibilidad de complicaciones. El propósito del enfoque de riesgo es prever los problemas antes que ellos ocurran y poder tomar las medidas pertinentes.

Un análisis realizado en 1992 para el Programa de Investigación sobre Salud de la Madre y Maternidad sin Riesgo de la OMS, señaló que la evaluación de riesgo no sirve para asegurar el uso racional de servicios de salud materna ni para prevenir las muertes maternas.⁴ Las razones para esta conclusión incluyen:

- Muchos sistemas de evaluación de riesgo dependen de características socio-demográficas o físicas, tales como educación, edad, paridad y estatura, para clasificar a las mujeres como de “alto” o “bajo” riesgo. Sin embargo, estas características no son necesariamente indicativas de complicaciones obstétricas. Además, dependiendo de como se definan los parámetros (por ejemplo, edad de menos de 18 años, paridad de 4 o más), pueden llevar a identificar a una gran proporción de mujeres embarazadas como de alto riesgo.

De hecho, sin embargo, muchas de estas mujeres nunca manifiestan complicaciones (falsos positivos) y, una gran proporción de mujeres que desarrollaron complicaciones fueron inicialmente diagnosticadas como de “bajo riesgo” (falsos negativos). En otras palabras, la sensibilidad, la especificidad y el valor de predicción positivo de la evaluación de riesgo que usa esas características, son deficientes.^{1,5,6} El diagnóstico incompleto y el diagnóstico excesivo de las mujeres expuestas “a riesgo” tiene graves repercusiones tanto para las mujeres, que pueden dejar de recibir los servicios necesarios, como para los sistemas de salud que pueden gastar sus escasos recursos en intervenciones innecesarias.³

- Para que los sistemas de evaluación de riesgo sean efectivos, los factores de riesgo individual deben estar estrechamente

Todo Embarazo está Expuesto a Riesgo

relacionados con el objetivo y predecirlo — en este caso, las muertes maternas y la morbilidad grave. Algunos factores de riesgo están más estrechamente ligados a estos resultados, por ejemplo, una historia de complicaciones obstétricas (por ejemplo, incidentes de parto obstruido) y condiciones como hemorragia vaginal y presentaciones anormales. No obstante, estos factores de riesgo pueden no ser aplicables para todas las mujeres, o pueden ocurrir tan próximos al parto que no permiten realizar una intervención efectiva. Las categorías de riesgo, por consiguiente, se basan con mayor frecuencia en intuición clínica que en estudio científico.^{1,7}

- Una suposición fundamental de las estrategias de evaluación de riesgo es afirmar que un riesgo específico puede realmente ser definido (en este caso, riesgo materno) y que las personas pueden ser clasificadas en forma precisa en las categorías de alto o bajo riesgo. Sin embargo, el riesgo materno no es constante; una mujer puede pasar de bajo a alto riesgo o viceversa durante el embarazo y el postparto. También puede enfrentar diferentes riesgos en embarazos distintos. Además, no está nada claro en qué punto del continuo de riesgo, un embarazo de bajo riesgo se convierte en uno de alto riesgo.^{1,3}
- Aún si el análisis de riesgo fuera un instrumento eficaz para identificar a las mujeres que tienen mayor probabilidad de tener complicaciones, muchos sistemas de salud podrían no estar en capacidad de proveer una atención apropiada, bien sea porque los servicios y mecanismos de remisión son inadecuados o porque las mismas mujeres no están en capacidad de

tomar acciones apropiadas. Las mujeres no son receptoras pasivas de la clasificación del riesgo; en la decisión de adoptar o no las acciones recomendadas por los trabajadores de salud, pueden estar influenciadas por un número de factores que incluyen sus preferencias personales, dificultades financieras, limitaciones de tiempo o necesidad de obtener permiso de otros familiares.

- Los costos de la evaluación inadecuada de riesgo pueden ser considerables. Para las mujeres y sus familias, hay costos relacionados con el diagnóstico excesivo (falsos positivos), incluyendo los costos directos de tratamiento innecesario, costos de oportunidad por el tiempo empleado buscando servicios innecesarios y la carga psicológica de ser clasificada como de “alto riesgo”. El costo de un diagnóstico errado (falsos negativos) puede ser aún mayor — el tratamiento que se deja de dar puede causar la muerte.³ También están los costos para el sistema de salud: el tiempo invertido en aprender y en aplicar el instrumento de evaluación de riesgo y la sobrecarga de los servicios con casos de falsos positivos.¹

Papel de la Evaluación de Riesgo en la Atención Materna

Ciertos sub-grupos de mujeres embarazadas están en mayor riesgo de complicaciones obstétricas que otras. Sin embargo, como se explicó anteriormente, los sistemas de evaluación de riesgo no permiten determinar con precisión qué mujeres tendrán resultados negativos y en consecuencia no se tienen la posibilidad de prestar servicios eficaces o eficientes.¹ En ausencia de servicios capaces de proveer atención apropiada y efectiva, la evaluación del riesgo no es ética.³

La evaluación de riesgo puede llegar a convertirse en una barrera para la atención obstétrica básica de las mujeres que tienen complicaciones. Cuando una elevada proporción de mujeres de “alto riesgo” no presentan complicaciones y un gran número de mujeres de “bajo riesgo” sí las presentan, la credibilidad del trabajador de salud se ve seriamente comprometida. Como resultado, se puede dejar de remitir a la paciente a un servicio médico apropiado.^{5,6}

La salud de las mujeres de bajo riesgo también puede verse comprometida por esta clasificación. Es posible que las mujeres se sientan tranquilas por una falsa idea de seguridad y dejen de reconocer o responder a las complicaciones cuando se presenten. Los proveedores de salud también pueden ignorar signos tempranos de alerta debido a una tendencia general de confundir bajo riesgo, con no-riesgo.⁵

¿Qué se Puede Hacer?

En lugar de concentrarse en la clasificación de las mujeres como de “alto” o “bajo” riesgo, la atención prenatal debe incluir las siguientes funciones (además de la atención normal preventiva y curativa):

- Promover y facilitar el ingreso de todas las mujeres al sistema de atención de salud, asegurando que estos servicios sean brindados lo más cercano posible al lugar de residencia de las mujeres.
- Asegurar la continuidad de la atención a través de servicios integrados de salud reproductiva de alta calidad.
- Mejorar el bienestar general y la salud reproductiva de las mujeres a través del suministro de profilaxis (administración de toxoide tetánico, inmunizaciones, hierro, etc.), según proceda; así como detección y tratamiento de patologías existentes (por ejemplo, ETS) que contribuyen a una deficiente salud reproductiva.
- Educar a las mujeres y a sus familias acerca del riesgo de las complicaciones obstétricas que enfrentan todas las mujeres embarazadas y las púerperas y acerca de las acciones necesarias en caso de detectar signos de alerta tempranos.
- Identificar tempranamente y tratar adecuadamente las complicaciones obstétricas durante el embarazo, así como proveer cuidado apropiado para otras mujeres con necesidades especiales (adolescentes, nulíparas, etc.).
- Pronto remisión de las mujeres con complicaciones obstétricas durante el embarazo a atención médica adecuada, así como una efectiva motivación de las pacientes y sus familias para que acepten dicha remisiones y las ayuden a cumplir con lo prescrito.

No obstante, aún con la mejor atención prenatal, las mujeres mueren de complicaciones obstétricas si no existen servicios apropiados o no tienen acceso oportuno a estos servicios.

En consecuencia, para reducir la mortalidad materna significativamente, todas las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y las que han dado a luz recientemente deben tener acceso a atención obstétrica básica en caso de surgir complicaciones.⁶

- A nivel domiciliario o comunitario, esto significa partos higiénicos atendidos por parteras capacitadas; pronto reconocimiento de las complicaciones y remisiones apropiadas; y programas de transporte comunitario que permitan a las mujeres obtener los servicios oportunamente, cuando y en caso que la necesidad se presente.
- Los centros de salud y los partos domiciliarios deben ofrecer una atención obstétrica higiénica por personal calificado; deben reconocer las complicaciones sin demora y hacer las remisiones apropiadas; y deben poder estabilizar a una mujer que sufra complicaciones hasta tanto pueda ser trasladada sin riesgo, al siguiente nivel de atención.

Es indispensable tener un sistema funcional de comunicación y transporte entre todos los niveles del sistema de atención de salud, para la debida remisión de casos y el uso de servicios obstétricos.

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. B. Winikoff, “Maternal Risk”. Trabajo presentado en el Simposio de Berzelius, Estocolmo, Suecia, 1991.
2. M. Koblinsky, y colaboradores., “Mother and More: A Broader Perspective on Women’s Health”, en M. Koblinsky, y colaboradores, eds., *The Health of Women: A Global Perspective*. Westview Press, Oxford, 1993.
3. W. Graham, “Every Pregnancy Faces Risk”. Presentación en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo celebrada en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
4. C. Rooney, “Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It? A Review of the Evidence” (WHO/MSM/92.4). Organización Mundial

de la Salud, Ginebra, 1992.

5. E.A. Yuster, "Rethinking The Role of the Risk Approach and Antenatal Care in Maternal Mortality Reduction". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 50(2), 1995.

6. J.E. Rhodes, "Removing Risk from Safe Motherhood". *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 50(2), 1995.

7. "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services". UNICEF/OMS/FNUAP, 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaria.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaria, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998

Muchas mujeres y recién nacidos sufren complicaciones durante o inmediatamente después del parto que son difíciles de prever y requieren los servicios de una persona calificada para su debido tratamiento. Las personas calificadas están entrenadas para atender los partos no complicados con seguridad, reconocer las complicaciones, tratar las que puedan y remitir a las mujeres a los centros de salud o a los hospitales cuando se necesite atención más compleja. En 1996, solo el 53% de los partos en los países en desarrollo fueron atendidos por personas calificadas.¹ En muchos países y en la mayoría de las zonas rurales hay una grave escasez de personas calificadas para prestar atención obstétrica, especialmente de parteras. Los estudios indican que la presencia de personas calificadas durante el parto es una de las intervenciones claves para reducir la mortalidad materna y perinatal.² Para poder ofrecer los servicios de personas calificadas en todos los nacimientos, se necesitan programas de capacitación, supervisión y asignación.

Asegurar la Atención del Parto por una Persona Calificada

Parteras Tradicionales

Las parteras tradicionales tienen un importante papel de apoyo a la mujer durante el parto, pero generalmente no están capacitadas para tratar las complicaciones. La mayoría de las “parteras tradicionales capacitadas” han tenido un mes o menos de adiestramiento y, por ende, no son definidas como personas calificadas.⁴ En estudios realizados en África y Asia se ha encontrado que la capacitación de parteras tradicionales, en ausencia de apoyo calificado, no reduce el riesgo de muerte de la mujer durante el parto.⁵

Sin embargo, las parteras tradicionales pueden ayudar a reducir el número de muertes y la discapacidad del recién nacido y juegan un papel importante en dar asistencia a las mujeres durante el parto. Estas parteras pueden ofrecer a las mujeres embarazadas mucho más apoyo moral y emocional necesario, así como información y orientación. Muchas mujeres recurren a las parteras tradicionales debido a que los médicos y parteras calificadas no están disponibles o son demasiado costosos, o porque las parteras tradicionales son vecinas o amigas que conocen las costumbres locales y respetan las necesidades de las mujeres.

Por lo general, se reconoce que en lugares donde el empleo de los servicios de las parteras tradicionales está profundamente arraigado en las costumbres locales, conviene:

- capacitar a las parteras tradicionales para evitar prácticas perjudiciales durante el parto, reconocer las señales de peligro y remitir los casos complicados a un nivel de atención superior;

- establecer o fortalecer los vínculos entre las parteras tradicionales y el sistema formal de atención de salud materna para fomentar la supervisión y vigilancia adecuadas; y

- asegurar que los centros de salud y los hospitales acepten los casos remitidos por las parteras tradicionales.

A pesar de todo, las parteras tradicionales no sustituyen a las personas calificadas. Inversiones a largo plazo deben hacerse para tener un número suficiente de personal calificado, principalmente de parteras, para atender las necesidades de las mujeres.⁶

¿Qué es una Persona Calificada?

La Organización Mundial de la Salud define como personas calificadas para prestar atención obstétrica a las parteras capacitadas, las enfermeras, las enfermeras/parteras o los médicos que han completado un determinado curso de estudio y están registrados o legalmente autorizados para ejercer su profesión.³ Las parteras tradicionales, incluso las que han sido capacitadas, no son definidas por la Organización Mundial de la Salud como personal calificado (véase el recuadro).

La persona más apropiada para atender a una mujer embarazada es alguien con conocimientos prácticos de atención de partos que viva cerca de la comunidad. Las personas adiestradas en atención de partos están calificadas para ofrecer atención preventiva a las mujeres embarazadas, detectar cualquier condición anormal de las madres y los bebés, ayudar a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto y recetar medicamentos esenciales. Cuando surgen complicaciones, quienes prestan atención de parto, especialmente a nivel comunal, deben poder

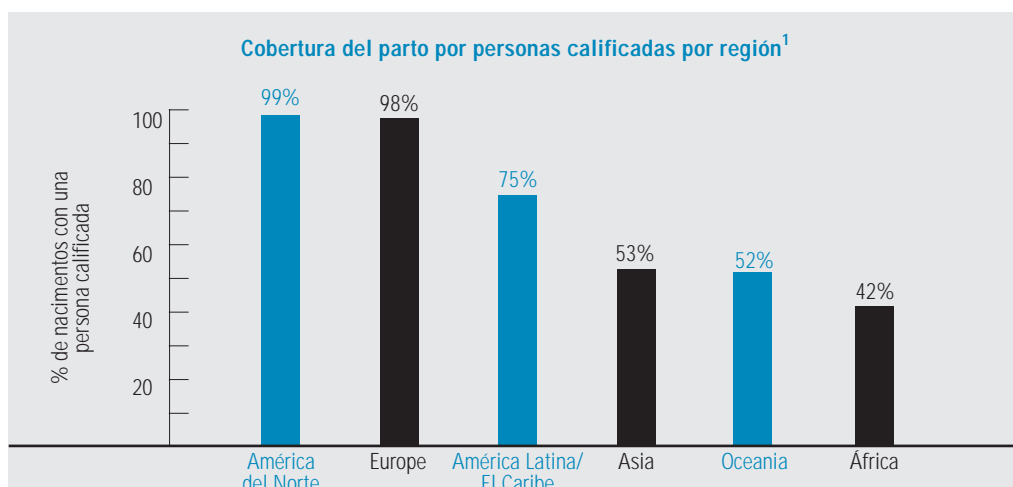
enfrentar medidas de urgencia si no hay ayuda médica y conseguir asistencia médica o remitir a las mujeres a un establecimiento de salud apropiado.³

Los trabajadores de salud con conocimientos prácticos de atención de parto también pueden ofrecer apoyo social y psicológico a mujeres primíparas y madres primerizas; enseñanzas sobre el embarazo, el parto y el cuidado del infante, a las familias y a las comunidades; y liderazgo en administración, dirección e investigación.⁷

Los Partos sin Atención son Todavía Muy Comunes

En los países en desarrollo 60 millones de partos ocurren anualmente, en los cuales la mujer es atendida sólo por una partera tradicional, un familiar o no tiene asistencia.¹ En el mundo desarrollado, la atención del parto por personal calificado es casi universal.

Existen enormes disparidades dentro de las regiones. En África Meridional, casi 80% de las mujeres son atendidas por una persona calificada durante el parto; en el resto de África la tasa es cercana al 40%.



Capacitación y Supervisión Inadecuadas

Los currículos actualmente empleados para la enseñanza de la atención de parto, tanto para parteras como para médicos, suelen estar desactualizados y no contienen información sobre nuevas técnicas e investigaciones. Muchos currículos se han adaptado de modelos utilizados en países desarrollados y, por lo tanto, no reflejan la realidad de las condiciones de trabajo en países en desarrollo - los recursos que tienen (o de los que carecen) y las complicaciones que afrontan.⁷ Esos currículos no suelen basarse ni en la comunidad ni en el ejercicio profesional.

