

VIII. Mejorar la salud materna



VIII. MEJORAR LA SALUD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

1. ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

Descripción del objetivo y alcance de la meta

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) no pueden ser comprendidos de forma aislada, ya que son parte de un conjunto integrado de metas, con causas entrecruzadas, que tienen como prioridad reducir a la mitad la pobreza en el mundo para 2015².

El objetivo de mejorar la salud materna, cuya meta es la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, depende directa o indirectamente de otros Objetivos del Milenio, tales como la mejoría de la educación (especialmente de las madres y las niñas, pero también de los hombres), el acceso a agua potable, el combate de las enfermedades transmisibles, la mejoría de las condiciones nutricionales, la equidad de género y el acceso a medicamentos esenciales. Por otro lado, la mejoría de los indicadores de salud materna es también importante para el logro de otros ODM, tales como promover la equidad de género, reducir la mortalidad infantil y prevenir las enfermedades transmisibles, especialmente el SIDA.

La experiencia de muchas décadas en iniciativas para mejorar la salud pública y las condiciones de salud materno-infantil, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, ha brindado muchas lecciones que pueden ser compartidas para lograr la meta de mejorar la salud materna. La lección más importante es la necesidad de una mayor focalización de los recursos públicos en los más pobres y en los grupos socialmente excluidos por razones de género, edad o etnia. Para ello, se debe cambiar la estructura y la organización de las políticas de salud. Además, es necesario crear una cultura de medición, monitoreo y evaluación permanente de los servicios de salud materna, enfocada en resultados y en la implementación de acciones costo efectivas basadas en la evidencia. En otras palabras, hay que hacer que la mejoría de la salud materna sea parte de un proceso de creación de una cultura de desarrollo económico y social.

Las altas tasas de mortalidad materna son evitables y el hecho de que estas tasas persistan altas evidencia fallas en los procesos de desarrollo de los países. A pesar de los esfuerzos que empezaron en 1987 con la iniciativa mundial por la maternidad segura promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores de mortalidad materna no han mejorado en los últimos 16 años y en algunos países han empeorado. Actualmente, las complicaciones obstétricas siguen siendo la principal causa de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva. Se estima que en 2002 ocurrieron medio millón de muertes maternas, lo que significa que cada minuto muere una mujer en el mundo por causas obstétricas.

1. Este documento fue elaborado por André Medici. El autor agradece los comentarios de Ernest Massiah, Claudia Piras y Elisa Fernández.
2. La Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Financiación para el Desarrollo que se celebró en Monterrey (México) entre el 18 y el 22 de marzo de 2002 ratificó las metas propuestas en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000, vinculando todos los objetivos a la reducción de la pobreza y buscando un compromiso internacional para su consecución.

Además, la mortalidad materna ha sido el indicador que marca las más extremas desigualdades a escala mundial. Las tasas de mortalidad infantil de los países pobres han sido hasta veinte veces mayores que las de los países ricos mientras que las de mortalidad materna en los primeros son hasta cien veces mayores que las de los últimos³. Esto ocurre, básicamente, porque en los últimos 20 años el mundo movilizó estrategias, políticas y recursos financieros para la reducción de la mortalidad infantil, mientras que el consenso y la movilización en favor de la reducción de la mortalidad materna han sido recientes y todavía tienen un carácter más retórico que efectivo. En muchos países, las altas tasas de mortalidad materna han sido el principal problema de salud y la mayor inequidad de género a ser resuelta.

Asimismo, debe destacarse que la salud materna y la salud infantil están estrechamente vinculadas y que el eslabón que las une son los servicios de salud reproductiva. Factores como el número de hijos y el espaciamiento de los embarazos, la prevención y tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles y otros temas de salud reproductiva son esenciales para el bienestar social y la erradicación de la pobreza. Por lo tanto, han que ser considerados bajo la perspectiva del alcance de este ODM.

También es importante destacar que el alcance de la meta de mejoría de la salud materna se encuentra indisolublemente vinculado a la mejoría de los servicios de atención primaria de salud. No es posible mejorar la salud materna si no hay disponibilidad de servicios de salud prenatales y postnatales, así como atención obstétrica especializada durante el parto. Por lo tanto, el aumento de la cobertura y la mejoría de la equidad de los servicios de salud no son suficientes, pero son esenciales para lograr la mejoría de la salud materna. Es en esta perspectiva amplia que debe entenderse el alcance de la meta de mejorar la salud materna, y específicamente, la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Los indicadores asociados a la meta de mejoría de la salud materna

Los indicadores asociados a la meta son dos: *la tasa de mortalidad materna (TMM)* y *el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (PAPSE)*. La TMM es definida por el número de muertes de madres por complicaciones asociadas al parto o al embarazo por cada 100.000 niños nacidos vivos. Es una forma de medir la seguridad del embarazo y del parto para las madres en cada región, país o localidad. La PAPSE es un registro administrativo de los servicios de salud. Su validez como indicador depende de la calidad de los datos de registro de atención al parto en los sectores públicos y privados de salud, y de la capacidad de los sistemas estadísticos nacionales de salud de proceder a una adecuada depuración y formateo de la información.

Problemas de las bases de datos

Las muertes maternas son difíciles de ser identificadas con precisión. La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) considera como mortalidad materna las causas de muerte derivadas de complicaciones obstétricas ocurridas durante el embarazo y

**RECUADRO 1.
CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE MORTALIDAD MATERNA POR TIPO DE PAÍS**

Países de ingresos altos – Los registros civiles son completos y la calidad de la información sobre causa de muerte es buena. Aún así los datos de mortalidad materna pueden ser mal clasificados por problemas diversos, con errores estimados en hasta un 50%.

Países de ingresos medios-altos – Pueden presentar registros civiles relativamente completos pero la calidad de la información de causa de muerte no es buena, llevando al subregistro de muertes maternas.

Países de ingresos medios y medios-bajos – En general presentan registros civiles muy precarios y la mayoría de los eventos vitales no son declarados o lo son tardíamente.

el parto. Pero los datos de los registros civiles, incluso en los países desarrollados, no reportan adecuadamente la causa de muerte. En los países en desarrollo, como los de América Latina y el Caribe, los problemas más graves son los altos niveles de subregistro o registro tardío tanto de nacimientos como de muertes y la mala calidad de la información asociada a las causas de mortalidad⁴. En estos casos, no se puede confiar plenamente en los registros existentes. Es necesario establecer metodologías que permitan estimar la mortalidad materna a partir de observaciones parciales, encuestas de hogares y métodos de observación histórica de eventos clínicos, posibilitando extrapolaciones para áreas geográficas con iguales características epidemiológicas, socioeconómicas e institucionales.

**RECUADRO 2.
MÉTODOS PARA OBTENER DATOS DIRECTOS O ESTIMAR LA MAGNITUD DE LA MORTALIDAD MATERNA**

1. Estadísticas Vitales de los Registros Civiles.
2. Encuestas de hogares.
3. Método indirecto de reporte de las hermanas (*indirect sisterhood method*).
4. Método directo de reporte de las hermanas (*direct sisterhood method*) utilizado en las encuestas de demografía y salud (EDS).
5. Estudios de mortalidad en las edades reproductivas (*Reproductive Age Mortality Studies – RAMOS*).
6. Autopsia verbal basada en entrevistas.
7. Censos demográficos.

Existen varios métodos para obtener estadísticas o estimar la magnitud de la mortalidad materna. El recuadro 2 presenta los más utilizados. Los datos existentes sobre mortalidad materna, estimados para 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la colaboración de UNICEF y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), fueron basados en informaciones de fuentes distintas, como se presenta en el cuadro 1 para algunos países de América Latina y el Caribe.

4. Para información más detallada sobre las dificultades de medir la mortalidad materna, consultar AbouZahr, C., 2001.

CUADRO 1.
TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100.000 NACIDOS VIVOS) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SEGÚN FUENTES DE INFORMACIÓN (2000)

Clase	Estado de la información existente y método utilizado para estimar la mortalidad materna	País	TMM Oficial	TMM Ajustada	Intervalo de la estimación
A	Estadísticas vitales completas con buena información sobre causa de muerte	Argentina	43	82	54-110
		Barbados	64	95	64-130
		Chile	21	31	21-42
		Costa Rica	36	43	28-57
		México	60	83	56-110
		Panamá	108	160	110-220
		Puerto Rico	16	25	16-33
		Trinidad y Tobago	103	160	100-210
		Uruguay	18	27	18-35
		Venezuela	64	96	64-130
B	Estadísticas vitales completas pero con mala información sobre causa de muerte.	Colombia (b)	105	130	83-180
		Ecuador (b)	97	130	93-200
		Guyana (c)	-	150	50-430
		Paraguay (b)	161	170	65-390
C	Encuestas de Demografía y Salud - Método Directo de Reporte de las Hermanas	Brasil	161	260	160-370
		Guatemala	190	240	140-350
		Haití	523	680	400-970
		Perú	185	410	230-590
D	Estudios de mortalidad en los grupos de edad reproductiva (RAMOS)	Belice (d)	-	140	70-280
		Cuba (b)	42	33	16-66
		Honduras (b)	108	110	54-220
		Jamaica (b)	106	87	44-170
		Surinam (e)	-	110	56-220
E	Sin datos o estimativas previas sobre mortalidad materna, además de estadísticas vitales con bajos niveles de registro (estimativa basada en modelo de ajuste).	Bahamas (a)	-	60	25-98
		Bolivia (b)	390	420	110-790
		R. Dominicana (b)	82	150	37-280
		El Salvador (b)	120	150	37-270
		Nicaragua (b)	97	230	58-420

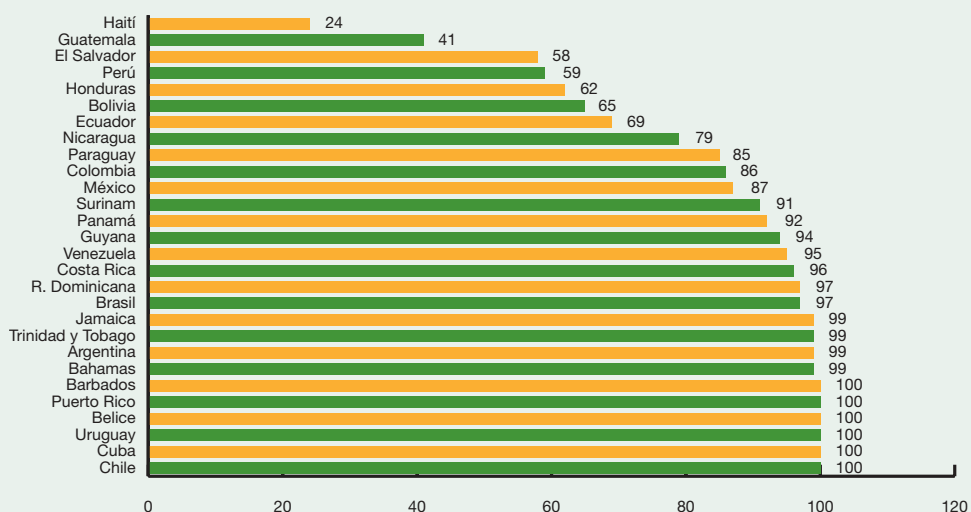
OBS: Los datos ajustados se basan en las estimativas de A al E presentadas en los países, utilizando un modelo de regresión robusta para eliminar los mayores *outliers* y observaciones no ponderadas adecuadamente. Para el grupo E las estimativas fueron basadas en el método indirecto de reporte de las hermanas ajustado sobre la base de un modelo de regresión. La metodología es la oficialmente utilizada por los estudios de la OMS, UNICEF y UNFPA. Detalles sobre la metodología de ajuste de la TMM utilizada para cada una de las categorías del A al E pueden ser consultados en AbouZahr y Wardlaw, 2003. (a) Fueron registradas 4 muertes maternas en Bahamas en 2000. (b) Las tasas de mortalidad materna oficiales son las presentadas en OPS, 2003b. (c) En 2000 fueron registrados 16 muertes maternas. (d) En 2000 fueron registradas 5 muertes maternas. (e) En 2000 fueron registradas 15 muertes maternas.

Aunque existan diferentes metodologías y procesos de ajuste, la escasez de informaciones confiables, sistemáticas y de buena calidad sigue siendo uno de los mayores problemas para el mapeo y la búsqueda de estrategias y políticas adecuadas para mejorar la salud materna en América Latina y el Caribe. La magnitud de los intervalos de las estimativas asociados a

las tasas de mortalidad materna ajustadas para 2000 (cuadro 1) muestra que hay todavía un gran espacio para aumentar el grado de confiabilidad de las informaciones existentes⁵.

Los datos de partos atendidos por personal especializado tienen relación directa con el grado de cobertura de los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, los datos oficiales de los países en 2000 (gráfica 1), divulgados a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican una cobertura institucional del parto entre un 24% (Haití) y un 100% (Uruguay, Cuba, Barbados, Puerto Rico, Belice y Chile). La deficiencia de los registros de estadísticas vitales anteriormente mencionada sugiere que las informaciones presentadas oficialmente podrían estar desfasadas de la realidad de los países de la región. Por lo tanto, la mejoría de la cobertura y actualización de los registros de nacimiento y muertes maternas podrá demostrar en el futuro que el número de partos atendidos por personal especializado puede ser mucho menor que el número de nacimientos, no correspondiendo a lo que demuestran los datos oficiales de los países. Aún así, datos de otras fuentes (AbouZahr, 2001) indican que el porcentaje de partos atendidos por personal especializado aumentó de 74% a 81% entre 1989 y 2000, en promedio, para los países de la región.

GRÁFICA 1. PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL ESPECIALIZADO (ALREDEDOR DE 2000)



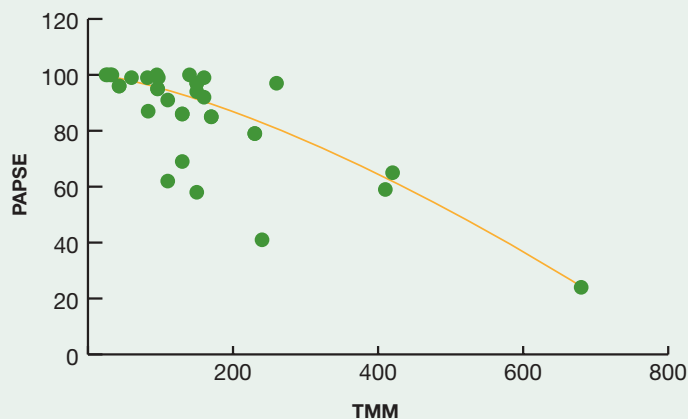
Fuente: OPS, Indicadores Básicos, 2003.OPS/OMS, 2003.