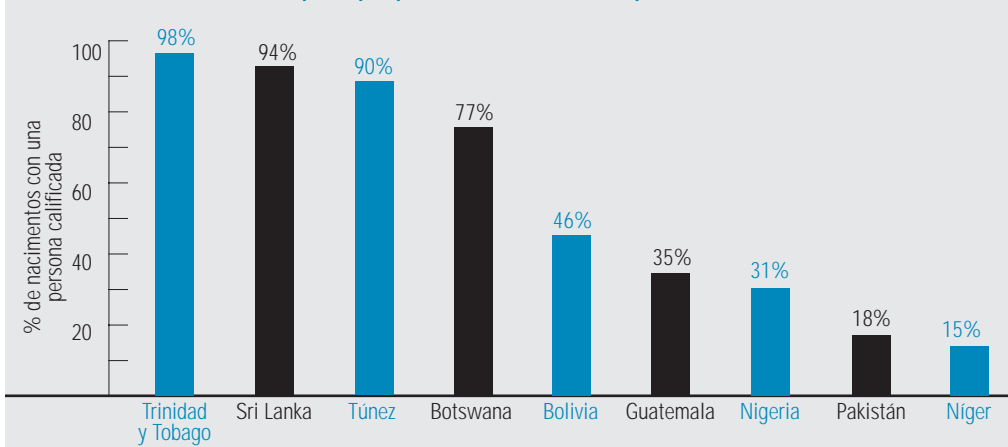
Los sistemas de supervisión de los trabajadores de salud y los cursos de actualización en planificación familiar y salud materna suelen ser inadecuados.⁷ En Uganda, se observó en un estudio que solo 28% de las parteras habían asistido a cursos de actualización en el momento del estudio.¹¹

Pocos trabajadores de salud, incluyendo médicos y parteras, reciben capacitación en las destrezas necesarias para tratar mujeres que sufren urgencias obstétricas (y salvarles la vida). Los ejemplos de estas destrezas, llamadas aptitudes para salvar la vida o aptitudes ampliadas de atención de parto, incluyen: prevención y tratamiento de hemorragias; extracción al vacío; prevención y manejo de choque; prevención y tratamiento de la sepsis; prevención y tratamiento de la eclampsia; vigilancia del trabajo de parto; reanimación del recién nacido y tratamiento de las complicaciones del aborto.

Los programas de capacitación deben incluir diferentes componentes de estas aptitudes en el entrenamiento de pre-consulta y en la atención misma, dependiendo de las necesidades y las regulaciones locales. El apoyo activo y la participación de varios grupos profesionales, incluyendo obstetras, son decisivos para el éxito de la capacitación en estas destrezas y para la constante disponibilidad de atención obstétrica que salve vidas.¹²

Además de competencia clínica y epidemiológica, el personal que trabaja en atención de parto necesita capacitación en sistemas de creencias tradicionales, consejería, comunicación y organización

Cobertura del parto por personas calificadas en países seleccionados ¹



En Asia Central y Meridional, solo 34% de las mujeres dan a luz con asistencia de una persona calificada en comparación con casi 70% en Asia Occidental y casi 90% en Asia Oriental.¹

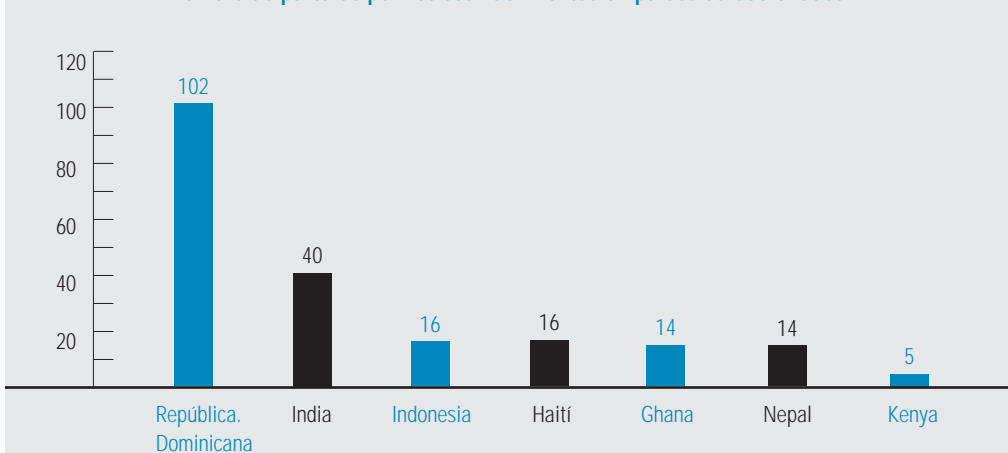
Personal Calificado: No Suficientes para Atender las Necesidades y no se Encuentran en los Lugares Apropiadados

Los médicos desempeñan un papel importante en la atención de salud materna, como clínicos, capacitadores y administradores. Sin embargo, en la mayoría de los países, no pueden ni deben ser los únicos

mundo en desarrollo, y es mucho más agudo en las zonas rurales. En partes de Asia y África puede haber solo una partera por cada 300.000 personas, lo que significa una por cada 15.000 nacimientos.⁷

Casi todas las parteras trabajan en los hospitales y, por consiguiente, viven y ejercen en las zonas urbanas, en las capitales nacionales y regionales o en sus alrededores. En Kenya, por ejemplo, 56% de los trabajadores de salud, incluyendo enfermeras/parteras, están en las áreas urbanas y de ellas 25% sólo en Nairobi.⁹ En Uganda, solo 30% de las unidades de salud de las zonas rurales ofrecen servicios de atención obstétrica y se

Número de parteras por 100.000 nacimientos en países seleccionados ⁸



proveedores de atención de urgencias obstétricas, ya que su número es pequeño, sus servicios tienen alta demanda y la mayoría vive y trabaja en zonas urbanas.

Una escasez crónica de personal calificado para atender partos persiste en todo el

necesitarían otros 7.000 profesionales a nivel del personal para alcanzar la relación personal-paciente recomendada en estas instituciones ¹⁰.

comunitaria, de las que carecen muchas personas.⁷ Los médicos, especialmente quienes trabajan a nivel de distritos frecuentemente son responsables de atención clínica, entrenamiento, supervisión y administración; pero pocos están debidamente preparados para desempeñar estas funciones durante la capacitación anterior al servicio.¹²

¿Qué se Puede Hacer?

A nivel de políticas: Los gobiernos necesitan promover la capacitación de más personal con conocimientos prácticos de atención de parto, y lanzar programas integrales de capacitación si aún no los hay. Quizás sea necesario actualizar los programas existentes en coordinación con las parteras para poder atender mejor las necesidades de las mujeres.¹¹

Las personas encargadas de elaborar los políticos, los médicos, las parteras, las enfermeras y los representantes de la comunidad deben trabajar juntos para acordar cuales intervenciones que las parteras, las enfermeras y los médicos de la comunidad esten autorizados a realizar. Tambien deben crear un ambiente de apoyo que permita a los trabajadores de la salud brindar por lo menos parte de la atención obstétrica esencial.¹¹

■ *En Lesotho, la preparación de protocolos nacionales de atención de parto fue realizada por parteras que trabajaban con obstetras.*¹¹

■ *En Indonesia, miles de parteras capacitadas en técnicas para salvar la vida prestan ahora atención obstétrica de urgencia.*¹³

Los gobiernos deben examinar y hacer enmiendas a la legislación para promover el papel de parteras, enfermeras y médicos de la comunidad, especialmente para realizar intervenciones que salven la vida y recetar medicamentos.¹¹

A nivel de programas: Es preciso capacitar más personal con conocimientos prácticos de atención de parto para atender las necesidades existentes y asignarlo a regiones con servicios deficientes, particularmente en áreas pobres y rurales.¹¹

■ *En Zimbabwe, donde más de 30% de los partos no tienen atención calificada, el gobierno ha lanzado un programa*

*nacional para aumentar el número de enfermeras capacitadas en atención de parto a un 50- 60% en áreas rurales.*⁵

■ *En Turquía, las “acasas de salud”, el nivel más bajo del sistema de servicios de salud, tienen todas por lo menos una partera que atiende a una población de 2.000 a 3.000 personas.*¹⁴

La capacitación estandarizada que permita adquirir conocimientos prácticos esenciales de atención de partos es vital para asegurar un mayor acceso a una atención de buena calidad. Es preciso establecer sistemas de supervisión y apoyo de las personas calificadas para atender el parto, incluyendo un mejor servicio de remisión y tratamiento de urgencias y mantenimiento de normas y competencias a través de auditorias y educación continuada. El personal de salud dedicado a la atención de partos, en particular necesita estar en capacidad de manejar las complicaciones potencialmente mortales; los programas de capacitación antes del servicio y en servicio necesitan incorporar estas habilidades a través de cursos basados en la práctica y grado de competencia.

Los protocolos escritos que definen claramente los pasos para el tratamiento de rutina y el manejo de complicaciones son invaluable como base para la capacitación y supervisión.^{7, 11}

■ *En Ghana, el Ministerio de Salud ha preparado protocolos de tratamiento clínico para reconocer y tratar las complicaciones del embarazo en todos los niveles del sistema de salud. En el manual diseñado para parteras, enfermeras, médicos y trabajadores de salud pública se establecen normas para la prestación de atención prenatal, parto supervisado, atención postparto, planificación familiar y tratamiento de las complicaciones del aborto.*¹⁵

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. “Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information. Fourth Edition”. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

2. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.

3. OMS/FIGO/International Confederation of Midwives, “Definition of the Midwife”, 1992.

4. OMS/FNUAP/UNICEF, “Definition of Traditional Birth Attendant”, declaración conjunta, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

5. A. Tinker and M. Koblinsky, *Making Motherhood Safe.* Banco Mundial, Washington, DC, 1993.

6. *Support to Traditional Birth Attendants: Evaluation Report.* FNUAP, Nueva York, 1997.

7. “Midwifery Education: Action for Safe Motherhood, Report of a Collaborative Pre-Congress Workshop”, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, octubre de 1990.

8. J. Fortney, “Ensuring Skilled Attendance at Delivery: The Role of TBAs”. Family Health International, Research Triangle, NC, 1997.

9. W. Graham and S. Murray, “A Question of Survival? Review of Safe Motherhood”. Ministerio de Salud, Kenya, 1997.

10. *Uganda: Programme Review and Strategy Development Report.* FNUAP, Nueva York, 1994.

11. “Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/OMS/UNICEF pre-Congress Workshop”, mayo de 1996. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

12. Recomendaciones de los grupos de trabajo sobre “Life-Saving Skills: Content and Program Experience” and “Roles and Responsibilities of Physicians”. Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo celebrada en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

13. S. Buffington, “Life Saving Skills Manual for Midwives”, Third Edition. American College of Nurse-Midwives, Washington, DC, en prensa.

14. *Turkey: Programme Review and Strategy Development Report.* FNUAP, Nueva York, 1995.

15. “Clinical Management Protocol on Safe Motherhood,” Ministerio de Salud, Accra, Ghana, septiembre de 1994.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.*

Teléfono: (212)941-5300

Fax: (212)941-5563

Correo electrónico: smi10@familycareintl.org

Página Web: www.safemotherhood.org

Cada año más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas, y al menos 15% pueden sufrir complicaciones que requieran atención obstétrica calificada para prevenir la muerte o problemas graves de salud.¹ Todas las mujeres, independientemente que sus embarazos se compliquen o no, necesitan contar con servicios de atención materna de calidad durante el embarazo, el parto y en el postparto para asegurar su salud y la de sus hijos. Servicios de salud materna de alta calidad deben ser accesibles, asequibles, efectivos, apropiados y aceptables para las mujeres que los necesitan.²

Cada vez es mayor la preocupación por la calidad de atención en el campo de la salud reproductiva y significativos esfuerzos se han realizado para definir criterios y desarrollar metodologías para evaluar la calidad de los servicios de atención materna. Los principales factores determinantes de la calidad incluyen la competencia técnica de los proveedores de los servicios, las habilidades interpersonales, la disponibilidad de suministros y equipos básicos, la calidad de las instalaciones y la infraestructura física, los vínculos con otros servicios de salud y la existencia de un sistema funcional de referencia. Los servicios de salud materna de alta calidad deben ser parte de un sistema general de atención que va desde el período previo al embarazo al período postparto, en el cual las mujeres y los proveedores de los servicios son socios en la atención.³

¿En Qué Consiste la Calidad de la Atención?

Servicios de atención en salud materna de buena calidad son aquellos que satisfacen los siguientes criterios:¹

- son accesibles y están disponibles tan cerca como sea posible al lugar de residencia de las mujeres y en el menor nivel de atención, que estén en condiciones de proveer los servicios en forma segura y eficaz;
- son aceptables para las usuarias potenciales y responden a las normas culturales y sociales, tales como preferencias por la privacidad, confidencialidad y atención a cargo de mujeres trabajadoras de salud;
- cuentan con todos los suministros y equipos necesarios;
- proporcionan atención integral y vínculos con otros servicios de salud reproductiva;
- proporcionan continuidad en la atención y el seguimiento;
- cuentan con proveedores de atención de la salud técnicamente competentes quienes se guían por lineamientos y protocolos claros de atención;
- cuentan con trabajadores que prestan atención respetuosa e imparcial que responde a las necesidades de las mujeres;
- proveen información y asesoramiento a sus clientes acerca de su salud y de sus necesidades en salud;
- involucran a sus clientes en el proceso de toma de decisiones, y consideran a sus clientes como socios en la atención de la salud y participantes activos en la protección de su propia salud; y
- ofrecen apoyo económico y social a los

proveedores de servicios de atención de la salud que les permite llevar a cabo sus tareas en la forma más eficiente posible.

La atención materna de alta calidad puede proveerse en una diversidad de entornos, y no se refiere solamente al tratamiento que se ofrece en los hospitales. Una atención de alta calidad debe asegurarse en cualquier entorno en el que se provea la atención materna: el hogar, centros de salud urbanos o rurales, o en los hospitales bien equipados de las grandes ciudades.⁴ Con el fin de asegurar una alta calidad, los servicios de salud materna deben evaluarse en intervalos regulares, tanto desde la perspectiva de los proveedores como de los clientes, y mejorarse cuando sea necesario.⁵

¿Por Qué es Importante la Calidad de la Atención?

Los servicios de buena calidad son costo-efectivos: satisfaciendo sin demoras las necesidades de salud de las mujeres, los sistemas de salud evitan la necesidad de proveer una atención más intensiva (y más costosa) en una etapa posterior.⁶

Los servicios de buena calidad son equitativos: los sistemas de salud tienen la obligación de proveer atención de la más alta calidad posible dentro de los parámetros de los recursos existentes a todos los que necesitan, independientemente de sus antecedentes sociales, económicos o culturales.

Los servicios de buena calidad son efectivos: cuando el personal calificado trabaja con recursos adecuados, puede manejar en forma más efectiva los problemas de salud, reduciendo los casos fatales. Además, cuando los servicios son apreciados y valorados por los miembros de la comunidad, es más probable que sean utilizados en forma oportuna,

Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Materna

Elementos de los Servicios de Salud Materna

Atención prenatal: la Organización Mundial de la Salud recomienda que las mujeres embarazadas realicen cuatro visitas prenatales para:

- promoción de la salud: asesoramiento sobre nutrición y atención de la salud, así como consejería para alertar a las mujeres acerca de las señales de peligro y ayudarles a prepararse para el parto;
- evaluación: historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio;
- prevención: detección temprana y manejo de complicaciones y, cuando sea necesario, prevención de malaria, anquilostoma y tétano, y
- tratamiento: manejo de enfermedades de transmisión sexual, anemia u otras condiciones.

Atención del parto: la OMS recomienda que en todos los partos intervenga un asistente calificado que pueda:

- proporcionar atención permanente de buena calidad que sea higiénica, segura y compasiva;
- reconocer y manejar complicaciones, incluyendo medidas destinadas a salvar la vida de la madre y el bebé, y
- referir en forma rápida y segura cuando se necesita atención de mayor nivel.

Atención post-parto: la OMS recomienda una atención post-parto integral que incluya:

- identificación y manejo de problemas en la madre y el recién nacido;
- consejería, información y servicios de planificación familiar, y
- promoción de la salud para el recién nacido y la madre, incluyendo vacunas, orientación sobre lactancia y práctica de sexo seguro.

reduciendo la necesidad de intervenciones de emergencia y contribuyendo a prevenir la sobrecarga de los servicios de referencia.

La buena calidad de los servicios incrementa la moral del personal: los trabajadores de salud probablemente tendrán una actitud más positiva hacia su trabajo y llevarán a cabo una mejor tarea cuando cuenten con el apoyo y los recursos que necesitan para proporcionar servicios esenciales, y cuando su labor sea valorada por la comunidad.⁶

Los servicios de buena calidad salvan las vidas de las mujeres: un estudio realizado en Egipto encontró que el 92% de las 718 muertes maternas podrían haberse evitado si se hubiera suministrado servicios básicos de atención materna.⁷

¿Qué Contribuye a la Calidad Deficiente de los Servicios de Salud Materna?

Las barreras más comunes que contribuyen a una pobre calidad de atención incluyen: atención deficiente, falta de medicamentos y suministros, demora en la referencia y deficiente interacción entre los clientes y los proveedores de los servicios de salud.

Atención deficiente: la falta de cumplimiento con las normas definidas son generalmente la causa de la atención deficiente. Con frecuencia el personal está sobrecargado de trabajo y no está suficientemente supervisado ni remunerado; muchos no han recibido suficiente capacitación o cursos de actualización para mejorar sus conocimientos.² La deficiente calidad también puede deberse a una falta de respeto por las necesidades de las usuarias: horarios inconvenientes, servicios organizados con cronogramas fijos o rígidos y regulaciones sobre quién puede acompañar a la mujer a los servicios de salud.⁸

Escasez de suministros y problemas de infraestructura: muchos servicios carecen de los equipos y suministros básicos. Los miembros de la familia que llevan a una mujer en trabajo de parto a un hospital pueden verse obligados a comprar medicamentos y suministros esenciales en farmacias externas, lo que ocasiona demoras e incrementa el costo de los servicios.^{9, 10, 11} En algunos casos, las demoras pueden contribuir a la muerte de la mujer. La falta de suministros también puede causar frustración entre los trabajadores de salud, afectando su interacción con los pacientes que solicitan atención.¹⁰

Demora en la referencia: la demora en referir a las mujeres desde los centros de salud comunitaria a los hospitales es uno de los factores más importantes — y evitables — que impiden que las mujeres reciban la atención que podría salvarles la vida.² El personal de los servicios comunitarios puede no reconocer la gravedad del problema. Incluso si lo hacen, muchos centros de salud rurales carecen de medios (teléfono o radio) para comunicarse con instalaciones que ofrecen una atención más avanzada, o de sistemas para transportar a las mujeres a tales servicios.¹²

Un estudio realizado en Masavingo, Zimbabue, encontró que los factores evitables dentro del sistema de salud — atención deficiente — contribuyó en una proporción significativa a las muertes maternas. Entre las principales causas figuraban: fallas en la identificación de mujeres en condiciones severas, incluyendo complicaciones postaborto y sepsis, y en referirlas para tratamiento a servicios de mayor nivel de atención en el sistema de salud.¹³

Interacción entre los clientes y los proveedores: diversos estudios han encontrado que con frecuencia los trabajadores de salud tratan a las mujeres en forma insensible, prestan inadecuada atención a sus preocupaciones y las tratan en forma descortés, especialmente cuando acuden tarde al tratamiento o no cumplen con las instrucciones médicas. Las mujeres pobres sin educación formal son las que con más frecuencia reciben un trato deficiente por parte de los profesionales de la salud.⁸ Sin embargo, una interacción positiva entre las mujeres y los proveedores de la atención de la salud puede contribuir a la confianza y el cumplimiento por parte de los clientes.

La calidad de la atención puede ser percibida en forma diferente por los clientes y los proveedores: mientras éstos pueden estar ansiosos en procurar una correcta atención desde el punto de vista técnico, los clientes pueden estar más preocupados por aspectos tales como la posición del feto y el apoyo social. Ambos enfoques deben reconciliarse en la búsqueda de una atención de calidad.

Un Tema Emergente: La Medicalización Excesiva

En algunos países en desarrollo hay una creciente tendencia hacia la medicalización en la atención de la salud materna a través de

modelos especializados, generalmente basados en la tecnología. Prácticas tales como afeitar la zona púbica, administrar enemas, vigilancia fetal electrónica de rutina, episiotomías de rutina e inducción del parto pueden contribuir a la medicalización excesiva. La utilización extrema de procedimientos invasivos puede no ser apropiada para muchas mujeres, y puede crear barreras entre los clientes y los proveedores, que desmotivan a las mujeres a utilizar servicios formales de salud.¹⁰

La aplicación excesiva de procedimientos médicos también puede conducir a elevadas tasas de cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos innecesarios durante el embarazo y el parto.¹⁴ En Bangkok, por ejemplo, la tasa de cesáreas era del 26% en un hospital universitario y del 45% en un hospital privado, comparada con la norma de la OMS del 5% al 15% de todos los partos.¹⁵

En muchos países, los hospitales reciben la mayor parte del presupuesto para gastos en salud pública; la atención de la salud se concentra en la curación de enfermedades y tiende a ser costosa. Este énfasis en modelos de atención hospitalaria puede contribuir a generar grandes desigualdades en la calidad de la atención que reciben las mujeres. Cuando los gobiernos invierten en la provisión de servicios técnicos avanzados en los principales hospitales en beneficio de un reducido número de pacientes privilegiados, quedan menos recursos disponibles para proveer atención de buena calidad en los centros de salud que atienden a la mayoría de la población.¹⁴ Cuidado preventivo, incluyendo atención prenatal y planificación familiar, quedan sin recursos suficientes.

¿Qué se Puede Hacer?

Mejorar la calidad de los servicios de atención en salud materna no requiere que los servicios se provean sólo a través de instalaciones de salud sofisticadas. Si bien es esencial contar con un sistema funcional de referencia para asegurar que los casos de emergencia se remitan a instalaciones con capacidad para atenderlos, servicios básicos de buena calidad pueden ser suministrados a través de modelos comunitarios. Estos pueden incluir la utilización de asistentes capacitados en atención de partos en el hogar o en unidades o centros de salud que ofrecen atención obstétrica básica esencial. De hecho, puede resultar preferible un modelo comunitario,

puesto que probablemente es más accesible en términos de distancia y costo para un mayor número de personas, especialmente en zonas rurales.⁴

Las políticas y las medidas programáticas incluyen:

La descentralización de los servicios: Los servicios de salud materna deben estar ubicados lo más cerca posible de los hogares de las usuarias. Para que este hecho se convierta en realidad, los servicios deben contar con suministros y equipos; el personal debe estar capacitado, y las políticas y los protocolos de servicio escritos deben determinar claramente cuáles procedimientos obstétricos pueden ser llevados a cabo por las diferentes categorías de personal en los diversos niveles del sistema de salud.¹

■ *En Bangladesh, un programa de colaboración vincula once hospitales de distrito con los departamentos de obstetricia y ginecología de once escuelas de medicina. El programa hace énfasis en la descentralización de la atención obstétrica mejorando las habilidades y las instalaciones, desarrollando protocolos clínicos y movilizándolo a las comunidades.*¹⁶

Desarrollo y uso de protocolos para el manejo de complicaciones obstétricas: Los protocolos escritos para la provisión de atención materna de rutina y para el manejo de complicaciones obstétricas proporcionan orientaciones esenciales al personal de salud, y constituyen instrumentos útiles de adiestramiento y supervisión. Los protocolos — y adiestramiento en su uso — deben abarcar comunicación interpersonal y consejería así como procedimientos clínicos.

■ *En Guatemala se elaboraron protocolos para que los hospitales regionales y departamentales mantuvieran niveles óptimos de atención para pacientes en las clínicas de consulta externa, en los pabellones de trabajo de parto y parto, y en aquellos hospitales que tienen atención postparto.*¹⁷

■ *En Ghana, el Ministerio de Salud ha preparado protocolos de manejo clínico para identificar y tratar complicaciones relacionadas con el embarazo en todos los niveles del sistema de salud. Los protocolos también establecen normas para la provisión de atención prenatal, partos supervisados, atención postparto, planificación familiar y manejo de complicaciones del aborto.*¹⁸

Fijación de normas y sistemas de supervisión: Los equipos de proveedores de servicios deben fijar normas para la provisión, el manejo y la supervisión de los mismos, en colaboración con los representantes de los clientes, las asociaciones profesionales, los organismos gubernamentales y las instituciones de capacitación. Las normas deben abarcar aspectos de satisfacción de los clientes, competencia de los proveedores, consentimiento informado de las pacientes, uso apropiado de tecnologías, disponibilidad de suministros y equipos médicos, y adiestramiento/certificación de proveedores. Las normas de prestación de los servicios deben hacerse conocer de todos los clientes y los proveedores, y usarse en la vigilancia regular de la provisión de los servicios.

Mejoramiento de la capacitación y actualización de las destrezas de los proveedores: La capacitación — tanto en servicio como pre-servicio — y la supervisión de los trabajadores de salud debe abarcar habilidades clínicas, de gestión y de supervisión, así como la capacidad de comunicación interpersonal. El adiestramiento debe basarse en la competencia (concentrándose en asegurar que los proveedores de servicios de salud puedan llevar a cabo los procedimientos contemplados en el adiestramiento) y diseñarse de acuerdo con las necesidades tanto de los clientes como de los proveedores de servicios de salud.

■ *En Sudáfrica, los proveedores de salud formularon un conjunto de recomendaciones para mejorar los servicios, como incluir una mayor capacitación del personal, la provisión de una gama más amplia de servicios, asegurar suministros adecuados en todas las instalaciones y atender equitativamente a todos los pacientes.*¹⁹

Mejoramiento de la infraestructura y actualización de las instalaciones: Con inversiones relativamente pequeñas, muchos centros de salud pueden actualizar su infraestructura física con el fin de satisfacer normas mínimas. Dependiendo del tipo de instalaciones, los cambios pueden incluir asegurar la calidad del suministro de agua y electricidad, la construcción o el mejoramiento de las salas de espera, y el mejoramiento de los quirófanos.

■ *En un hospital de Makemí, Sierra Leona, se instaló un generador y un banco de sangre y se actualizó un quirófano no utilizado. También se proveyeron medicamentos y*

*suministros a través de un fondo rotatorio, con una inversión de menos de US\$40.000. El número de mujeres atendidas por complicaciones obstétricas se incrementó más de un 200%, y la tasa de mortalidad entre las mismas disminuyó del 32% al 5%.*²⁰

Desarrollo y utilización de mecanismos para mejorar la calidad de la atención: Se ha desarrollado y probado una amplia gama de instrumentos y herramientas para mejorar la calidad de la atención, que incluyen, entre otros, los siguientes.

■ *Registros maternos domiciliarios:* en la mayoría de los sistemas de salud, los centros de salud a nivel local mantienen información sobre los antecedentes obstétricos y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, cuando una mujer se traslada a otra región, los nuevos proveedores de atención de la salud no cuentan con esa información. El mantenimiento de esta información en el hogar por parte de las mujeres ofrece varias ventajas: permite contar con un panorama más amplio de su salud general y reproductiva; asegura que la información esté disponible aunque la mujer se traslade a otra zona; estimula la continuidad de la atención en los períodos prenatal, de parto y postparto, y permite a las mujeres tener una mejor comprensión y asumir el control de su propia salud.²¹

■ *Partógrafos:* El partógrafo es una herramienta que puede ser utilizada por parteras para evaluar el progreso del trabajo de parto e identificar cuando la intervención es necesaria. Estudios realizados han demostrado que puede resultar sumamente efectivo para reducir las complicaciones de un trabajo de parto demasiado prolongado.²²

■ *Revisión y auditoría de los casos de muertes maternas:* Muchos sistemas de salud cuentan con mecanismos para examinar todos o algunos casos de muertes maternas que ocurren en un servicio de salud. Un equipo, generalmente integrado por personal del centro, analiza las causas y las circunstancias que rodean la muerte. El examen se concentra en la identificación de aquellos factores que pudieron evitarse, y no en la atribución de culpas. Los resultados pueden ser utilizados para ayudar a identificar cambios (como adiestramiento, mecanismos para fortalecer el sistema de referencias, etc.) que podrían ayudar a mejorar la calidad de la atención y

reducir el riesgo de muertes maternas en ese centro. Cuando tales análisis involucran a miembros de la comunidad, también pueden identificarse las barreras locales a la utilización de los servicios de salud.²³

Establecimiento o fortalecimiento de los sistemas de referencia: Un sistema funcional de referencia, respaldado por medios confiables de transporte, comunicación y, dependiendo del contexto local, casas de espera de la maternidad, es esencial para asegurar que las mujeres con complicaciones sean llevadas rápidamente a un servicio de salud capaz de proveer atención apropiada. Los mecanismos de referencia deben vincular todos los niveles: hogar comunidad, centros de salud, y hospitales de distrito y/o regionales.

■ *En China existe desde hace décadas un sistema integral de referencia. Los asistentes rurales están vinculados con los centros de salud de las ciudades y del condado los cuales, a su vez están vinculados con los servicios municipales, provinciales y nacionales especializados en salud materno-infantil y con los centros de investigación.*⁴

Establecimiento o fortalecimiento de mecanismos para evaluar la calidad de los servicios, incorporando las perspectivas tanto de los clientes como de los proveedores: La calidad de los servicios debe evaluarse regularmente desde la perspectiva de los clientes. ¿Satisfacen los servicios las necesidades de las mujeres? ¿Se prestan con esmero? ¿Son accesibles y a costos razonables? Los proveedores deben estar conscientes del valor que tiene escuchar a sus clientes, y necesitan estar en condiciones de crear un entorno favorable en el cual los clientes estén suficientemente informados, confiados y estimulados a expresar sus opiniones.

■ *En 1986, Malasia inició un sistema de garantía de la calidad de la atención hospitalaria. Los hospitales se dividen en dos categorías — los que cuentan con especialistas y los que no cuentan con ellos — y se comparan en base a un conjunto de indicadores clínicos. En aquellos cuyo rendimiento es deficiente, se requiere investigar las razones de esa deficiencia y adoptar medidas tendientes a mejorar el servicio. El efecto de estas medidas sobre la calidad de la atención es vigilado por el Estado y comités nacionales de garantía de la calidad.*⁴

Nota:

En este hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.
2. W. Graham y S. Murray, "A Question of Survival? Review of Safe Motherhood". Ministerio de Salud, Kenya, 1997.
3. "Quality of Care: Doing Things the Right Way", *Safe Motherhood Newsletter*, No. 17. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, marzo-junio de 1995.
4. M. Koblinsky, O. Campbell y J. Heichelheim, "Quality of Care: What Does It Mean for Safe Motherhood?". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
5. "Midwifery Practice: Measuring, Developing and Mobilising Quality Care". Informe de un taller de trabajo en colaboración entre OMS/ICM/UNICEF anterior al Congreso, Vancouver, Canadá, 7-8 de mayo de 1993, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
6. L. D. Brown y colaboradores, "Quality Assurance of Health Care in Developing Countries", *The Quality Assurance Project*, Centre for Human Services, Bethesda, Maryland, sin fecha.
7. M. Kassas y colaboradores, "The National Maternal Mortality Study of Egypt 1992-1993". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 50 (Suplemento 2), octubre de 1995.
8. C. AbouZahr, C. Vlassoff y A. Kumar, "Quality Health for Women: A Global Challenge". *Health Care for Women International*, vol. 17, 1996.
9. S. Thaddeus y D. Maine, "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context". *Social Science Medicine*, vol. 38, No.8, 1994.
10. J. Leslie y G. R. Gupta, "Utilization of Formal Services for Maternal Nutrition and Health Care". International Center for Research on Women, Washington, D.C., febrero de 1989.
11. Prevention of Maternal Mortality Network (PMM), "Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities of West Africa". *Studies in Family Planning*, Vol. 23, No. 5, septiembre-octubre de 1992.
12. O. Campbell, M. Koblinsky y P. Taylor, "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Mortality and Services". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, No. 48 (Suplemento), junio de 1995.
13. S. Fawcus y colaboradores, "A Community-based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe". *Studies in Family Planning*, Vol. 27, No. 6, noviembre-diciembre de 1996.
14. B. Chalmers, "Overmedicalisation and Appropriate Technologies". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
15. Borrador del Informe sobre "Birth Without Borders: 1st ASEAN International Conference on

Childbirth in the 90's". Chiang Mai, Tailandia, febrero-marzo de 1997.

16. "Progress on Maternal Mortality", UNICEF, Nueva York, julio de 1996 (documento inédito).
17. "Obstetric Management Protocols for Regional-Departmental Hospitals". Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá y Hospital General de Occidente San Juan de Dios, Guatemala, 1993.
18. "Clinical Management Protocol on Safe Motherhood", Ministerio de Salud, Accra, Ghana, septiembre de 1994.
19. S. Fonn, "Empower Women, Ensure Choices: South African Case Study". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
20. B. Leigh et al., "Improving Emergency Obstetric Care at a District Hospital, Makeni, Sierra Leone". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 59 (Suppl.2), noviembre de 1997.
21. "Home-based Maternal Records: Guidelines for Development, Adaptation and Evaluation". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.
22. "Preventing Prolonged Labour: The Partograph". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993.
23. J. Ireland y W. Graham, "Conducting a Case Review of Maternal Deaths". Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, Universidad de Aberdeen, mayo de 1996 (preparado para la Evaluación de las Necesidades de Maternidad sin Riesgo de la OMS).

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998

Aún existen grandes diferencias en el acceso a la atención de la salud materna entre el mundo desarrollado y en desarrollo y entre las mujeres ricas y pobres, urbanas y rurales, educadas y no educadas.¹ En los países en desarrollo, muchas mujeres aún no reciben atención prenatal, casi la mitad de ellas dan a luz sin la ayuda de un asistente calificado, y la vasta mayoría no recibe atención postparto.¹ En contraste, en los países desarrollados la atención de la salud materna es casi universal. Diversas barreras limitan el acceso de las mujeres a la atención en salud, incluyendo: distancia, costo, demandas múltiples sobre el tiempo de las mujeres, y pobreza y falta de poder de decisión. Asegurar que las mujeres tengan acceso a la atención de la salud materna, en particular en el parto y en casos de complicaciones, es esencial para salvar sus vidas.

Un Mejor Acceso a los Servicios de Salud Materna

¿Qué es el Acceso a la Atención y Quién lo Tiene?