También sobre la base de la deficiencia de las informaciones existentes es posible demostrar que mayores grados de cobertura de atención especializada al parto llevan a menores tasas de mortalidad materna, como se puede inferir en la tendencia presentada en la gráfica 2.

Así, inversiones en la mejoría de cobertura y calidad de la atención al parto a través de la utilización de personal especializado y de cuidados obstétricos de emergencia podrán llevar a reducciones futuras en las tasas de mortalidad materna, contribuyendo, de esta forma, al

5. Entre 1995 y 2000 pasaron del grupo B para el grupo A los siguientes países: Panamá, Chile, Barbados, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

GRÁFICA 2. CORRELACIÓN ENTRE TMM Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL PARTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (DATOS DE ALREDEDOR DE 2000)



Fuente: AbouZahr y Wardlaw, 2003 y OPS, 2003.

alcance de la meta del milenio. Buena parte de las muertes maternas ocurren directamente en el momento del parto y la existencia de estos servicios, junto con la existencia de un buen sistema de acompañamiento prenatal, ha demostrado salvar vidas.

127

Niveles de TMM y diversidad del comportamiento del indicador en la región

Los datos calculados conjuntamente por la OMS, UNICEF y UNFPA indican que las tasas de mortalidad materna en América Latina y el Caribe se situaban alrededor de 190 por 100.000 en 2000. En términos globales, como lo demuestra el cuadro 2, este resultado es mejor

CUADRO 2. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (TMM) REGIONES MUNDIALES 1990-2000

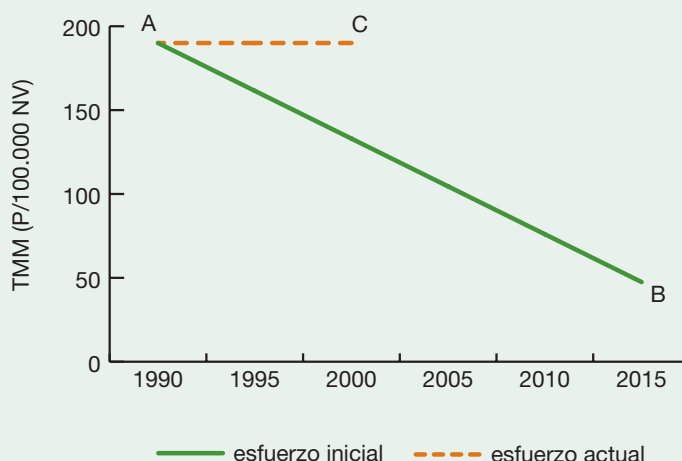
Regiones	TMM 1990 (p/100.000 n.v.)	TMM 1995 (p/100.000 n.v.)	TMM 2000 (p/100.000 n.v.)	Variación 1990-2000 (%)	Meta de TMM para 2015 (p/100.000 n.v.)	Esfuerzo de reducción anual 2000-2015 (%)
África	870	1000	830	-4,6	217,5	-8,5
Asia	390	280	330	-15,4	97,5	-7,8
Europa	36	28	28	-22,2	9,0	-7,3
América Latina y el Caribe (*)	190	190	190	-	47,5	-8,8
América del Norte	11	11	-	-	2,8	-
Oceanía	680	260	240	-64,7	170,0	-2,3
MUNDO	430	400	400	-7,0	107,5	-8,4

Fuente: AbouZahr y Wardlaw, 2003. (*) Incluye México

que el referido a otros continentes como África, Asia y Oceanía, aunque esté lejos de alcanzar los niveles europeos y norteamericanos. Mientras tanto, el comportamiento pasado de este indicador revela dos hechos importantes. Primero, que las tasas de mortalidad materna en la región no mejoraron durante los años noventa, haciendo que el esfuerzo para lograr la meta en 2015 sea todavía mayor. Y segundo, que los niveles de mortalidad apuntan a grandes desigualdades regionales, entre países e intranacionales.

Con relación al primer punto, comparadas con las tasas de esfuerzo para alcance de la meta de los demás continentes, América Latina es la región que necesita realizar el mayor esfuerzo relativo para alcanzar la meta. En otras palabras, para cumplir este ODM la tasa de mortalidad materna promedio en la región entre 2000 y 2015 debería reducirse en 8,8% al año, comparada al 8,4% del promedio mundial y a 8,5%, 7,8% y 2,3% en África, Asia y Oceanía, respectivamente.

GRÁFICA 3. TENDENCIAS PARA ALCANZAR LA META DE REDUCCIÓN DE LA TMM ENTRE 1990 Y 2015 Y COMPORTAMIENTO DE LA TMM ENTRE 1990 Y 2000



Elaboración del autor a partir de datos de AbouZahr y Wardlaw, 2003.

La gráfica 3 muestra que, como las estimativas existentes para la región indican que la mortalidad materna quedó constante entre 1990 y 2000 (alrededor de 190 por 100.000), el esfuerzo para alcanzar la meta fijada en 2015 será mucho mayor que el esfuerzo inicial. En este sentido, la pendiente CB es más acentuada que la pendiente AB, demostrando la necesidad de un esfuerzo mucho mayor⁶.

La heterogeneidad interna de los países de América Latina y el Caribe también lleva a la existencia de grandes desigualdades intrarregionales en cuanto al comportamiento de la tasa

6. Como la calidad de los datos de mortalidad materna es precaria, esta tendencia debe ser observada con muchas reservas, ya que existe siempre la posibilidad de que los datos nacionales puedan estar en otros puntos de los amplios intervalos de las estimativas.

CUADRO 3.
EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (TMM)
PAÍSES Y REGIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 1990-2000

Países	TMM 1990 (p/100.000 n.v.)	TMM 2000 (p/100.000 n.v.)	Variación 1990-2000 (%)	Meta de TMM para 2015 (p/100.000 n.v.)	Esfuerzo de reducción anual 2000-2015 (%)
Caribe					
Bahamas	100	60	-40,0	33,3	-3,8
Barbados	43	95	+120,9	10,8	-13,5
Cuba	95	33	-65,2	23,8	-2,2
Rep. Dominicana	110	150	+36,4	27,5	-10,7
Haití	1000	680	-32,0	250,0	-6,5
Jamaica	120	87	-27,5	30,0	-6,9
Trinidad y Tobago	90	160	+77,8	22,5	-12,3
América Central					
Costa Rica	55	43	-21,8	13,8	-7,3
El Salvador	300	150	-50,0	75,0	-4,5
Guatemala	200	240	+20,0	50,0	-9,9
Honduras	220	110	-50,0	55,0	-4,5
México	110	83	-24,5	27,5	-7,1
Nicaragua	160	230	+43,8	40,0	-11,0
Panamá	55	160	+190,9	13,8	-15,1
América del Sur					
Argentina	100	82	-18,0	25,0	-7,6
Bolivia	650	420	-35,4	162,5	-6,1
Brasil	220	260	+18,2	55,0	-9,8
Chile	65	31	-43,6	16,3	-4,2
Colombia	100	130	+30,0	25,0	-10,4
Ecuador	150	130	-13,3	37,5	-8,0
Paraguay	160	170	+6,3	40,0	-9,2
Perú	280	410	+46,4	70,0	-11,1
Uruguay	85	27	-68,2	21,3	-1,6
Venezuela	120	96	-20,0	30,0	-7,5

Fuente: Datos primarios de OMS. Los datos de esfuerzo para alcanzar la meta fueron elaborados por el autor.

de mortalidad materna. Como se observó en el cuadro 1, dichas tasas pueden variar de 27 (Uruguay) hasta 680 por 100.000 habitantes. El cuadro 3 muestra una estimativa del esfuerzo realizado por país para reducir la mortalidad materna a lo largo de la década de 1990 y el esfuerzo anual futuro de reducción de la TMM necesario para alcanzar la meta del milenio.