El acceso significa que la atención de la salud materna está al alcance de las mujeres que la necesitan: pueden obtenerla fácilmente y no se ven impedidas de utilizar los servicios disponibles, ya sea por el costo o por el tratamiento deficiente por parte del personal.

En países en desarrollo, el 65% de las mujeres realiza por lo menos una visita prenatal y el 53% da a luz con la ayuda de un asistente calificado. Pero sólo el 30% realiza por lo menos una visita postparto – con tasas tan bajas como 5% en algunas regiones. En los países desarrollados, el 97% de las mujeres realiza por lo menos una visita prenatal; el 99% da a luz con la ayuda de un asistente calificado, y el 90% realiza por lo menos una visita postparto.²

ción prenatal. Sin embargo, es durante el trabajo de parto, el parto y el período inmediato al postparto cuando existe una mayor probabilidad que se presenten complicaciones y cuando la atención es más necesaria. Casi la mitad de todas las muertes postparto ocurren dentro del primer día después del parto, y el 70% dentro de la primera semana.¹ Las mujeres rurales pobres del África Sub-Sahariana y del Sudeste de Asia son las que tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal, durante el parto o el postparto.¹

Cuándo se produce la mortalidad materna¹

	Países en desarrollo (%)	EE.UU. (%)
Durante el embarazo	24	22
Durante el parto	16	7
Después del parto	61	72

Barreras a la Atención

Distancia y falta de medios de transporte: en la mayoría de las áreas rurales una de cada tres mujeres vive a más de cinco kilómetros del servicio de salud más cercano y el 80% de mujeres de áreas rurales vive a más de cinco kilómetros del hospital más cercano. La escasez de vehículos, especialmente en las zonas alejadas, y la mala condición de los caminos hacen que a las mujeres les resulte extremadamente difícil llegar siquiera a las instalaciones relativamente cercanas. Caminar constituye el principal medio de transporte, inclusive para las mujeres en trabajo de parto.⁴

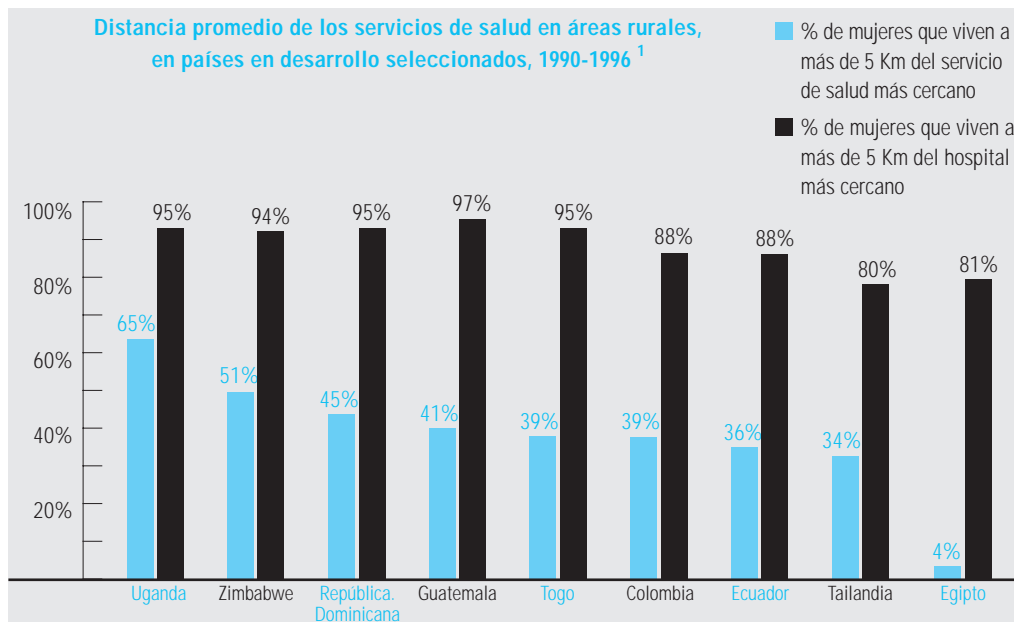
Estudios confirman que las dificultades de transporte contribuyen significativamente a la sub-utilización de los servicios. En zonas rurales de Tanzania, por ejemplo, el 84% de las mujeres que dieron a luz en su casa se proponían hacerlo en un servicio de salud, pero no lo hicieron debido a la distancia y a la falta de medios de trans-

Cobertura de la atención de maternidad²

Región	% de mujeres embarazadas que realizan por lo menos una visita prenatal	% de partos con la ayuda de un asistente calificado*
Mundial	68	57
África	63	42
Asia	65	53
América Latina y el Caribe	73	75
Europa	97	98
América del Norte	95	99

* Médico, enfermera o partera

La proporción de mujeres que reciben atención durante el parto generalmente es menor que la de aquéllas que reciben aten-



porte.⁵ En Malawi, el 90% de las mujeres querían dar a luz en un servicio de salud pero sólo el 25% lo hizo. La razón más importante — expresada por el 53% de las mujeres — fue que cuando se dieron cuenta que estaban en trabajo de parto, no tuvieron suficiente tiempo para llegar a un servicio de salud.⁶

Costo: El pago de honorarios reduce la utilización rutinaria de los servicios de atención materna, y lo que es más importante, hace que millones de mujeres no consigan atención, inclusive cuando se presentan complicaciones. Aún en los casos en que los honorarios formales sean bajos o inexistentes, pueden haber honorarios “informales” o bajo la mesa u otros costos que constituyen barreras significativas al uso de los servicios por parte de las mujeres. Estas pueden incluir costos de transporte, medicamentos, alimentación o alojamiento para la mujer o para los miembros de la familia que ayudan a atenderla en el hospital.⁷

Un estudio realizado en Zaria, Nigeria, encontró que el cambio de un sistema de servicios gratuitos a uno de honorarios para atención obstétrica redujo las admisiones en general, pero incrementó en forma significativa los casos de urgencias. El número de muertes maternas aumentó en forma similar.⁸

Cuanto más pobres son las mujeres, es más probable que los honorarios afecten la utilización de los servicios de salud. Estudios en Costa de Marfil⁹ y Perú¹⁰ revelan que en general, el cobro de honorarios disminuye el uso de los servicios de salud pero particularmente en las mujeres pobres.

Interacción con los proveedores: muchas mujeres describen a los proveedores del sistema formal de atención de salud como poco amables, descorteses, bruscos, insensibles e indiferentes. Cuando los trabajadores de salud son percibidos como hostiles y poco amigables, muchas mujeres recurren en cambio a miembros de la familia, curanderos o parteras tradicionales (PT) para la atención prenatal, el parto y la atención postparto. Esto puede llevar a demoras fatales en la búsqueda de atención en los casos de complicaciones relacionadas con el embarazo.

En Tanzania, por ejemplo, un estudio encontró que el 21% de las mujeres dieron a luz en el hogar debido a la falta de cortesía del personal de salud — pese a que creían que era más seguro dar a luz en un servicio de salud.⁵

Los servicios formales de salud pueden estar en conflicto con las normas culturales relacionadas con los alumbramientos, incluyendo preferencias en cuanto a privacidad, pudor y asistentes mujeres. Entre los indios Saraguro en Ecuador se percibe que los partos realizados en un hospital violan la privacidad debido a que muchos de los proveedores de los servicios de salud son hombres (lo cual es culturalmente inaceptable) y las posiciones de alumbramiento preferidas por los proveedores no son familiares para las mujeres. En consecuencia, los servicios de salud materna de bajo costo y accesibles son sub-utilizados.¹¹

En Sudán, un estudio encontró que muchas mujeres se avergonzaban de estar mal vestidas ante los trabajadores de salud

(que generalmente pertenecen a una clase socio-económica superior) y también temían que los trabajadores de salud reaccionaran negativamente al hecho de que eran analfabetas. Estos sentimientos impedían que muchas mujeres hicieran uso de los servicios formales de salud materna.¹¹

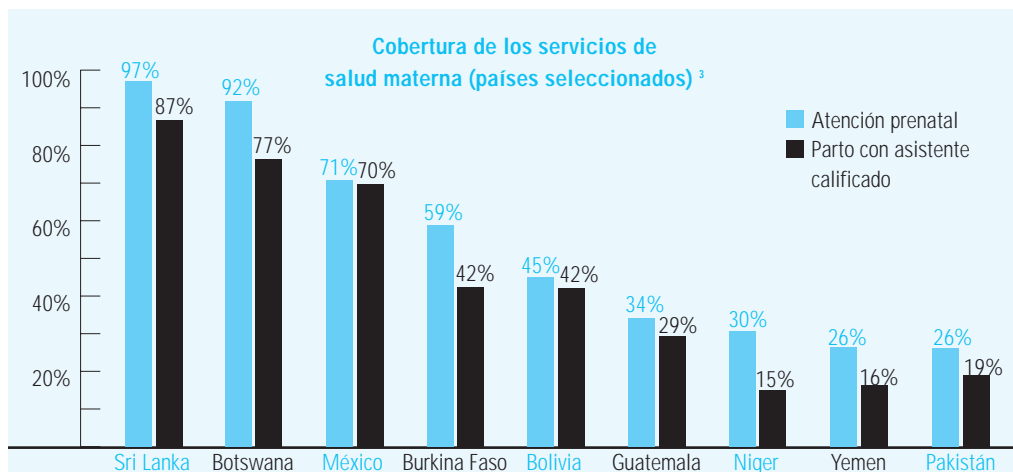
La dimensión de género/factores socioculturales: las mujeres deben equilibrar el tiempo que dedican a su propia salud con sus múltiples responsabilidades en el cuidado de los niños, recolección de leña y acarreo de agua, preparación de las comidas, limpieza, cultivo de alimentos, y sus empleos o actividades comerciales.¹² En muchas partes del mundo, el poder de decisión de las mujeres es extremadamente limitado, particularmente en lo que se refiere a la reproducción y la sexualidad. Con frecuencia las decisiones sobre atención materna son realizadas por las suegras, los maridos u otros miembros de la familia.

En Ghana, un estudio sobre las mujeres que fallecieron por complicaciones relacionadas con el embarazo mostró que el 64% de las mujeres había solicitado la ayuda de un herbolario, un curandero u otro proveedor tradicional antes de acudir a un servicio de salud. Las familias mencionaron que las principales razones para no llevarla a un hospital eran el costo y la creencia de que “no estaban suficientemente enfermas”.¹³

En Nepal, las suegras atienden casi todos los partos, y se recurre a atención o ayuda adicional sólo si la suegra decide que ello es necesario. Un estudio encontró que el 75% de las suegras no consideraba que los exámenes prenatales eran necesarios.¹⁴

Un estudio en Zaria, Nigeria, reveló que para que la mujer acuda a los servicios de salud, se requiere en la mayoría de los casos el permiso del marido, inclusive en situaciones en que su vida está en peligro. Cuando el marido está ausente durante el parto, los demás miembros de la familia se muestran reacios a llevar a la mujer al servicio de salud, por más urgente que parezca la necesidad.¹⁵

En Benin, el gobierno ejerció una significativa presión para que las mujeres dieran a luz en instituciones, inclusive mediante la aplicación de multas. No obstante, muchas mujeres siguieron dando a luz en sus casas,



debido al honor que representa para la familia el hecho de haber sido percibidas como “estoicas” durante el trabajo de parto y el parto.¹⁶

¿Qué se Puede Hacer?

Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), los organismos de financiamiento y las propias comunidades deben reconocer que la salud materna reviste una importancia crucial para las mujeres, así como para la salud pública en general. Es esencial proveer a las mujeres de información acerca de los riesgos del embarazo y el parto, y dónde y cuándo buscar atención en salud, aunque ello no es suficiente para asegurar su acceso a los servicios disponibles de atención materna. Es necesario:

- Ampliar la gama y mejorar la calidad de los servicios de salud materna.
- Involucrar a las mujeres y a las comunidades en el diseño y la evaluación de los servicios para que éstos respondan a las necesidades locales.
- Crear servicios alternativos para proveer la atención.
- Permitir que la atención sea dada por una mayor diversidad de proveedores.
- Comprometer a las comunidades en los esfuerzos por mejorar el acceso de las mujeres a la atención materna. Las estrategias destinadas a incrementar el acceso de las mujeres a la atención de la salud materna son más efectivas cuando se desarrollan localmente y son el resultado de haber escuchado a las propias mujeres.

Los esfuerzos por mejorar la condición educativa, social y económica de las niñas y las mujeres son también factores importantes que contribuyen a mejorar su acceso a los servicios de salud.

Las barreras de distancia y falta de transporte pueden reducirse por medio de:

- *Asignando trabajadoras de salud capacitadas como parteras en los servicios de salud de las aldeas*, con el respaldo de un sistema adecuado de referencias. Este sistema ha sido puesto en práctica en Matlab, Bangladesh,¹⁷ Sri Lanka y Cuba, en donde la mortalidad materna ha disminuido.

- *Mejorando los servicios locales de salud para que provean servicios adicionales tales como atención de urgencias obstétricas.* Los proveedores deben estar capacitados, y contar con un suministro regular de medicamentos y equipos.¹⁸

- *Descentralizando la atención al nivel más bajo del sistema de atención de la salud que este en condiciones de proveerla adecuadamente.* En Mozambique se han capacitado a enfermeras para atender partos por cesárea; los resultados son iguales de satisfactorios a los de las mujeres con cesáreas practicadas por especialistas obstétricos.¹ En otros países se ha capacitado a las parteras en aspiración al vacío, aspiración manual endo-uterina y extracción de placenta retenida.

- *Estableciendo sistemas de transporte de emergencia y referencia en casos de complicaciones.* La participación de los miembros y los dirigentes de las comunidades locales es fundamental para el diseño y la puesta en práctica de tales sistemas, así como el respaldo y la cooperación del sistema de salud. En Uganda, el proyecto “Rescuer” asegura que las parteras tradicionales cuenten con comunicación por radio para solicitar ayuda, y que existan medios locales de transporte que puedan acudir con rapidez.¹⁹ En Sierra Leona y Ghana se movilizó a los dirigentes comunitarios para que colaboraran con el sindicato de trabajadores del transporte con el fin de crear una lista de vehículos para el transporte de emergencia.¹⁸

- *Estableciendo unidades de espera de maternidad cercanas a los servicios formales de salud.* Las unidades de espera pueden ser útiles para mujeres que viven en áreas lejanas o en las que el transporte es particularmente difícil, como las zonas montañosas. En Cuba, Etiopía y Mongolia se utilizan éstas instalaciones.²⁰

El costo de los servicios debe reducirse al nivel mínimo y asegurar el acceso de las mujeres pobres mediante acción gubernamental que incluye:

- La provisión de servicios de salud materno-infantil gratuitos. Varios países incluyendo Bolivia, Sudáfrica, Bangladesh y Sri Lanka, se han comprometido a ello.

- El establecimiento de escalas de honorarios que permitan que los servicios sean accesibles económicamente, tales como tasas fijas que cubran la atención rutinaria de atención prenatal y de parto, así como el cuidado de las complicaciones que puedan surgir.

- La promoción de planes de seguro que sean accesibles a las mujeres pobres y a sus familias. Los gobiernos pueden subsidiar las tasas para asegurar el acceso.²¹

- Cuando se cobra por el servicio, debe retenerse localmente por lo menos parte de los recursos para utilizarlos en el mejoramiento de la calidad de los servicios. Los usuarios están mucho más dispuestos a pagar honorarios — u honorarios más altos — si perciben un impacto directo en los servicios que reciben.⁷

Los proveedores de la atención deben mostrar mayor empatía para evitar disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud materna. Esto requiere:

- La capacitación en atención de pacientes, consejería y comunicación interpersonal. Los proveedores deben ser sensibles a las creencias culturales y prácticas de los/las usuarios/as.

- La eliminación de barreras estructurales que impiden que los proveedores ofrezcan atención de calidad, incluyendo condiciones deficientes de trabajo y remuneración, escasez de suministros, carencia de infraestructura básica, exceso de trabajo y seguridad inadecuada, particularmente en el caso de los trabajadores de salud que se desempeñan en zonas remotas.

- La superación de la dicotomía entre atención y curación. El embarazo no es un proceso patológico: si bien las mujeres pueden necesitar atención médica en algún momento del embarazo, para la mayoría, su principal necesidad es la empatía y el trato respetuoso. Los proveedores deben estar capacitados para escuchar las necesidades, los deseos y los temores de las mujeres, y para discutir aspectos altamente personales y/o culturales del embarazo y el parto, tales como la posición durante el parto, el papel de los miembros de la familia y la eliminación de la placenta.

La educación y la movilización de la comunidad son esenciales para que las mujeres y sus familias comprendan la necesidad de una atención especial durante el embarazo y el parto. Esta educación debe incluir cómo reconocer las complicaciones obstétricas y cuándo y dónde debe solicitarse ayuda. La meta de la movilización de la comunidad debe ser asegurar que un comportamiento apropiado en la búsqueda de la salud se convierta en parte de las normas sociales locales.