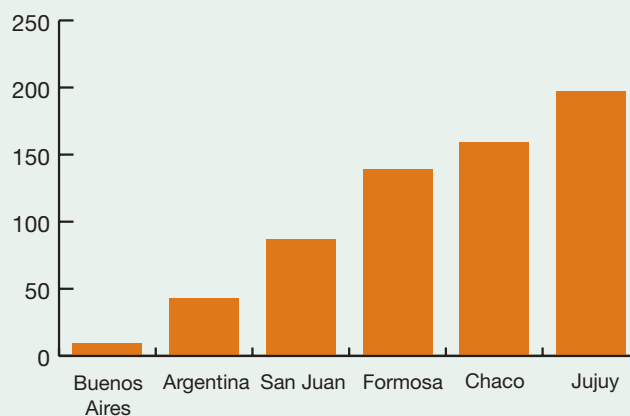
Con base en lo anterior, el cuadro presenta a los países de América Latina y el Caribe divididos en dos grupos:

1. *Países que redujeron la TMM entre 1990 y 2000:* Estos países tendrán un esfuerzo menor (inferior al promedio regional de 8,8% al año) para lograr la meta de reducción de la mortalidad materna entre 2000 y 2015. Ellos son: Bahamas, Cuba, Haití, Jamaica, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Uruguay y Venezuela.
2. *Países que aumentaron la TMM entre 1990 y 2000:* Estos países deberán implementar un gran esfuerzo anual de reducción de la mortalidad materna (superior al 8,8% al año) para atender la meta del milenio entre 2000 y 2015. Ellos son: Barbados, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Brasil, Colombia y Perú.

El indicador de esfuerzo debe ser mirado, todavía, en términos relativos, ya que depende también de la calidad de los registros de información⁷ sobre la magnitud de la tasa de mortalidad materna, de la magnitud de la población del país y de su dispersión territorial y disparidad socioeconómica. Países de población pequeña (como los del Caribe, por ejemplo), además de estar sujetos a variaciones bruscas en la TMM, tendrán que emprender menor esfuerzo, aunque su TMM sea alta. Por otro lado, países de larga base poblacional, dispersa desigualmente en un territorio desarrollado asimétricamente, requerirán un mayor esfuerzo para alcanzar la meta, aunque tengan que reducir la TMM a una tasa menor.

La mortalidad materna, por otro lado, presenta fuertes diferenciales internos en cada país. Tomando como ejemplo el caso de Argentina, sobre la base de indicadores del Ministerio de Salud en 2002 (gráfica 4), las tasas de mortalidad materna pueden variar desde 197 por 100.000, en provincias pobres como Jujuy, hasta 9 por 100.000 en la ciudad de Buenos Aires. Por lo tanto, los promedios nacionales de mortalidad materna no reflejan las

GRÁFICA 4. TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA EN ALGUNAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD DE BUENOS AIRES – (TMM P/100.000 N.V., 2002)



Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2002 in CEDES

7. En muchos países, la mejoría de los registros de información podrá llevar a una elevación de la magnitud de las tasas observadas de mortalidad materna.

desigualdades internas que existen en el indicador. Dichas desigualdades están asociadas a variables socioeconómicas y demográficas, especialmente en lo que se refiere a la distribución del ingreso, a la distribución espacial de la infraestructura social y sanitaria para la atención a salud reproductiva.

2. DESAFÍOS

Esquema de causalidad de la mortalidad materna e indicadores adicionales

Altas tasas de mortalidad materna son causadas por una secuencia de eventos de naturaleza socioeconómica, epidemiológica y de acceso a los programas y servicios de salud, afectando fundamentalmente a los grupos de menores ingresos y a los grupos excluidos socialmente. Dependen, por lo tanto, de un sistema de determinantes inmediatos, mediatos y de última instancia.

Los determinantes inmediatos son el acceso a los programas y servicios de atención al embarazo, parto y puerperio. Estos servicios determinan la calidad de la atención a la mujer durante el embarazo a través de consultas prenatales, de la atención obstétrica y al parto por personal especializado y a las consultas de rutina durante el puerperio para evitar complicaciones postembarazo.

Los determinantes mediatos están asociados a las condiciones generales de acceso a los servicios de salud, especialmente de salud reproductiva y planificación familiar. Un adecuado acceso a los servicios de promoción y prevención de la salud sexual y

CUADRO 4.
COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES Y PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL ESPECIALIZADO EN BOLIVIA (1994-2000)

Fuente	Partos institucionales (%)	Partos atendidos por personal especializado (%)
EDS 1994	42,5	47,1
EDS 1998	55,9	59,2
MECOVI 00	61,2	62,8

reproductiva, a través de la participación activa de grupos de interés y asociaciones de las mujeres, son esenciales para aumentar la información y el acceso de las familias y parejas a medios para evitar embarazos no deseados y mantener la calidad de la salud sexual y reproductiva. La salud reproductiva, en un sentido amplio, debe llevar a las mujeres y hombres a tener una vida sexual segura y agradable. Esto lleva a la necesidad de que todas las personas tengan acceso a los medios de planificación familiar.

Los determinantes en última instancia están relacionados con aspectos socioeconómicos como niveles de ingreso y equidad distributiva, infraestructura social de la región (agua y alcantarillado, condiciones sociales, proximidad de los servicios de salud, ambiente doméstico y laboral), niveles de educación, acceso a alimentación y nutrición adecuada, pertenencia étnica y cultural, equidad de género y otros aspectos que determinan el entorno social donde se generan las condiciones de salud sexual y reproductiva.

La meta de mejoría de la salud materna está, por lo tanto, directamente relacionada a acciones que promuevan mejores condiciones en todos estos determinantes inmediatos, mediatos y de última instancia de las condiciones de salud sexual y reproductiva.