- La educación de la comunidad debe abarcar las creencias tradicionales acerca de las complicaciones relacionadas con el embarazo que con frecuencia se atribuyen al comportamiento de la mujer, al destino o a influencias perniciosas y a otros factores que escapan al sistema de salud.
- El diálogo entre las comunidades, los responsables de formular las políticas y el personal del sistema de salud es esencial para identificar formas de superar las barreras que impiden que las mujeres soliciten atención materna.

Es preciso mejorar la condición y aumentar el poder de las mujeres. Los gobiernos, los donantes y los organismos internacionales pueden adoptar medidas tendientes a:

- Incrementar el poder de decisión de las mujeres dentro de la familia y la comunidad, en particular invirtiendo en la educación de las mujeres y las niñas.
- Aumentar la conciencia acerca de la importancia crítica que la salud de las mujeres reviste para los niños y las familias, y de la necesidad que las mujeres tengan el poder de tomar decisiones sobre su propia salud.
- Reducir la desproporcionada pobreza de las mujeres, su falta de poder económico y de educación, todo lo cual limita su capacidad para buscar y recibir atención materna durante todo el ciclo del embarazo y el parto.

Nota:

En este hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. C. AbouZahr, "Improve Access to Quality Maternal Health Services". Presentación en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
2. "Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.
3. *Women's Lives and Experiences: A Decade of Research Findings From the Demographic and Health Surveys Program*. Macro International, Calverton, Maryland, 1994.
4. *World Development Report 1994*. Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.
5. G. Biego y colaboradores, *Survey on Adult and Childhood Mortality, Tanzania*. Macro International, Calverton, Maryland, 1995.
6. G. S. Lule y M. Ssemabataya, "Intention to Deliver and Pregnancy Outcomes", International Development Resource Centre, Nairobi, Kenya, 1996.
7. Presentación y recomendaciones del grupo de trabajo sobre "Addressing Financial and Economic Barriers to Improving Access to Quality Maternal Health Services". La Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
8. K. Harrison, "Maternal Mortality in Nigeria: The Real Issues". *African Journal of Reproductive Health* 1(1):7; 13. 1997.
9. P. J. Gertler y J. van der Gaag, "Measuring the Willingness to Pay for Services in Developing Countries". LSMS Working Paper No.45, Banco Mundial, Washington, D.C., 1988.
10. P. J. Gertler, "Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing in Peru". LSMS Working Paper No. 37, Banco Mundial, Washington, D.C., 1988.
11. J. Leslie y G.R. Gupta, "Utilization of Formal Services for Maternal Nutrition and Health Care". International Center for Research on Women, Washington, D.C., febrero de 1989.
12. *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.
13. H. Odoi-Agyarko, N. Dollimore, O.Owusu-Agyei, "Risk Factors in Maternal Mortality: A Community-Based Study in Kassena-Nankani District". Trabajo presentado en la Reunión Consultiva Nacional sobre Maternidad sin Riesgos, Accra, Ghana, 19-21 de enero de 1993.
14. "Challenge for the Nineties: Safe Motherhood in South Asia", informe de la conferencia sobre Maternidad sin Riesgo en Asia meridional celebrada en Pakistán. Family Care International, Nueva York, 1990.
15. S. Thaddeus y D. Maine, "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context", *Social Science Medicine* 38(8), 1994.

16. C. Sargent, "Obstetrical Choice Among Urban Women in Benin", *Social Science and Medicine* 20:287-292, 1985.

17. D. Maine, "Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?", *Studies in Family Planning* 27(4):179-187, 1996.

18. Prevention of Maternal Mortality (PMM) Network, "Situation Analysis of Emergency Obstetric Care: Examples from Eleven Operations Research Projects in West Africa". *Social Science and Medicine* 40(5):657-667, 1995.

19. *Safe Motherhood Newsletter*, Issue 21, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996 y F. Farah, "Making a Difference in Emergency Obstetric Care in Uganda". Presentación en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

20. *Maternity Waiting Homes: A Review of Experiences*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, OMS/RHT/MSM/96.21, 1996.

21. G. Garrin y C. Politi, "Poverty and Health: An Overview of the Basic Linkages and Public Policy Measures". Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud sobre Economía de la Salud, Ginebra, 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaria.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998

Prevención de Embarazos no Deseados

Cada año, mujeres en todo el mundo enfrentan 75 millones de embarazos no deseados.¹ Éstos ocurren porque no se utilizaron anticonceptivos o porque el método falló. Existen muchas razones por las cuales las personas no utilizan métodos anticonceptivos o los utilizan en forma incorrecta: falta de acceso a información y servicios de planificación familiar o baja calidad de los servicios; creencias personales o religiosas; limitada capacidad de decisión de las mujeres en lo que se refiere a las relaciones sexuales o el uso de anticonceptivos y la coerción sexual, el incesto o la violación. Los métodos anticonceptivos, aún los más efectivos pueden fallar por diversas razones relacionadas con los métodos mismos y/o por la forma como se utilizan. En consecuencia, no es posible eliminar totalmente los embarazos no deseados. Sin embargo, éstos pueden reducirse mejorando el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud reproductiva y planificación familiar de alta calidad, orientados a los/las usuarios/as y con un enfoque sensible de género — servicios que ofrezcan una amplia gama de métodos anticonceptivos, que respondan a las necesidades de los/las usuarios/as y que permitan a las mujeres y a los hombres alcanzar sus metas individuales de fecundidad y maternidad. Mejorar el status socioeconómico de las mujeres y abordar las relaciones de desigualdad de poder entre mujeres y hombres son también factores importantes que contribuyen a disminuir los embarazos no deseados.

Embarazos No Deseados: la Realidad de la Vida de las Mujeres

Existen muchas razones por las cuales una mujer puede desear no tener un hijo en determinado momento de su vida. Llevar a término un embarazo no deseado puede obligarla a un matrimonio no anhelado, puede conducir a enfermedades a largo plazo y perturbaciones emocionales, o limitar sus oportunidades de educación o de empleo. Millones de embarazos son no deseados porque las mujeres carecen de recursos sociales o económicos necesarios para criar un hijo. Las adolescentes son particularmente susceptibles a embarazos no planificados.

En muchos países, sin embargo, la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad es limitada. Inclusive cuando se dispone de métodos de planificación familiar, una mujer puede no utilizarlos por limitaciones económicas, creencias personales, oposición familiar o preocupación acerca de los efectos secundarios sobre la salud o fecundidad futura.

Además, ningún método anticonceptivo es cien por cien efectivo. Se estima que cada año de 8 a 30 millones de embarazos se deben a falla anticonceptiva — bien sea por uso incorrecto o inconsistente de métodos de planificación familiar o por falla del método.² Un estudio realizado en los Estados Unidos encontró que el 3% de las usuarias de píldora, 1% de las usuarias de DIU y 0,3% de las usuarias de anticonceptivos inyectables quedaron embarazadas durante el primer año de uso, así como el 12% de las mujeres cuyos compañeros utilizaron condones.³

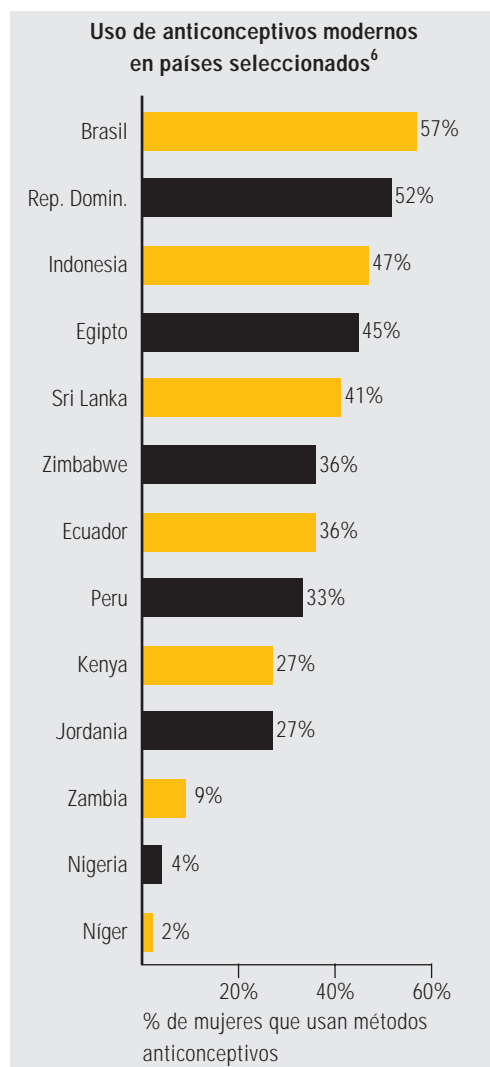
Cada año se interrumpen aproximadamente 50 millones de embarazos no deseados y cerca de 20 millones de estos abortos — 55.000 cada día — se realizan en condiciones de riesgo. Alrededor del 95% de estos abortos ocurren en países en desarrollo, ocasionando la muerte de más de 200 mujeres diariamente.⁴

Anticonceptivos: Cada Vez Más Comunes, Pero Aún Fuera del Alcance de Muchas Mujeres

En la actualidad, cerca del 60% de mujeres y hombres de todo el mundo utilizan métodos anticonceptivos.¹ No obstante, se estima que 350 millones de parejas carecen de información sobre anticonceptivos y de acceso a una amplia gama de métodos y servicios.¹ En todo el mundo, entre 120 y 150 millones de mujeres casadas que desean limitar o espaciar futuros embarazos no utilizan métodos anticonceptivos; esto se conoce como "necesidad insatisfecha". Las mujeres que no están casadas pueden representar otros doce a quince millones de mujeres que desean evitar los embarazos pero que carecen de medios para hacerlo.¹

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es un método de prevención de embarazo dentro de unas pocas horas o pocos días de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), el método más comúnmente utilizado, interrumpen el ciclo reproductivo de la mujer, demorando o impidiendo la ovulación, obstruyendo la fecundación o previniendo la implantación del óvulo fecundado. Las PAE no se consideran un método de aborto. La anticoncepción de emergencia tiene la capacidad de reducir considerablemente los embarazos no deseados. Sin embargo, aún no está ampliamente disponible en muchos países.⁵



América del Norte tiene la mayor tasa de uso de anticonceptivos modernos: 67%. África tiene la más baja 15%. Asia, incluyendo China, tiene la más alta tasa de uso anticonceptivo en el mundo en desarrollo.¹

Sigue siendo limitado el conocimiento que tienen las mujeres acerca de dónde obtener servicios de planificación familiar. En ocho de los veintidós países encuestados en África Sub-Sahariana, menos de la mitad

de las mujeres casadas de 15 a 49 años sabían donde obtener un método anticonceptivo moderno.⁶ Tal conocimiento varía ampliamente entre regiones: del 22% en Mali al 96% en Zimbabwe; del 45% en Pakistán al 99% en Tailandia; del 61% en Bolivia al 98% en Colombia y el 99% en Trinidad y Tobago.⁶

En muchos lugares, las adolescentes y las mujeres solteras tienen acceso limitado a los métodos anticonceptivos y se les impide o se desalienta la utilización de servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

El uso de métodos anticonceptivos masculinos continúa siendo bajo. En Brasil, los condones y la vasectomía representan menos del 4% del uso total de anticonceptivos;⁷ en Etiopía, los condones representan el 7% del total de uso de anticonceptivos,⁸ mientras que en Irán, los condones representan el 6% y la vasectomía el 1% del uso total de anticonceptivos.⁹

La Vulnerabilidad de las Mujeres

Los roles de género, las desigualdades de poder entre mujeres y hombres y las normas culturales acerca de la sexualidad tienen importantes implicaciones sobre la capacidad de una mujer para evitar un embarazo no deseado. En muchas partes del mundo, las mujeres pueden tener escaso control de cuándo y con quién tener relaciones sexuales. La vulnerabilidad de las mujeres frente a la violación, la violencia y el abuso sexual las colocan en una situación de alto riesgo de embarazos no deseados, así como de otros problemas de salud sexual y reproductiva.¹

La oposición de su compañero o de otros miembros de la familia puede dificultarle a la mujer utilizar métodos de planificación familiar para demorar o espaciar los embarazos. Los tabúes sociales y las desiguales relaciones de poder pueden desalentar a las mujeres que soliciten a su cónyuge el uso del condón durante la relación sexual, aún en el caso que éste tenga múltiples compañeras sexuales o padezca una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

Algunas veces las presiones económicas conducen a la mujer a tener relaciones sexuales fuera del matrimonio a cambio de

dinero o de bienes, lo que las coloca en riesgo de un embarazo no deseado, así como de enfermedades, violencia y estigma social.¹ A pesar del tabú que existe en muchas sociedades sobre la actividad sexual antes del matrimonio, las mujeres jóvenes y solteras pueden tener relaciones sexuales con hombres mayores por necesidad económica y por lucro material, utilizando con frecuencia el dinero para pagar matrículas escolares, uniformes y suministros.¹⁰

Programas de Planificación Familiar: Ofreciendo a las Personas lo que Necesitan

El embarazo no deseado no es simplemente el resultado de falla anticonceptiva o de falta de acceso a una clínica de planificación familiar. También refleja la falla de los programas de planificación familiar para responder a las necesidades de sus clientes.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 solicitó la eliminación de las barreras a la información y a los servicios de salud reproductiva e instó a que se prestara mayor atención a las preferencias de los/las usuarios/as.¹¹ Una mayor focalización en las necesidades de los/las usuarios/as al evaluar los programas ha revelado varias deficiencias en la calidad de los servicios de planificación familiar, que se enumeran a continuación:

- Muchos servicios están aún concentrados en metas cuantitativas (número de nacimientos evitados, tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos) y aún no están organizados alrededor de la meta de ayudar a los/las usuarios/as a decidir el número de hijos y la frecuencia de los nacimientos, y de ofrecerles la información y los servicios de salud que necesitan para lograrlo.¹²
- El acceso a una gama de métodos anticonceptivos apropiados y a la consejería sobre los riesgos y beneficios es limitado en muchos aspectos y con frecuencia el seguimiento es inadecuado. Por ejemplo, estudios recientes en varios lugares de África Sub-Sahariana encontraron que sólo 25 a 54 % de los usuarios nuevos de métodos anticonceptivos fueron informados sobre los efectos secundarios.¹

- Millones de personas usan métodos anticonceptivos que no son apropiados para sus intenciones reproductivas, sus necesidades de salud y su situación social. Con frecuencia el uso incorrecto o el no uso de métodos anticonceptivos se debe a la falta de información, a la inadecuada discusión de las necesidades y a las condiciones de salud de los/las usuarios/as y a opciones limitadas de selección de métodos.¹ En Matlab, Bangladesh, cuando se ofreció la gama completa de métodos anticonceptivos, el 80% de las mujeres seguía utilizando el mismo método un año después, muy por encima de la tasa de continuación del 40% observada en el caso de mujeres que sólo tenían acceso a condones y anticonceptivos orales.¹ Un estudio realizado en Gambia encontró que las mujeres que expresaron no haber sido aconsejadas adecuadamente acerca del uso de métodos de planificación familiar y sus posibles efectos secundarios tuvieron una probabilidad tres veces mayor de suspender el uso de anticonceptivos que aquéllas que declararon haber recibido suficiente información acerca de sus efectos secundarios.¹³
- Las decisiones sobre qué métodos usar son frecuentemente tomadas por los proveedores de los servicios en vez de los/las usuarios/as. Un estudio realizado en Kenya encontró que el 46% de los/las usuarios/as de las clínicas de planificación familiar tuvieron un papel mínimo en la decisión del método a utilizar.¹²
- Los procedimientos como exámenes pélvicos, esterilización e inserción de DIU no siempre se realizan en forma adecuada, causando dolor innecesario, infecciones u otros efectos secundarios.¹²
- Con frecuencia los vínculos con otros servicios de salud reproductiva que puedan necesitar las mujeres, incluyendo detección y tratamiento de ETS son débiles o inexistentes. La falta de información sobre prevención de ETS y VIH/SIDA y la importancia de tratamiento temprano de ETS pueden poner en peligro la salud y la fecundidad futura de la mujer.¹²

Qué se Puede Hacer?

Gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales y proveedores de servicios necesitan hacer cambios a nivel de programas:

- Asegurando que todas las parejas y personas — incluyendo adolescentes y mujeres solteras — tengan acceso a información y servicios confidenciales de planificación familiar de buena calidad, orientados a los/las usuarios/as, que ofrezcan una amplia selección de métodos anticonceptivos modernos, incluyendo anticoncepción de emergencia cuando sea apropiado. La consejería en planificación familiar debe respaldar y responder a las necesidades de los/las usuarios/as para asegurar la confianza y la continuidad. Los servicios se deben basar en la meta de permitir a las mujeres y a los hombres alcanzar sus intenciones reproductivas protegiéndose al mismo tiempo contra las ETS. La planificación familiar debe formar parte de un programa integral de salud sexual y reproductiva.
- Asegurando que todos los proveedores de atención en salud cuenten con los suministros médicos, información, capacidad técnica y habilidades de comunicación interpersonal necesarios para ofrecer atención de alta calidad.
- Informando a las mujeres y a sus familias a través de una diversidad de canales de comunicación acerca de la planificación familiar, incluyendo anticoncepción de emergencia; la importancia de la prevención y el tratamiento temprano de ETS; cuándo y dónde puede interrumpirse legalmente un embarazo* y otros temas relacionados con la salud reproductiva.
- Asegurando que todos los adolescentes y jóvenes reciben educación integral de alta calidad sobre salud reproductiva y sexual que les ofrezca información sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción y ETS y ayude a los adolescentes a comprender las relaciones de género y a desarrollar su capacidad para tomar decisiones.
- Brindando consejería y servicios confidenciales de salud reproductiva a todas las personas sexualmente activas,

* Cada institución co-patrocinadora de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo (véase el final de la página) realiza estas actividades de acuerdo con sus respectivos mandatos.

incluyendo adolescentes y mujeres.

- Ofreciendo información confiable y consejería comprensiva a todas las mujeres con embarazos no deseados.
- Proporcionando servicios de aborto seguro y de alta calidad hasta donde lo permita la ley* y asegurando que estos servicios sean accesibles física y financieramente.
- Asegurando que todas las mujeres tengan acceso a servicios de calidad para el manejo de complicaciones relacionadas con el aborto y que se ofrezca información y servicios de planificación familiar postaborto.

Los responsables de la formulación de políticas necesitan fomentar mayores cambios dentro de las comunidades y a nivel nacional para:

- Abordar los factores de regulación institucional, sociales, económicos y culturales que limitan el control de las mujeres sobre su sexualidad y reproducción, incluyendo su acceso a la anticoncepción.
- Adoptar medidas destinadas a eliminar todas las formas de violencia sexual y reducir las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y fomentar la adopción de políticas sensibles al género.
- Abordar el problema de los embarazos no deseados entre las jóvenes y modificar las actitudes que estigmatizan y culpabilizan a las jóvenes que quedan embarazadas.
- Fomentar en los hombres actitudes que promuevan el afecto, acciones responsables y equitativas en las relaciones sexuales, anticoncepción, embarazo y cuidado de los niños.
- Trabajar para cambiar las desigualdades de poder entre mujeres y hombres y las arraigadas inequidades de género que fomentan el descuido de la salud de las mujeres, limitan sus opciones y por último amenazan sus vidas.

Nota:

En esta hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. N. Sadik, *The State of World Population 1997*. FNUAP, Nueva York, 1997.
2. S. J. Segal y K. D. LaGuardia, "Termination of Pregnancy - A Global View". *Baillière's Clinical Obstetric and Gynaecology*, Vol. 4, No.2, 235-247, 1990.
3. R. A. Hatcher y colaboradores, *Contraceptive Technology*, 16a. edición revisada, Irvington Publishers, Nueva York, 1994.
4. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, 3a. edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998 (en prensa).
5. PATH, "Emergency Contraceptive Pills: Safe and Effective But Not Widely Used". *Outlook*, 14(2), septiembre de 1996.
6. *Womens' Lives and Experiences: A Decade of Research Findings from the Demographic and Health Surveys Program*. Macro International, Calverton, Maryland, 1994.
7. *Brazil: Programme Review and Strategy Development Report*. FNUAP, Nueva York, 1992.
8. *Ethiopia: Programme Review and Strategy Development Report*. FNUAP, Nueva York, 1993.
9. *Islamic Republic of Iran: Programme Review and Strategy Development Report*. FNUAP, Nueva York, 1994.
10. A. Radhakrishna y colaboradores, "Identifying the Intersection: Adolescent Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion". *Issues in Abortion Care* 4, Ipas, Carrboro, Carolina del Norte, 1997.
11. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Naciones Unidas, Nueva York, 1994.
12. *Reconsidering the Rationale, Scope and Quality of Family Planning Programs*. The Population Council, Nueva York, 1994.
13. Family Health International, "Counselling about Side Effects Improves Contraceptive Continuation". *Network* 12(2), septiembre de 1991.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org

1998

Cada año se realizan en todo el mundo alrededor de 20 millones de abortos en condiciones de riesgo que terminan en casi 80.000 muertes maternas y en cientos de miles de casos de invalidez* ¹. La gran mayoría de estas muertes se producen en los países en desarrollo ¹. Los abortos en condiciones de riesgo ocasionan por lo menos el 13% de la mortalidad materna en todo el mundo — una de cada ocho muertes maternas — y en algunos países es la causa más común de muerte materna ¹. El aborto en condiciones de riesgo es, sin embargo, una de las causas de muerte e incapacidad materna más fácilmente prevenible y tratable ¹.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo en 1994, los gobiernos reconocieron que el aborto en condiciones de riesgo es uno de los principales problemas de salud pública y recomendaron:

- proveer servicios médicos rápidos, humanos y de alta calidad para tratar las complicaciones de los abortos realizados en condiciones de riesgo;
- proveer servicios compasivos de consejería postaborto y planificación familiar para promover la salud reproductiva y prevenir la ocurrencia de nuevos abortos en condiciones de riesgo; y
- proveer servicios seguros de aborto inducido donde éstos no sean contrarios a la ley ².

Los Abortos en Condiciones de Riesgo: Un Problema Mundial

Mortalidad: En todo el mundo, millones de mujeres arriesgan sus vidas y su salud para poner fin a embarazos no deseados. Cada día se realizan 55.000 abortos en condiciones de riesgo — el 95% de ellos en los países en desarrollo — que conducen a la muerte a más de 200 mujeres diariamente. ¹ En todo el mundo se realiza un aborto en condiciones de riesgo por cada siete nacimientos. ¹

Las muertes por abortos en condiciones de riesgo representan un porcentaje significativo de todas las muertes maternas, aunque es difícil obtener datos exactos. La OMS estima que a nivel mundial, una de cada ocho muertes maternas se debe a complicaciones relacionadas con el aborto. En algunos lugares, una cuarta parte o más de todas las muertes maternas están relacionadas con el aborto. ¹ En algunas ciudades de América Latina más de la mitad de las muertes maternas son el resultado de abortos realizados en condiciones de riesgo. ³ Muchas mujeres no buscan tratamiento para las complicaciones relacionadas con los abortos, lo que conduce a innumerables muertes — no registradas — fuera de los hospitales. ⁴

Morbilidad: Entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra-abdominales, como la perforación o el desgarramiento del útero. ¹

Los problemas de salud a largo plazo causados por los abortos en condiciones de riesgo

incluyen dolor pélvico crónico, enfermedad pélvica inflamatoria, oclusión tubárica e infertilidad secundaria. Otras posibles consecuencias de los abortos en condiciones de riesgo son el embarazo ectópico y el aumento del aborto espontáneo o parto prematuro en embarazos posteriores. ¹ Estos problemas de salud pueden limitar la productividad de las mujeres dentro y fuera del hogar, reducir su capacidad en el cuidado de sus hijos y afectar adversamente las relaciones sexuales. ⁵

El Aborto que Ocorre en Condiciones de Riesgo

¿Qué Mujeres Solicitan Abortos y Por Qué?

La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto son casadas o viven en uniones estables y tienen varios hijos; solicitan el aborto principalmente para limitar el tamaño de su familia o espaciar los nacimientos. ¹

Existen muchas razones por las cuales las mujeres pueden enfrentarse a un embarazo no deseado. El no uso de anticonceptivos es la

Abortos en condiciones de riesgo: Estimaciones regionales de mortalidad y riesgo de muerte ¹

Región	No. de muertes maternas debidas a abortos en condiciones de riesgo	Riesgo de muerte después de un aborto en condiciones de riesgo	% de muertes maternas debidas a abortos en condiciones de riesgo
África	33,000	1 en 150	13%
Asia*	37,600	1 en 250	12%
América Latina	4,600	1 en 900	21%
Europa**	500	1 en 1900	17%

* Excluye Japón, Australia y Nueva Zelandia

** Principalmente Europa oriental

Impacto en el sistema de salud pública: Con frecuencia, el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto requiere varios días de hospitalización y tiempo del personal, además de transfusiones de sangre, antibióticos, medicamentos para controlar el dolor y otras drogas. La provisión de esta atención agota los fondos y los suministros médicos necesarios para otros tipos de tratamiento. ¹ En algunos países en desarrollo, hasta el 50% de los presupuestos hospitalarios se utiliza para el tratamiento de complicaciones de los abortos en condiciones de riesgo. ⁶

Un estudio realizado recientemente en Tanzania halló que del 34% al 57% de todas las pacientes admitidas en el pabellón de ginecología de un hospital en Dar es Salaam eran mujeres que sufrían de complicaciones de aborto. El costo hospitalario del tratamiento del aborto por mujer fue de US\$7.50 por día. El presupuesto nacional de salud asigna sólo US\$1 por persona por año para atención en salud. ⁷

causa de la mayoría de los embarazos no deseados. Además, entre 8 y 30 millones de embarazos anuales se deben a falla anticonceptiva; ya sea por el uso inconsistente o incorrecto de métodos de planificación familiar o por falla relacionada con el método. ⁸ Otros factores citados por las mujeres como causa o que contribuyen al embarazo no deseado incluyen la coacción sexual o la violación; falta de control sobre los métodos anticonceptivos; ser muy joven o soltera; tener demasiados hijos; el abandono o una relación inestable; problemas de salud físicos o mentales; malformación severa del feto y problemas económicos. ^{9, 10, 11}

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública en todas las edades, pero particularmente en mujeres jóvenes, quienes frecuentemente tienen poco acceso a información y servicios de planificación familiar y que probablemente carecen de los contactos sociales y de los medios financieros con

* La Organización Mundial de la Salud reconoce que los datos sobre abortos en condiciones de riesgo son escasos y están sujetos a grandes márgenes de error debido a limitaciones metodológicas propias de las investigaciones relacionadas con aborto.

que cuentan las mujeres de más edad para obtener un aborto seguro.⁵ Las mujeres jóvenes también tienen una mayor probabilidad de demorar la búsqueda de ayuda y por lo tanto procuran terminar el embarazo en las etapas más avanzadas de la gestación, como en el segundo trimestre cuando los riesgos de morbilidad y mortalidad son mayores. En muchos países africanos hasta el 70% de todas las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto son menores de 20 años.¹²

La Planificación Familiar: Fuera del Alcance

Pese a que los servicios de planificación familiar son ahora más efectivos y están más disponibles que antes, las estimaciones sugieren que al menos 350 millones de parejas en todo el mundo carecen de acceso a información sobre anticonceptivos y de una amplia gama de métodos modernos de planificación familiar.¹³

En todo el mundo, entre 120 y 150 millones de mujeres casadas que desean limitar o espaciar futuros embarazos no utilizan un método anticonceptivo. De 12 a 15 millones de mujeres solteras también pueden carecer de acceso a servicios que les permitan lograr sus intenciones reproductivas.¹³

Muchas mujeres abandonan el hospital después del tratamiento de las complicaciones de los abortos en condiciones de riesgo sin orientación sobre cómo prevenir futuros embarazos y sin un método anticonceptivo.⁴ En Zambia, por ejemplo, el 78% de las mujeres tratadas por complicaciones de abortos expresaron interés en recibir información sobre planificación familiar y el 44% indicó que les hubiera gustado recibir un método. Sin embargo, la planificación familiar se discutió sólo con el 33% de las mujeres y a ninguna se

le ofreció un método para llevar a su hogar.¹⁰

Legislación y Políticas

Las leyes y las políticas nacionales sobre el aborto varían ampliamente. En el 98% de los países del mundo, se reconoce que el riesgo de la vida de la mujer constituye la base jurídica para terminar un embarazo. En el 62% de los países (el 89% de los desarrollados y el 52% en desarrollo), se contempla la preservación de la salud física de la mujer como base para un aborto legal, aunque las definiciones del riesgo para la salud son diversas.¹³ Sólo en unos pocos países (Andorra, Colombia, Chile, Djibouti y Malta) el aborto es ilegal en todas las circunstancias.¹⁴

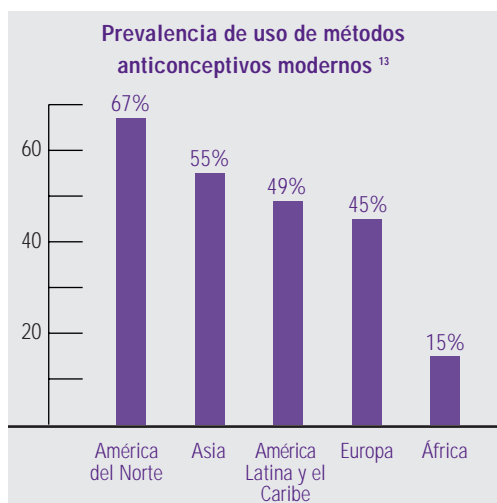
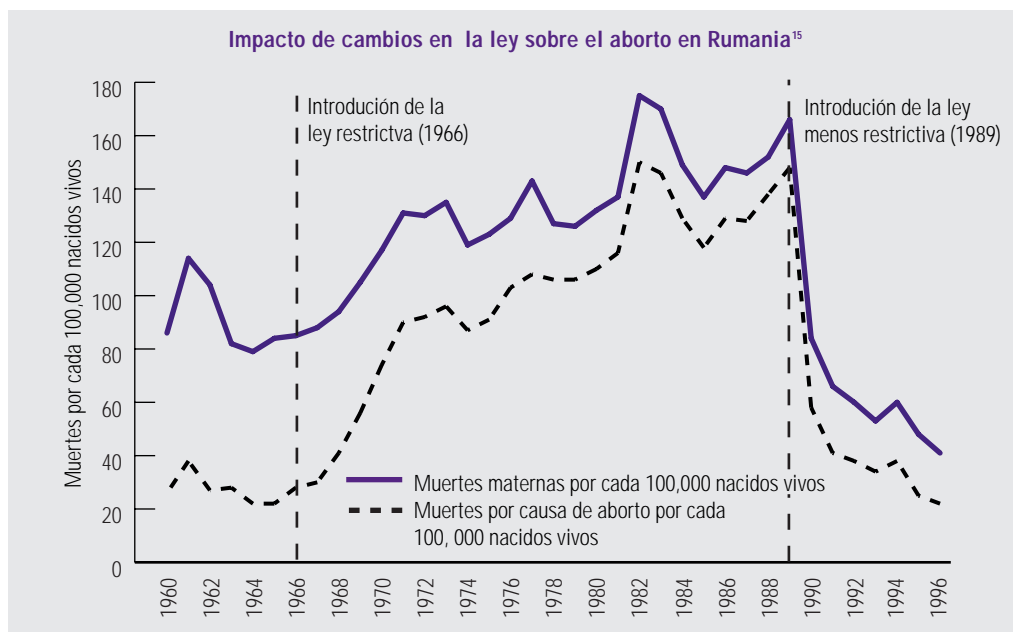
La evidencia muestra que la legislación restrictiva está asociada con tasas más elevadas de abortos en condiciones de riesgo y, en consecuencia, con una mayor mortalidad. En Rumania, por ejemplo, las muertes relacionadas con abortos se incrementaron

al acceso a abortos legales sin que aumentaran las tasas de abortos.¹⁷

Servicios Inadecuados

En muchos países en desarrollo no están disponibles todos los servicios de aborto seguro que permite la legislación. Muchos trabajadores de salud, incluyendo médicos y enfermeras, carecen de información fundamental sobre la legislación del aborto y no saben cómo realizarlos. Muchas mujeres que estarían en condiciones de tener abortos seguros son rechazadas por falta de conocimientos de los proveedores acerca de las implicaciones exactas de la ley, o debido a las actitudes ambiguas de los proveedores acerca del aborto, particularmente en el caso de personas jóvenes, mujeres solteras y otros grupos marginados.^{4, 16}

Cuando las mujeres experimentan complicaciones debidas a abortos en condiciones de riesgo, frecuentemente la atención médica es inaccesible o no se encuentra disponible. La



marcadamente cuando la legislación se tornó más restrictiva en 1966 y disminuyeron después de 1990 cuando se regresó a una legislación menos restrictiva.¹⁵

La modificación de la legislación que permite el aborto en términos más amplios no necesariamente incrementa las tasas de abortos. Los Países Bajos, por ejemplo, tienen una legislación no restrictiva sobre abortos y al mismo tiempo muestran la tasa más baja de abortos del mundo, de 5,5 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva.¹⁶ Barbados, Canadá, Túnez y Turquía modificaron la legislación sobre abortos permitiendo un mayor

falta de protocolos para la atención posterior al aborto, el diagnóstico erróneo, las actitudes punitivas de los proveedores de salud y la sobrecarga de casos se traducen en costosas y peligrosas demoras para las mujeres que solicitan tratamiento en el sistema de salud.⁵

¿Qué se Puede Hacer?