Los determinantes inmediatos: estructura de prestación de atención al embarazo y al parto

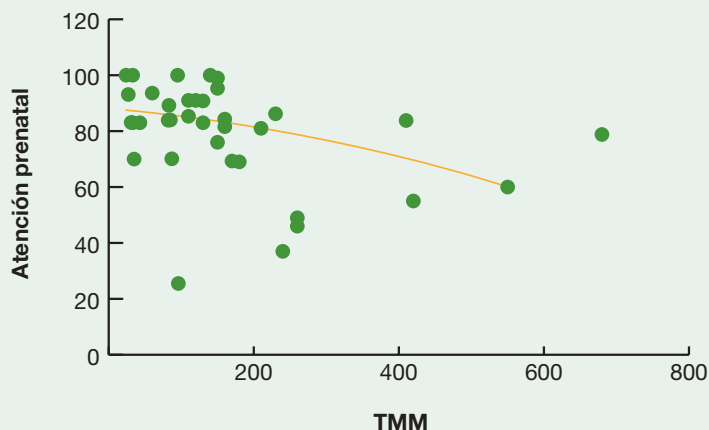
Los determinantes inmediatos pueden ser clasificados en dos tipos de intervenciones: las que están directamente relacionadas al parto, que pueden reflejarse en las tasas de atención al parto por personal especializado y la atención obstétrica de emergencia, y las que están indirectamente relacionadas, las cuales son el acompañamiento a través de consultas prenatales y postnatales.

La importancia de los servicios directamente relacionados fue discutida anteriormente a través del análisis de la gráfica 2, que muestra la existencia de una correlación inversa entre la magnitud de las tasas de mortalidad materna y la cobertura del parto por personal especializado, pese a la precariedad de las informaciones existentes.

Aunque no refleje necesariamente el mismo fenómeno, existe una proximidad entre el número de personas atendidas en el parto por profesionales especializados y la cantidad de partos institucionales (aquellos que se realizan en instituciones de salud). El cuadro 4 muestra, según datos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) y de las Encuestas de Mejoría de Condiciones de Vida (MECOVI) que, en el caso de Bolivia, el aumento de la cobertura propiciado por programas como el Seguro Básico de Salud ha llevado a una progresiva convergencia en el valor de estos dos indicadores, dado que cuanto mayor la cobertura, mayor la posibilidad de que la atención especializada al parto se realice en establecimientos de salud y no en los hogares.

En lo que se refiere a los servicios indirectamente relacionados al parto se puede mencionar que, si bien no existe un parámetro definido, se entiende que el acompañamiento prenatal demanda un promedio de 4 a 6 consultas, pudiendo este número ser aún mayor, según la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo. Los datos de las encuestas de muestreo de hogares (EDS) normalmente buscan la información sobre las mujeres que tuvieron consultas prenatales, pero no logran revelar la información sobre el número de consultas. Consecuentemente, la información existente en las EDS es precaria, ya que no permite saber si el acompañamiento al embarazo fue completo. Las EDS deberían investigar si el acompañamiento prenatal tuvo el mínimo de 4 consultas para clasificar dicha información y correlacionarla posteriormente con complicaciones del parto o con los datos de TMM.

GRÁFICA 5. CORRELACIÓN ENTRE TMM Y EMBARAZOS ACOMPAÑADOS POR CONSULTAS PRENATALES (2000)



Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, 2002 en CEDES

Tomando en cuenta esto, la gráfica 5 demuestra que, dada la baja calidad de la información existente⁸, no existe ninguna correlación aparente entre acompañamiento prenatal y tasa de mortalidad materna. En este sentido, no se puede medir cuál es la eficacia de la atención prenatal en América Latina. Se podría suponer que dicha eficacia es baja, ya que aparentemente no hay impacto entre la existencia de atención prenatal y la reducción de la mortalidad materna.

En lo que se refiere al acompañamiento postnatal, es sumamente importante que dicho cuidado esté asociado a sistemas de referencia y contrarreferencia que permitan dar seguimiento a la mujer posteriormente al parto, monitoreando el riesgo de eventuales complicaciones que demanden cuidados obstétricos de emergencia.

Por lo tanto, los principales desafíos en cuanto a los determinantes inmediatos de la mortalidad materna están en aumentar las tasas de atención al parto por personal especializado, los servicios obstétricos de emergencia y el acceso a la atención prenatal y postnatal en la región. El aumento de la información relacionada a cobertura de estos servicios y su utilización para efectos de planificación de los gobiernos, es otro tema de fundamental relevancia para la mejor organización de los servicios de salud sexual y reproductiva en los países de la región.

Los determinantes mediatos de la mortalidad materna: los programas de salud sexual y reproductiva

Para entender los determinantes mediatos de salud reproductiva, debemos, ante todo, conocer la evolución y la magnitud de las tasas de fecundidad en los países de América

8. Las encuestas de hogares y las informaciones de los ministerios normalmente captan la atención prenatal como una variable binaria (tuvo o no tuvo consulta prenatal). La información relevante para tal no es el número de consultas prenatales, ya que la existencia de menos de 4 consultas prenatales por embarazo no minimiza los riesgos que puedan surgir durante el embarazo.

CUADRO 5.
TASAS DE FECUNDIDAD 1950/55 – 1995/2000

Países	1950-1955	1995-2000	% de reducción
América Latina	5,9	2,7	54
Países de ingresos bajos			
Bolivia	6,8	4,4	35
Guatemala	7,1	4,9	31
Haití	6,3	4,4	30
Honduras	7,5	4,3	43
Nicaragua	7,3	4,3	41
Países de ingresos promedio bajos			
Colombia	6,8	2,8	59
Ecuador	6,7	3,1	54
El Salvador	6,5	3,2	51
Paraguay	6,5	4,2	35
Perú	6,9	3,0	57
República Dominicana	7,4	2,9	61
Países de ingresos promedio altos			
Argentina	3,2	2,6	19
Brasil	6,2	2,3	63
Chile	5,0	2,4	52
Costa Rica	6,7	2,8	58
México	6,9	2,8	59
Panamá	5,7	2,6	54
Uruguay	2,7	2,4	11
Venezuela	6,5	3,0	54

Fuente: CELADE

Latina y el Caribe. Los datos del cuadro 5 muestran que entre los años cincuenta y noventa, las tasas de fecundidad total (TFT) en América Latina se redujeron en más de la mitad. No obstante, dicha reducción no fue homogénea. En los países de ingresos bajos, la reducción fue menor, situándose entre el 30% y 40%. Comparados al promedio de la región (2,2 hijos por mujer en edad fértil) la TFT de estos países estaba entre el 4,3 y el 4,9.

En los países de ingresos promedio bajos, la reducción se situó entre 50% y 60%, y las tasas de fecundidad total de este grupo de países estaban entre 2,8 y 4,2.

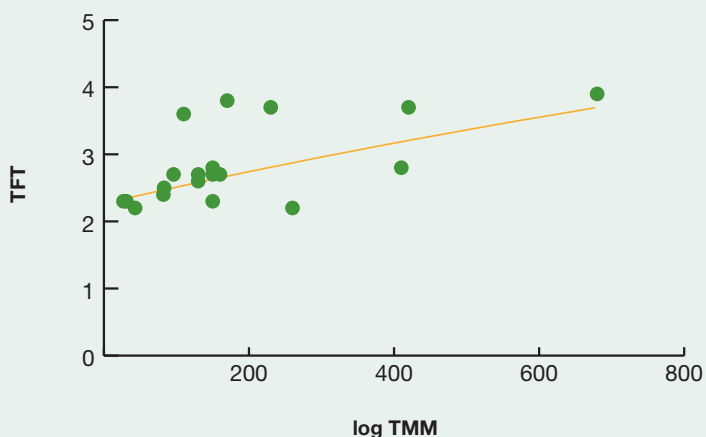
En los países de ingresos promedio altos, hay dos situaciones: la de los países donde la reducción de la fecundidad ya se había dado preponderantemente en la primera mitad del siglo XX (Uruguay y Argentina), y la de los países donde la fecundidad bajó fuertemente en las últimas décadas del milenio (los demás de este grupo de países). Las tasas de fecundidad total de este grupo se situaban al fin de los años noventa entre 2,3 y 3,0 hijos

por mujer en edad fértil. Actualmente, la menor TFT de los países listados es la de Brasil, dada la fuerte reducción de la fecundidad que este país experimentó entre los años cincuenta y noventa (63%).