Para reducir la pesada carga actual de la mortalidad y morbilidad relacionadas con el aborto, los gobiernos, los organismos internacionales, agencias donantes, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y los grupos de mujeres deben adoptar medidas para asegurar

un acceso universal a la planificación familiar; incrementar la disponibilidad de servicios seguros de aborto hasta donde sea permitido por ley*; mejorar la calidad y accesibilidad de la atención postaborto; educar a las comunidades acerca de la salud reproductiva y los abortos en condiciones de riesgo y promover cambios en las políticas para salvaguardar la salud reproductiva de las mujeres.

Declaración sobre el aborto: Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párrafo 8.25)

En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas* como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.

* El aborto en condiciones de riesgo se define como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las cualificaciones necesarias o que es practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones médicas o ambos. (OMS)

Servicios anticonceptivos e información

Se debe dar alta prioridad a la prevención de los embarazos no deseados a través de servicios integrales de salud reproductiva orientados hacia la y el usuario. Actitudes abiertas, asesoría confidencial e información y servicios de

* Cada co-patrocinador de la Iniciativa sobre Maternidad sin Riesgo (véase la última parte de la hoja informativa) lleva a cabo estas actividades de acuerdo con sus mandatos específicos.

planificación familiar de calidad, incluyendo anticoncepción de emergencia, deberían ser universalmente accesibles a todas las mujeres. Debe prestarse especial atención a las necesidades de gente joven, mujeres marginadas, las que viven en situaciones de conflicto y las mujeres en riesgo de abuso sexual, violación y violencia (véase la hoja informativa sobre prevención de los embarazos no deseados).

Provisión de servicios apropiados de alta calidad

En más de 131 países en desarrollo los abortos inducidos se permiten en ciertas circunstancias, ya sea por amplias razones económicas o sociales o por circunstancias personales o de salud más limitadas como proteger la salud de la mujer o en casos de violaciones o incesto.¹⁸ En los países donde el aborto es legal:

- Los servicios deben ser seguros y estar disponibles.
- Los proveedores de los servicios deben ser cuidadosamente capacitados para ofrecer servicios de alta calidad y consejería humanitaria. Deben estar bien informados acerca de la situación legal del aborto y de los protocolos para la prestación de los servicios de manera que las mujeres elegibles, puedan acceder rápidamente a los servicios sin demoras innecesarias o procedimientos burocráticos.
- Los servicios disponibles deben publicitarse dentro de la comunidad, fortaleciendo los vínculos con grupos de mujeres, centros de salud y organizaciones pertinentes para asegurar que las mujeres que necesitan los servicios estén informadas acerca de dónde y cuándo solicitar la atención.¹⁸
- Debe contarse con tecnologías apropiadas tales como la aspiración endo-uterina.²⁰ Nuevas tecnologías, como los abortos no quirúrgicos, deben estar disponibles, donde sea apropiado y factible.
- *En el hospital Jabaquara de Sao Paulo, Brasil, se introdujeron servicios legales de aborto para víctimas de violaciones e incesto y en los casos en que la vida de las mujeres está en peligro. Los protocolos para el tratamiento y la consejería de rutina incluyen: aprobación del procedimiento; provisión de anticonceptivos de emergencia cuando corresponda; evaluación por parte de un trabajador social o un psicólogo; examen médico; terminación del embarazo; seguimiento de los servicios de salud reproductiva, tales como la detección y tratamiento de ETS, y uso de anticonceptivos.*¹⁹

Ofrecimiento de atención postaborto

Cualquiera que sea la situación legal del aborto, servicios de alta calidad para tratar y manejar complicaciones derivadas del aborto deberían ser accesibles para todas las mujeres.²¹

Los elementos claves de la atención postaborto incluyen: tratamiento de emergencia para las complicaciones del aborto; consejería y servicios de planificación familiar y vínculos con los servicios integrales de salud reproductiva.²²

Para prevenir la mortalidad relacionada con el aborto, es preciso contar con atención de emergencia postaborto durante las 24 horas del día, ya que muchas mujeres con serias complicaciones requieren atención inmediata.^{22, 23} Cada establecimiento debe contar con personal capacitado y autorizado, equipos apropiados, protocolos explícitos para los procedimientos de tratamiento, un mecanismo de coordinación entre las unidades/departamentos pertinentes y redes efectivas de referencia.²²

Todas las mujeres que se han sometido a un aborto inducido deben recibir información exacta sobre planificación familiar, consejería sensible, una gama de métodos anticonceptivos y referencias para una atención permanente. Sin embargo, la atención postaborto nunca debe depender de la aceptación de un determinado método anticonceptivo.²⁴

■ *En Ghana se capacitaron parteras de centros de salud comunitaria y casas privadas de maternidad para el tratamiento de aborto incompleto con la técnica de aspiración manual endo-uterina (AMEU) y en consejería sobre métodos de planificación familiar postaborto.*

■ *En Nigeria, los médicos y las parteras de la Asociación Cristiana de Salud de Nigeria (Christian Health Association of Nigeria - CHAN) han sido entrenados para brindar atención postaborto y para ofrecer otros servicios de salud reproductiva incluyendo detección y tratamiento de ETS.*²⁶

Educación de las comunidades

La educación es fundamental para reducir el problema de salud pública del aborto en condiciones de riesgo. Los mensajes de educación en salud deben basarse en la incidencia y el impacto de los abortos en condiciones de riesgo dentro de las comunidades y deben tener en cuenta las creencias, actitudes y prácticas de la gente. Estos mensajes deben proporcionar información sobre la situación legal del aborto, la prevención de embarazos no desea-

dos y de abortos en condiciones de riesgo y reconocimiento y búsqueda de tratamiento apropiado para las complicaciones del aborto.²⁷

■ **En Bolivia se realizó una campaña del gobierno, dirigida por el Presidente y el Secretario de Salud, para crear conciencia acerca de una amplia gama de temas relacionados con la salud reproductiva, incluyendo las muertes causadas por abortos realizados en condiciones de riesgo. Una evaluación de la campaña mostró que ésta había sido altamente exitosa y que el mensaje sobre los peligros de los abortos en condiciones de riesgo, habían sido los más recordados de entre todos los mensajes de la campaña.**²⁸

Leyes y políticas de apoyo

Cuando la legislación se modifica para permitir un mayor acceso a los servicios relacionados con el aborto, tales cambios deben estar acompañados de modificaciones en la estructura de los servicios. Estas deben incluir el desarrollo de normas apropiadas para la provisión del servicio; protocolos, guías y procedimientos administrativos y, si es el caso, la reestructuración del sistema de salud para asegurar la disponibilidad de servicios seguros y de alta calidad en los niveles de atención primaria compatibles con una atención de buena calidad. El personal debe estar capacitado y dispuesto a proveer los servicios y asimismo debe contarse con el suministro de equipo y medicamentos necesarios. Es preciso asignar recursos para todas estas actividades.¹⁸

■ **En Sudáfrica, antes de entrar en vigencia en febrero de 1997 una nueva ley liberal sobre aborto, el Ministerio de Salud identificó sitios en el nivel de atención primaria donde los servicios de aborto serían ofrecidos. También fueron identificadas las necesidades de capacitación del personal y se desarrolló un plan nacional de adiestramiento.**¹⁸

Las políticas y las leyes pueden contribuir a la ocurrencia de abortos inseguros al impedir el derecho de las mujeres de proteger su salud sexual y reproductiva. Ejemplos de ello incluyen la prohibición de la entrega de anti-conceptivos a mujeres solteras y adolescentes y el requisito de consentimiento del cónyuge para el uso de servicios de planificación familiar. Tales políticas deberían ser examinadas y revisadas, teniendo en cuenta los valores culturales, religiosos y morales de las respectivas comunidades.^{2, 21}

Nota:

En este hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. *Abortion: A Tabulation of Available Information*, 3a. edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997, en prensa.
2. *Report of the International Conference on Population and Development*. Naciones Unidas, Nueva York, 1994.
3. A. Eschen, *Acting to Save Women's Lives: Report of the Meeting of Partners for Safe Motherhood*. Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 1992.
4. K. Rogo, "Prevention of Unsafe Abortion in Africa: A Case for a Community-based Approach". *Proceedings: Abortion Matters, International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services*. Stimezo Nederland, Utrecht, Países Bajos, 1997.
5. "Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives". *Population Reports*, Vol. 24, No.2, septiembre de 1997.
6. F.M. Coeytaux, "Abortion" en M. Koblinsky, et al., eds., *The Health of Women: A Global Perspective*. Westview Press, Oxford, 1993.
7. G. S. Mpangile y colaboradores, "Factors Associated with Induced Abortion in Public Hospitals in Dar es Salaam, Tanzania", *Reproductive Health Matters*, No.2, 21-31, noviembre de 1993.
8. S.J. Segal and K.D. LaGuardia, "Termination of Pregnancy - A Global View". *Balliere's Clinical Obstetric and Gynaecology*, Vol.4, No. 2, 235-247, 1990.
9. *Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues*. Population Action International, Washington, D.C., septiembre de 1993.
10. S. N. Kinoti y colaboradores, *Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa*. Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, Arusha, Tanzania, 1995.
11. *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*. Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1994.
12. *The Health of Young People: A Challenge and a Promise*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1993.
13. N. Sadik. *The State of World Population 1997*. FNUAP, Nueva York, 1997.
14. *Abortion Policies: A Global Review*, volumen 1, Afganistán a Francia (1992); volumen 2, Gabón a Noruega (1993); volumen 3, Omán a Zimbabwe (1995), Naciones Unidas, Nueva York.
15. E. Royston and S. Armstrong, eds. *Preventing Maternal Deaths*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1989.
16. S. Henshaw, "Abortion Laws and Practice Worldwide", *Proceedings: Abortion Matters, International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services*, Stimezo Nederland, Utrecht, Países Bajos, 1997.
17. F. Nunes y Y. Delph, "Making Abortion Law Reform Happen in Guyana: A Success Story", *Reproductive Health Matters*, No. 6, noviembre de 1995.
18. "Abortion Laws into Action: Implementing Legal Reform". *Initiatives in Reproductive Health Policy*, vol.2, No.1. Ipas, Carrboro, Carolina del Norte, enero de 1997.

19. I. G. Pereira y C. N. daMota, *Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei*, Ipas, Carrboro, Carolina del Norte, 1996.

20. H. McKay y B. Hartley, "How Can You Combat Unsafe Abortion?: Practical Approaches in Action". *Planned Parenthood Challenges*, 1993/1, Federación Internacional de Planificación de la Familia 1993.

21. *Platform for Action. The Fourth World Conference on Women*. Naciones Unidas, Nueva York, 1995.

22. *Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care*. Postabortion Care Consortium, Baltimore, 1995.

23. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1995.

24. K. E. McLauriny colaboradores, "Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group". *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, vol. 45 (suplemento), 1994.

25. K. Otsea y colaboradores, "Midwives Deliver Postabortion Care Services in Ghana". *Dialogue*, Vol.1, No.1. Ipas, Carrboro, Carolina del Norte, junio de 1997.

26. "Promoting Improved Women's Reproductive Health in Nigeria", *Africa Reports*, Ipas, Carrboro, Carolina del Norte, 1995.

27. "Prevention and Management of Unsafe Abortion: A Guide for Action" (borrador no publicado). Family Care International, Nueva York, 1998.

28. "Reproductive Health is in Your Hands: Impact of the Bolivian National Reproductive Health Campaign". IEC Report No. 4, JHPIEGO, febrero de 1996.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaria.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998

La reducción de la mortalidad materna en un 50% para el año 2000 fue planteada como meta importante de desarrollo en la Conferencia Mundial sobre Maternidad sin Riesgo celebrada en Nairobi en 1987; la Cumbre Mundial de la Infancia (1990); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994); la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). El establecimiento de esta meta cuantitativa ha generado una mayor presión sobre los gobiernos para que provean estimaciones adecuadas de la mortalidad materna con el fin de evaluar el progreso registrado en el logro de esa meta. Sin embargo, el cálculo de los niveles de mortalidad materna es problemático y cada vez más se recomienda el uso de indicadores alternativos para vigilar el progreso alcanzado.

La Medición del Progreso

¿Qué es la Mortalidad Materna?

De acuerdo con la definición de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, una muerte materna es "la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales".¹ Existen varios indicadores del nivel de mortalidad materna, entre los cuales los más comunes son:

Razón de mortalidad materna* (número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos): Esta medida indica el riesgo de muerte materna entre las mujeres embarazadas y recientemente embarazadas. Refleja el estado general de salud de la mujer, su acceso a atención en salud y la calidad de servicio que recibe. La OMS y la UNICEF han calificado la mortalidad materna como "una prueba de la situación de la mujer".^{2,3}

Tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por año por 100.000 mujeres de 15 a 49 años de edad): Esta medida refleja el riesgo de muerte entre mujeres embarazadas y recientemente embarazadas y la proporción de todas las mujeres que quedaron embarazadas en un año determinado. En consecuencia, se puede reducir bien sea, haciendo más segura la reproducción (que también es aplicable para la razón de mortalidad materna del punto anterior) y/o reduciendo el número de embarazos.²

*Tradicionalmente, esta medida se ha llamado tasa y como tal está definida en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, técnicamente es una razón y así es denominada en la actualidad por muchos expertos que trabajan en este campo. Es esencial especificar el denominador utilizado para hacer clara la distinción.

Riesgo durante toda la vida: Esta medida refleja la probabilidad de muerte materna que enfrenta una mujer promedio durante toda su vida reproductiva. Al igual que la tasa de mortalidad materna, refleja tanto el riesgo de morir de muerte materna, como el riesgo de quedar embarazada. Sin embargo, también tiene en cuenta la acumulación del riesgo con cada embarazo.^{3,4}

¿Por Qué es Difícil Medir la Mortalidad Materna?

□ **Frecuentemente las muertes maternas no son registradas:** En países en desarrollo, con frecuencia las personas mueren fuera del sistema de atención de salud, lo que dificulta el registro exacto de las muertes. En los casos en que existen registros, la causa de la muerte puede atribuirse erróneamente, o el sistema puede no registrar el hecho que la mujer estaba embarazada en el momento de la muerte. Los estudios realizados tanto en países desarrollados como en desarrollo han encontrado que el sub-registro puede ser significativo; en algunos casos, el número real de muertes maternas durante el período bajo estudio ha resultado ser el doble o el triple del informado inicialmente.⁵

□ **Con frecuencia las muertes maternas son clasificadas erróneamente:** La clasificación errónea constituye un problema en los países desarrollados y en desarrollo, y en parte se debe a que resulta difícil determinar la causa médica de la muerte. Los trabajadores de salud pueden desconocer la causa de muerte de la mujer o si estaba embarazada o había dado a luz recientemente. Aún en los casos en que quien la atendió sabe que la muerte estuvo relacionada con complicaciones obstétricas, esta información puede no registrarse si la mujer murió en un pabellón médico o de

emergencia. A veces las muertes se clasifican intencionalmente en forma errónea, especialmente si están asociadas con complicaciones de abortos clandestinos.

□ **Las muertes maternas son relativamente raras:** Inclusive en países con elevados niveles de mortalidad materna, el número real de muertes maternas que se producen en un determinado lugar y período es generalmente reducido. Por lo tanto, cuando se utilizan métodos de encuesta para estimar

Medición de la Morbilidad

La morbilidad obstétrica es más común que la mortalidad y es un campo importante de estudio. Algunos analistas han propuesto medir la morbilidad para evaluar el impacto de los programas como alternativa de medición de la mortalidad. Sin embargo, la morbilidad es difícil de definir, interpretar y medir.⁶ Puede resultar difícil identificar y clasificar la morbilidad obstétrica e incluso el personal médicamente capacitado puede diferir en su diagnóstico.

Estudios destinados a evaluar la exactitud de la morbilidad declarada por las propias mujeres (por ejemplo, a través de encuestas), han encontrado que tales declaraciones no se correlacionan adecuadamente con los registros o los diagnósticos médicos. Sin embargo, la percepción de las mujeres acerca de la morbilidad obstétrica es importante — y debería estudiarse — porque resulta fundamental para comprender el uso (o no uso) de los servicios de salud por parte de las mujeres. Una forma alternativa de medir la morbilidad obstétrica es utilizar los datos de los servicios de salud. Sin embargo, por lo general dicha información no es representativa de la totalidad de la población.

En consecuencia, si bien es importante recopilar información sobre las dimensiones de la morbilidad materna para comprender la gama completa de aspectos relacionados con la salud materna, la morbilidad no debería utilizarse como un indicador del impacto de los programas.⁶

la mortalidad materna, es preciso contar con tamaños de muestras muy grandes y en consecuencia los costos son elevados.

¿Cómo se Mide la Mortalidad Materna?

Para estimar la mortalidad materna se requiere contar con la siguiente información para un determinado período y zona geográfica:

— número de muertes de mujeres en edad reproductiva;

— causa y momento de cada muerte;

— el estado de embarazo o del embarazo reciente de cada mujer que muere.

Registros vitales: En países en desarrollo, la mortalidad materna se mide utilizando datos sobre nacimientos y muertes recopilados a través de los sistemas de registros vitales, combinados con la certificación médica de la causa de las muertes. Inclusive en estos países el sistema no es perfecto y muchas muertes maternas se clasifican erróneamente dando como resultado el sub-registro. Algunos estudios han utilizado diversas fuentes (por ejemplo revisión de los registros hospitalarios, entrevistas con el personal del hospital o miembros de la comunidad) con el fin de complementar los sistemas de registros vitales y recopilar información adicional.⁵

En la mayoría de los países en desarrollo, los sistemas de registros vitales son incompletos y el registro correcto de la causa de la muerte, es más la excepción que la regla. En estos países se requieren otros enfoques para estimar el nivel de la mortalidad materna.

Encuestas de la mortalidad durante la edad reproductiva (Reproductive age mortality surveys - RAMOS): Los estudios RAMOS comprenden una revisión en profundidad de las muertes entre todas las mujeres en edad reproductiva y se consideran el "patrón oro" para estimar la mortalidad materna. Son complejas y muy costosas para realizar y, a la fecha, solamente diez países en desarrollo han utilizado la metodología RAMOS.³ Sin embargo, este método proporciona datos no sólo sobre la razón de mortalidad materna, sino también sobre las causas de muerte, grupos de alto riesgo y factores de prevención que pueden ser usados para la planeación y evaluación de los programas.

Encuestas de hogares que utilicen estimaciones directas: Debido a que las muertes maternas son

relativamente infrecuentes, cuando se utilizan encuestas de hogares se requieren tamaños de muestra muy grandes para obtener resultados confiables y representativos. En las estimaciones de la mortalidad materna, los intervalos de confianza son típicamente amplios y por consiguiente los indicadores de mortalidad materna no son muy precisos. Desafortunadamente los intervalos de confianza rara vez se calculan o se presentan en la literatura, dando una impresión de exactitud que no está garantizada. Como las estimaciones de encuestas de hogares son imprecisas, éstas no pueden utilizarse para vigilar el progreso en el corto plazo.

□ *Un estudio llevado a cabo en Addis Ababa, Etiopía, en más de 30.000 hogares, obtuvo una razón de mortalidad materna de 566 muertes por 100.000 nacidos vivos (basada en 45 muertes maternas identificadas). El intervalo de confianza del 95% calculado para esta estimación osciló entre 374 y 758 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.²*

Los expertos han estimado que para establecer una razón de mortalidad materna de 300 por 100.000 nacidos vivos con un margen de error del 20%, sería preciso identificar 50.000 nacidos vivos. Esto podría significar visitar unas 200.000 hogares. El costo de una encuesta de este tipo es prohibitivo en la mayoría de los países.⁷

Método de las hermanas: Este método indirecto de estimar la mortalidad materna consiste en hacer una encuesta a las mujeres en edad reproductiva preguntándoles acerca de la supervivencia de todas sus hermanas adultas. En general este cuestionario se agrega a la encuesta de hogares de manera que el método resulta particularmente costo-efectivo. Requiere una muestra mucho más pequeña que los métodos directos de estimación ya que compila información sobre todas las hermanas de la entrevistada.

Generalmente las estimaciones generadas mediante este método se aplican a un período de 10 a 12 años anteriores al estudio, dependiendo de la edad de las entrevistadas. Una derivación más reciente utilizada en las Encuestas de Demografía y Salud puede producir una estimación que se aplica a un período más reciente; sin embargo, esta versión requiere un tamaño de muestra más grande.⁷ En otras palabras, cuanto menor sea el tiempo de referencia para la estimación, mayor será la muestra que se necesita.

Este método no proporciona una estimación de los niveles actuales de mortalidad materna, y en consecuencia, no refleja los cambios recientes. Como en cualquier encuesta, este método está sujeto a los márgenes de error relacionados con el tamaño de la muestra; sin embargo, es considerablemente más costo-efectivo que las encuestas de hogares que utilizan estimaciones directas y puede proveer un buen punto de partida para investigaciones posteriores más detalladas.

Estimaciones de OMS/UNICEF: Como muchos países en desarrollo no cuentan con estimaciones nacionales de la mortalidad materna y para compensar los problemas relacionados con el sub-registro o el registro erróneo, la OMS y la UNICEF desarrollaron un nuevo método para estimar la mortalidad materna para el año 1990. El método comprende una doble estrategia: 1) cuando existían estimaciones de mortalidad materna, las cifras se ajustaron para tomar en cuenta el sub-registro y la clasificación errónea; 2) cuando no se contaba con estimaciones confiables, se aplicó un modelo que genera una cifra estimada basada en las tasas de fecundidad y la proporción de nacimientos asistidos por personal calificado. Estas estimaciones tienen amplios márgenes de error y deben considerarse como cifras que sólo dan una idea de magnitud.³

¿Cómo Deben Utilizarse las Estimaciones de la Mortalidad Materna?

A excepción de los registros vitales, (con registro completo o casi completo) y los estudios RAMOS, las estrategias de medición antes indicadas proporcionan estimaciones imprecisas de la mortalidad materna y muestran grandes márgenes de error. En la mayoría de las encuestas de hogares, particularmente en las que se utiliza el método de las hermanas, los resultados proporcionan estimaciones de la magnitud, y sólo deben utilizarse para.^{6,7}

- lograr una percepción general de la extensión del problema;
- sensibilizar a los responsables de la formulación de políticas, planificadores de programas y otros interesados acerca de la magnitud del problema;
- estimular la discusión y la acción; y

- movilizar recursos nacionales e internacionales para la salud materna.

Los resultados *no deben* utilizarse para:^{6, 7}

- vigilar tendencias y/o medir el progreso sobre una base anual (pueden utilizarse para vigilar tendencias a lo largo de más de una década);
- evaluar el impacto de los programas;
- comparar zonas geográficas; y
- asignar recursos.

¿Cómo se Evalúan las Necesidades De Políticas y Programas?

Para el diseño, ejecución y evaluación de los esfuerzos en políticas y programas, es más importante comprender *por qué* las mujeres mueren como consecuencia del embarazo y el parto que determinar el nivel de mortalidad materna. Diversos instrumentos de evaluación se han desarrollado para contribuir a la formulación de estrategias nacionales para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna.⁸

También se han desarrollado indicadores de proceso que se utilizan para respaldar las estrategias políticas y de programas. Estos indicadores proporcionan información acerca de los sistemas que se usan y que facilitan u obstaculizan el acceso y la provisión de servicios de salud materna de alta calidad. Los siguientes son algunos indicadores comúnmente citados:^{4, 9}

- la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado;
- la proporción de mujeres embarazadas que reciben asistencia prenatal;
- la proporción de mujeres embarazadas que reciben inmunización de toxoide tetánico;
- la proporción de nacimientos que ocurren en instituciones de salud; y
- la proporción de partos no programados en relación con los programados en instituciones de salud.

Cada uno de estos indicadores tiene ventajas y desventajas y los planificadores de servicios de salud deben identificar cuáles resultan más útiles para sus propósitos y cuáles pueden obtenerse más fácilmente. En la mayoría de los casos, los datos para estos indicadores

pueden obtenerse en las instalaciones de salud y en encuestas de población.¹⁰

Otros mecanismos ampliamente utilizados para evaluar y vigilar la calidad de los servicios de salud materna son las revisiones de casos de muertes maternas y auditorías realizadas en las instituciones. Una revisión de casos de muertes maternas es una investigación cualitativa y detallada de las causas y circunstancias que rodean un reducido número de muertes maternas que ocurren en determinadas instalaciones de salud. Para llevar a cabo la revisión, se constituye un equipo de personas (generalmente integrado por personal de la institución). El proceso puede concentrarse solamente en lo que ocurrió en la institución (auditoría institucional) o también puede examinar lo que ocurrió antes que la mujer llegara a la institución de salud, es decir, las circunstancias ocurridas en la comunidad que pueden haber contribuido a su muerte, tales como demora en buscar u obtener la atención.¹¹

Uno de los principales medios para reducir la mortalidad materna es a través del mejoramiento del acceso, utilización y calidad de los servicios obstétricos. La UNICEF, la OMS y el FNUAP han preparado una serie de indicadores de proceso, diseñados para ser usados por planificadores de políticas y de programas, que se concentran específicamente en estos aspectos. Tales indicadores utilizan datos que pueden recopilarse y analizarse al nivel de la institución de salud y no requieren investigaciones de población a gran escala.²

Series de Indicadores de Proceso

Las series de indicadores de proceso proveen información relacionada con la cobertura de Atención Obstétrica Esencial (AOE)* (por ejemplo, disponibilidad, accesibilidad y uso) y el desempeño de las instalaciones de AOE. A continuación se incluye una lista de los indicadores y su nivel mínimo aceptable (véanse las guías de discusión e interpretación de estos indicadores).²

1. Cobertura de la AOE

- **Cantidad de servicios de AOE:** Un centro que provee AOE integral y cuatro centros que proveen AOE básica por cada 500.000 personas.
- **Distribución geográfica de las instalaciones de AOE:** Un centro que provee AOE integral

y cuatro centros que proveen AOE básica dentro de una área geográfica aceptable.

- **Proporción de todos los nacimientos ocurridos en instituciones de AOE básica e integral:** Un mínimo de 15% de todos los nacimientos en la población deben tener lugar en un centro de AOE.
- **Satisfacción de la necesidad de AOE:** El 100% de todas las mujeres con complicaciones obstétricas debería tratarse en instituciones de AOE básica e integral.

2. Desempeño de las instituciones de AOE

- **Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos:** La tasa de cesárea es utilizada para evaluar si las instituciones proporcionan o no servicios obstétricos vitales debido a que frecuentemente se registra y por consiguiente es más fácil obtener estos datos. La experiencia muestra que el 5% de todos los nacimientos ocurridos en una población pueden necesitar cesárea para evitar la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Debido a que en algunas regiones se ha recurrido en forma excesiva a la atención de partos por cesárea y como en cualquier procedimiento de cirugía mayor existe el riesgo de lesiones e inclusive de muerte, se sugiere un límite máximo del 15%.²
- **Tasas de muertes:** La tasa de muerte se refiere al número de muertes maternas como proporción del total de complicaciones obstétricas en una institución determinada que provee servicios de AOE integral. La tasa de mortalidad de mujeres con complicaciones obstétricas no debe exceder el 1%

*Atención Obstétrica Esencial (AOE): los elementos esenciales de la atención obstétrica requeridos para manejar las principales complicaciones obstétricas: cirugía obstétrica (parto por cesárea, tratamiento de la sepsis, tratamiento de desgarro vaginal y cervical, laparotomía, remoción de embarazos ectópicos, evacuación del útero, oxitocina intravenosa, amniotomía, craneotomía, sinfisiotomía); anestesia; tratamiento médico de la sepsis, shock, eclampsia y anemia; reemplazo de sangre; remoción de la placenta; reparación de episiotomías y desgarramientos perineales; extracción endouterina; vigilancia del parto; atención de anemia severa, diabetes y otras complicaciones indirectas; y resucitación neonatal.

AOE básica: los elementos de la AOE que pueden proporcionarse en instalaciones de salud más periféricas, como centros de salud.

AOE integral: los elementos completos de la AOE que deberían proporcionar los hospitales de distrito. (Para mayor información, véase la referencia citada en la nota 2).

cuando son atendidas en una institución de atención AOE. Un estudio realizado en África Occidental mostró que en 1995, las muertes entre mujeres hospitalizadas con complicaciones fluctuaron de 1,2% a 8%. En contraste, un estudio de hospitales en los Estados Unidos a finales de los años setenta mostró tasas tan bajas como 0,03%.²

¿Qué se Puede Hacer?

Los planificadores de salud deben evaluar en qué medida es necesario determinar el nivel preciso de mortalidad materna, cuán precisa debe ser dicha estimación y cuántos recursos deben utilizarse para obtenerla.

En general, las técnicas actualmente disponibles para estimar la mortalidad materna son muy costosas de aplicar y no necesariamente proveen estimaciones precisas o confiables. Además, es difícil interpretar correctamente las estimaciones de mortalidad materna debido a que los datos están sujetos frecuentemente a amplios márgenes de error.

No obstante, las estimaciones de la mortalidad materna son importantes para tener una visión general de la magnitud del problema, generan interés y debates y movilizan recursos nacionales e internacionales. Los planificadores de servicios de salud deberán ponderar la necesidad de atraer atención y acción a este tema frente a la necesidad de recopilar datos que ayuden a los planificadores de políticas y programas a identificar intervenciones prioritarias y a detectar debilidades en el sistema de prestación de servicios.

Donde los recursos son particularmente limitados y no existen estimaciones nacionales, el método de las hermanas puede ser una opción práctica para proporcionar una visión retrospectiva de los niveles globales de la mortalidad materna. Alternativamente, los planificadores de salud pueden utilizar las estimaciones de la OMS/UNICEF como un indicio de la magnitud del problema.

Deberían utilizarse indicadores de proceso para asegurar que el desarrollo, ejecución y evaluación de los esfuerzos de políticas y programas se basen en información confiable.

La recopilación de los datos de los indicadores de proceso es menos compleja y costosa que la de los datos sobre mortalidad materna; la información generalmente se obtiene de los datos rutinarios de salud recopilados a nivel

institucional. Los datos de los indicadores de proceso también pueden resultar más útiles a los planificadores de políticas y programas que los datos sobre mortalidad materna ya que proporcionan información acerca de factores que se sabe reducen la mortalidad materna y pueden respaldar la administración de programas a nivel local.

Las autoridades deben seleccionar cuidadosamente aquellos indicadores que son directamente relevantes a las intervenciones que se proponen realizar. La serie de indicadores de proceso desarrollada por la UNICEF, la OMS y el FNUAP es particularmente útil, ya que aborda uno de los principales medios para prevenir la mortalidad materna: la disponibilidad, la accesibilidad, el uso y la calidad de los servicios obstétricos esenciales. Los datos obtenidos mediante esta serie pueden ser complementados con información generada por las revisiones y auditorías de casos de muertes maternas, así como con enfoques descriptivos y cualitativos como las discusiones de grupos focales a nivel de la comunidad.

Los resultados de estudios de mortalidad materna, incluyendo evaluaciones de programas, pueden utilizarse con una amplia gama de audiencias y para una gran diversidad de propósitos. Por ejemplo, dependiendo del tipo de estudio, la información puede ser relevante para los responsables de la formulación de políticas, proveedores de servicios de salud, hospitales, sociedades médicas, grupos comunitarios e instituciones de investigación. También puede emplearse en campañas de defensa y promoción y en la planificación de programas. En todos los casos, los datos requieren ser presentados e interpretados claramente y establecidas las recomendaciones para la acción, con el fin de generar estrategias que puedan ser verdaderamente beneficiosas a nivel de la prestación de servicios.^{5, 11}

Nota:

En este hoja informativa, el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es usado para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1. *International Classification of Diseases, 10a. revisión*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
2. UNICEF/OMS/FNUAP, "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services", octubre de 1997.
3. "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF". OMS, Ginebra, 1996.
4. W. Graham y O. Campbell, "Measuring Maternal Health: Defining the Issues", London School of Hygiene and Tropical Medicine, mayo de 1991.
5. H. Atrash, "Maternal Mortality Surveillance", presentación efectuada en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
6. O. Campbell, "Measuring Progress in Safe Motherhood", presentación efectuada en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgos en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1993.
7. OMS y UNICEF, "The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance Notes for Potential Users", OMS/Ginebra, octubre de 1997.
8. Organización Mundial de la Salud, "Safe Motherhood Needs Assessment Methodology", WHO/FHE/MSM/95.1 (borrador); O. Campbell, M. Koblinsky y P. Taylor, "Off to a Rapid Start: Appraising Maternal Health and Services", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol.48, Suplemento, junio de 1995; y "Assessing Maternal and Peri-Neonatal Health: Tools and Methods- The MotherCare Experience", MotherCare Project, Arlington, Virginia, abril de 1994.
9. "Indicators to Monitor Maternal Health Goals." Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.
10. A. Tinker y M. Koblinsky, *Making Motherhood Safe*, Banco Mundial, Washington, DC, 1993; también "Indicators for Reproductive Health Program Evaluation: Final Report of the Subcommittee on Safe Pregnancy", The Evaluation Project, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, diciembre de 1995.
11. J. Ireland y W. Graham, "Conducting a Case Review of Maternal Deaths". Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, Universidad de Aberdeen, mayo de 1996 (preparado para la Evaluación de las Necesidades de Maternidad sin Riesgos de la OMS).

Preparado por Family Care Internacional (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

La traducción de las hojas informativas ha sido posible gracias al Banco Interamericano de Desarrollo. También han sido preparadas en forma más abreviada para el público en general. Para mayor información o para solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría, en la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012, EE.UU.
Teléfono: (212)941-5300
Fax: (212)941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org*

1998