Las tasas de fecundidad no son homogéneas al nivel interno de cada país, ya que dependen de las características socioeconómicas y culturales de cada grupo. Tomando por ejemplo los datos de la EDS de Perú para 1996, se observa que a pesar de una tasa de fecundidad total promedio de 3,5, ésta podría variar entre 6,6 para los grupos poblacionales sin escolaridad y 2,1 para aquellos con escolaridad superior. Es conocido el hecho de que entre los más pobres las tasas de fecundidad son mayores no solamente por la falta de información sobre salud sexual y reproductiva sino también por el bajo acceso a medios anticonceptivos.

El cuadro 5 es importante para determinar la relevancia de los programas de salud sexual y reproductiva. Los países más pobres y con alta fecundidad son los que aparentemente necesitarían de programas integrados para la reducción de la mortalidad materna, dado que existe una correlación positiva entre niveles de mortalidad materna y tasas de fecundidad, como se demuestra en la gráfica 6. Pero la alta magnitud de los residuos de esta correlación se asocia al hecho de que algunos países con baja fecundidad (como Brasil) siguen teniendo altas tasas de mortalidad materna en función de otras características socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud.

**GRÁFICA 6. CORRELACIÓN ENTRE TFT Y TMM
PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000**



Fuente: OPS (2003) y AbouZahr y Wardlaw, 2003.

Las altas tasas de fecundidad, además de su influencia mediata sobre los niveles de mortalidad materna, están asociadas a otros comportamientos negativos, como son las altas tasas de embarazo en la adolescencia (mujeres de 19 años que ya tuvieron al menos un hijo). Los datos de las EDS (alrededor de los años 1994-96) muestran que las tasas de

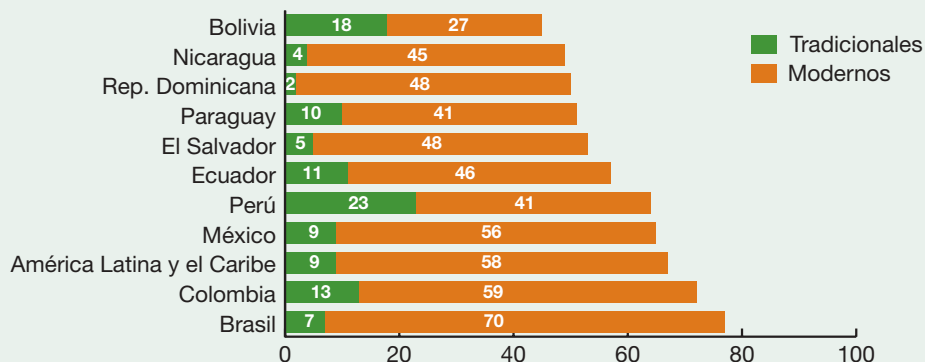
embarazo en la adolescencia se situaron en 39%, 41% y 44% en países como Colombia, Paraguay y Bolivia, respectivamente.

Tanto las tasas de mortalidad materna como las de fecundidad total, así como las tasas de embarazo en la adolescencia son mayores entre los grupos indígenas de estos países, los cuales, además de su precaria situación socioeconómica tienen menores oportunidades de acceso a los servicios de salud y especialmente los de salud sexual y reproductiva. Como ejemplo, se menciona que en los datos de la EDS de Guatemala (1995) se observa que la tasa de fecundidad total de las poblaciones indígenas se situó en 6,8 hijos por mujer en edad fértil contra una tasa de 4,3 de las poblaciones no indígenas.

La falta de información sobre medios de planificación familiar y uso de contracepción también es fuerte en la región. A pesar de ello, es posible mostrar algunos datos sobre el uso de planificación familiar, tanto por métodos tradicionales como por métodos modernos⁹.

Como lo demuestra la gráfica 7, aunque el acceso promedio a medios de planificación familiar en la región en 1998 estuviera estimado en 67% de las mujeres en edad reproductiva, cerca de 9% de ellas utilizó métodos tradicionales. Los métodos modernos sólo estarían disponibles para poco más de la mitad de las mujeres de la región, variando entre 70% en países como Brasil, hasta 27% en países como Bolivia.

GRÁFICA 7. PORCENTAJE DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL – 1998

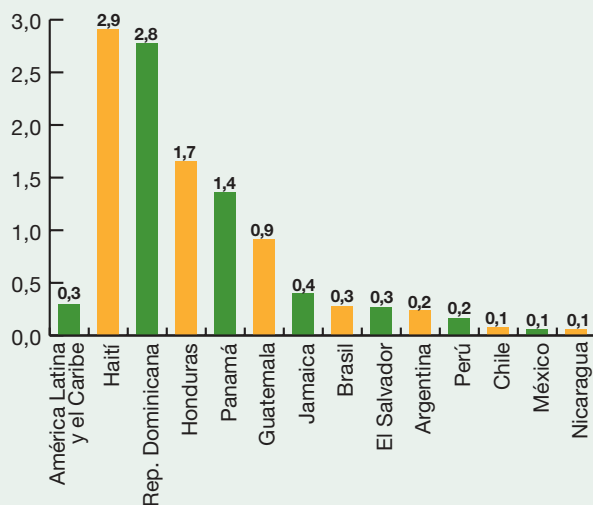


Fuente: OPS (2003) y AbouZahr y Wardlaw, 2003.

Una vez más se debe destacar que el uso de medios anticonceptivos es fuertemente determinado por el grado de exclusión social, étnica y cultural. Entre las poblaciones indígenas de Guatemala, por ejemplo, solamente 9,6% de las mujeres en edad fértil utilizaron métodos contraceptivos en 1995, contra 43,3% de las mujeres en edad fértil entre poblaciones no indígenas.

9. Datos presentados por Langer, A. y Nigenda, G. (2000). Se entiende por métodos tradicionales de planificación familiar, aquellos utilizados tradicionalmente y que no requieren insumos, como son el ritmo, el coito interrumpido, el método de Billings y otros. Los métodos modernos incluyen los hormonales orales e inyectables, el DIU, la ligadura de trompas, la vasectomía, los implantes subdérmicos, el condón y el diafragma.

GRÁFICA 8. TASAS DE INCIDENCIA DE SIDA ENTRE MUJERES DE 15 A 24 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS – 1996



Los métodos de prevención aumentan la libre escogencia de las parejas sobre el número de hijos deseados y el momento de tenerlos, y también reducen la mortalidad infantil y el riesgo de infección de enfermedades sexualmente transmisible para hombres y mujeres, como es el caso del SIDA.

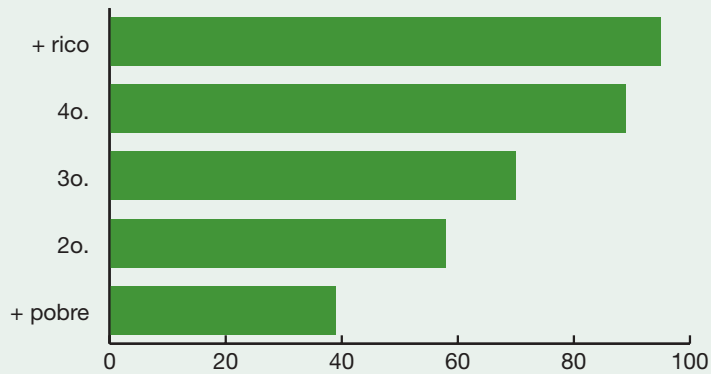
En el primer caso, está comprobado el efecto positivo que el espaciamiento de los embarazos y la reducción de la fecundidad brindan a la reducción de la mortalidad infantil. Hijos deseados y con mayor espaciamiento tienen más chances de supervivencia y mayor atención de la familia, especialmente de la madre.

En el segundo caso, hay que destacar que los países donde la fecundidad es más elevada y el uso de medios contraceptivos es menor son aquellos donde las tasas de infección por enfermedades sexualmente transmisibles son mayores. Este es el caso de Haití y República Dominicana donde, como puede ser visto en la gráfica 8, las tasas de infección por SIDA entre mujeres jóvenes (15 a 24 años) llegaron en 1996 a casi 3%.

Las enfermedades transmisibles aumentan considerablemente la incidencia de mortalidad materna. Aunque las informaciones disponibles no sean suficientemente robustas, datos del Banco Mundial y de la OMS para 1995 indican que 20% de las muertes maternas a nivel mundial son debidas a causas indirectas, como anemia, malaria y enfermedades cardíacas. Recientemente se puede añadir al SIDA a este listado.

Las principales causas directas y evitables de mortalidad materna, a escala promedio mundial, son las hemorragias severas (25%), seguidas de las infecciones (15%), el aborto inseguro (13%), la eclampsia (12%), la obstrucción en trabajos de parto (8%) y otras causas directas como son los problemas relacionados a anestésicos, embolias, embarazo en las trompas y otros (8%).

GRÁFICA 9. TASA DE COBERTURA DE PARTOS INSTITUCIONALES POR QUINTIL DE INGRESOS EN BOLIVIA (1998)



Fuente: EDS, 1998

La meta de reducción de la mortalidad materna se encuentra estrechamente vinculada a acciones que permitan tratar de forma segura las complicaciones arriba mencionadas. En países donde las tasas de mortalidad materna son mayores, las hemorragias llegan a representar altas proporciones en función del bajo grado de acceso a los medios anticonceptivos. Informaciones del Population Council y de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) para 2001 muestran que en Bolivia 35% de las muertes maternas; 47% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas y 60% de los gastos por causas obstétricas están asociadas a hemorragias y abortos inseguros.

El crecimiento de las tasas de embarazo en la adolescencia es otra consecuencia de la carencia de programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas y del acceso a medios anticonceptivos entre jóvenes. Informaciones de las EDS muestran que en 1996 las tasas de embarazo en la adolescencia (menores de 19 años que ya tuvieron un hijo) alcanzaron cifras de 44% en Bolivia, 41% en Paraguay y 39% en Colombia. En estos países, 15% a 20% de las niñas de este grupo de edad estaban embarazadas según las EDS aplicadas en 2000. Aun en Argentina, donde las tasas de fecundidad son menores que las de los países mencionados anteriormente, las tasas de embarazo adolescente aumentaron de 12,5% para 15,1% entre 1991 y 2001.

Por lo tanto, los principales desafíos mediatos para la reducción de la mortalidad materna en la región están, entre otros, en proveer medios para la regulación de la fecundidad de las parejas, aumentando el espaciamiento de los embarazos, incrementando los programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas, y evitando el aumento del embarazo en la adolescencia.

Los determinantes en última instancia de la mortalidad materna: el entorno social del desarrollo

En última instancia, se puede decir que el desarrollo económico, el nivel de ingreso de las familias y la exclusión social al acceso a los servicios de salud forman la base de las altas tasas de mortalidad materna en la región. La desigualdad de ingreso en América Latina y el

VIII. MEJORAR LA SALUD MATERNA

Caribe se refleja fuertemente en la desigualdad de acceso a los servicios de salud, como puede ser observado en el cuadro 6. Se observa que, con excepción de Brasil y Colombia, todos los países listados presentan niveles de cobertura de salud entre los 20% más pobres de la población inferiores a 40%.

La falta de acceso a los servicios de salud determina, a su vez, el bajo grado de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, al acompañamiento prenatal y a la atención obstétrica especializada y de emergencia, aumentando para estos grupos, los riesgos de muerte materna. La gráfica 9 muestra que en Bolivia, la cobertura de partos institucionales varió, en 1998 de 39% en el quintil más pobre hasta 95% en el más rico.

Los diferenciales socioeconómicos en los países de la región están fuertemente marcados por la exclusión social. Entre los más pobres están los indígenas y las poblaciones afrodescendientes, las cuales sufren más riesgos de mortalidad materna en función de la falta de acceso a los servicios médicos y de salud por su limitada situación socioeconómica.

CUADRO 6.
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESO EN PAÍSES SELECCIONADOS (1996)

Países	Promedio	Más pobre	2°.	3°.	4°.	Más rico
Bolivia	56,7	19,8	44,8	67,7	87,9	97,9
Brasil	87,7	71,6	88,7	95,7	97,7	98,6
Colombia	84,5	60,6	85,2	92,8	98,9	98,1
Guatemala	34,8	9,3	16,1	31,1	62,8	91,5
Haití	46,3	24,0	37,3	47,4	60,7	78,2
Nicaragua	64,6	32,9	58,8	79,8	86,0	92,3
Paraguay	66,0	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1
Perú	56,4	14,3	49,6	75,4	87,2	96,7

Fuente: Encuestas MECOVI — 1996

El entorno social de la salud reproductiva también es caracterizado por la ausencia de la participación de los hombres. Las experiencias internacionales han demostrado que la exclusión de los hombres de los servicios de salud reproductiva aumenta la posibilidad de fracaso de los esfuerzos en esta materia. Los hombres son importantes en el proceso de toma de decisiones en los hogares, influenciando en la decisión sobre la atención o la educación en salud reproductiva a ser brindada a su mujer y sus hijos. Una mayor educación masculina en la perspectiva de equidad de género es fundamental para que se logren mejorías en la salud de las madres, contribuyendo a prevenir la mortalidad materna¹⁰.

10. La falta de educación masculina en salud reproductiva tiene efectos negativos para la salud de las mujeres. Una investigación llevada a cabo en el estado de Guerrero (México, 2001), demostró que 75% de las mujeres sufren de violencia doméstica durante el embarazo, resultando en abortos y complicaciones de embarazo y parto. Cerca de 5,1 mil ligaduras de trompas fueron realizadas entre mujeres contra 144 vasectomías. Muchos hombres solicitaron la ligadura de trompas de sus esposas sin autorización de las mismas. En muchas comunidades en la región la voluntad y opinión de las mujeres no tiene valor, aun en temas que les corresponden directamente.

La pobreza y las condiciones sociales de los grupos de bajos ingresos han sido responsables por privaciones económicas que debilitan la salud de las mujeres y pueden llevar a situaciones de embarazo de riesgo y muertes maternas. Entre estas situaciones se encuentra la relación entre bajos niveles nutricionales y anemia de las mujeres embarazadas.

Síntesis de los desafíos

En síntesis, los principales desafíos para la mejoría de la salud materna en los países de América Latina y el Caribe son:

1. *Las altas tasas de fecundidad* sin programas integrados de salud reproductiva para mujeres y hombres que permitan promover la educación reproductiva, bajar las altas tasas de embarazo en la adolescencia, y concienciar a los hombres sobre su papel en la prevención de los problemas de salud reproductiva.
2. *La falta de acceso a los programas y servicios de salud* que posibiliten garantizar una maternidad segura a través del cuidado obstétrico de emergencia y atención al parto por personal especializado, de la provisión de programas de cuidado prenatal de bajo costo en el ámbito local. Estos programas deben contar con un adecuado sistema de referencia para el seguimiento de casos donde hay complicaciones, especialmente en las comunidades más pobres y de grupos excluidos socialmente como las poblaciones rurales y los pueblos indígenas.
3. *La falta de programas de comunicación social* que permitan usar los medios de comunicación y el sistema educativo para que niños y niñas conozcan sus derechos y roles en la salud reproductiva.
4. *La mejoría de las bases de datos* en cuanto a los indicadores directamente asociados a la mortalidad materna y a los servicios de salud sexual y reproductiva, para que se tenga información relevante para la toma de decisiones para la solución de los problemas planteados.
5. *La identificación de las brechas financieras* para que se logre la meta de reducción de la mortalidad materna en los países de América Latina y el Caribe, aumentando el grado de compromiso financiero de los gobiernos, a partir de sus propios recursos presupuestarios o de ayuda externa, con los programas dirigidos a este fin.

3. PRÁCTICAS QUE LLEVARÍAN A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

A lo largo de los últimos años ha sido identificado un conjunto de buenas prácticas que, cuando combinadas, llevarían a la reducción de la mortalidad materna. Entre ellas se destacan:

VIII. MEJORAR LA SALUD MATERNA

1. La creación y puesta en marcha de programas de atención a la mujer y al niño para poblaciones de bajos ingresos y excluidas, integrados con acciones de planificación familiar, atención prenatal y postnatal, y diagnóstico y tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles.
2. La promoción de estrategias de entrenamiento de personal médico, paramédico y de matronas para aumentar la oferta de atención al parto con personal especializado en todos los niveles de atención a la salud.
3. La promulgación de leyes en materia de salud y nutrición, asegurando incluso los medios financieros.
4. La promoción del acceso y remoción de las barreras culturales a los cuidados obstétricos y a los cuidados obstétricos esenciales (EOC).
5. La promoción de la educación sexual y reproductiva para adolescentes en las escuelas.
6. Mayor promoción y difusión del tema de la maternidad segura en las comunidades más pobres, con miras a aumentar la vigilancia, a través de la creación de comités de evaluación de mortalidad materna al nivel de las comunidades.
7. Mejoría de los procesos de registro y evaluación de la información sobre salud sexual y reproductiva y mortalidad materna, a través de nuevas metodologías que midan el impacto socioeconómico de la mortalidad materna y las ganancias sociales con la implementación de las buenas prácticas expuestas arriba.

4. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO EL BID PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LA META DE MEJORAR DE LA SALUD MATERNA?

El BID ha apoyado a los países por medio de operaciones que directa o indirectamente contribuyen a la reducción de la mortalidad materna. Entre estas operaciones se cuentan préstamos, cooperaciones técnicas, la elaboración de estudios, la propugnación de ideas y los diálogos de política con los gobiernos de la región.

Entre 1997 y 2002 se aprobaron US\$ 358 millones en préstamos directamente vinculados con aspectos de mejoría de la salud materna y de la salud sexual y reproductiva y US\$ 666 millones en préstamos que tendrán un impacto indirecto en mejorar la mortalidad materna en la región.

Buena parte de las actividades apoyadas por el Banco se destinan a programas de combate a las causas de la mortalidad materna (reducción de la anemia en mujeres embarazadas y lactantes, por ejemplo), fortalecimiento de las redes de atención prenatal, de las redes de cuidados obstétricos esenciales, fortalecimiento de los sistemas de

referencia y contrarreferencia para la atención prenatal, extensión de cobertura a grupos de bajos ingresos a través de la entrega de paquetes de servicios de atención materno-infantil y otras acciones

En lo que se refiere a los proyectos indirectamente apoyados por el Banco, se destacan actividades de reforma para la mejoría de los servicios de salud, fortalecimiento institucional y de la capacidad de regulación de los ministerios de salud, implementación de servicios de atención primaria y de programas de salud de la familia, capacitación y entrenamiento de profesionales de salud con especial énfasis en la enfermería, y racionalización y ampliación de la red de servicios con miras a aumentar la cobertura y el acceso de los grupos de bajos ingresos a los servicios de salud.

Además de estas operaciones, el Banco viene apoyando la protección del gasto social en los programas de atención materno-infantil, a través de sus préstamos sectoriales y de emergencia y en los acuerdos de la iniciativa de condonación de deuda en los países altamente endeudados (HIPC, por sus siglas en inglés), cumpliendo la importante tarea de mantener activos estos programas en momentos de ajustes presupuestarios y recortes de gastos públicos.

El Banco ha apoyado inúmeras actividades para mejorar el sistema de información sobre salud sexual y reproductiva, implementar paquetes básicos de salud con componentes materno infantiles, establecer diálogos regionales de salud sexual y reproductiva, proveer educación en salud sexual y reproductiva para jóvenes y otras actividades de gran importancia para promover el tema en los países y, de esta forma, agilizar el cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad materna.

Como partícipe del esfuerzo de organismos internacionales en la reducción de la mortalidad materna, el BID apoyó la elaboración y fue signatario del Consenso Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna en América Latina y el Caribe, firmado en abril de 2003 conjuntamente con OPS, PNUD, UNICEF, USAID, el Banco Mundial y Family Care International.

En síntesis, a lo largo de la segunda mitad de los años noventa, el BID ha buscado mantener su compromiso con la reducción de la mortalidad materna, a través de iniciativas dirigidas hacia la:

- Inversión en herramientas que promuevan mayor conocimiento de las causas y consecuencias de la mortalidad materna: sistemas de información, monitoreo y evaluación en los ministerios de salud de los países, diálogos locales, nacionales y regionales sobre salud sexual y reproductiva y mortalidad materna.
- Promoción de la extensión de la cobertura de los servicios básicos de salud materno-infantil, tales como atención prenatal y postnatal, énfasis en los cuidados obstétricos de emergencia y atención obstétrica por personal especializado.

- Apoyo a la implementación de sistemas de salud que integren los temas de salud sexual y reproductiva y promuevan la vigilancia, el monitoreo, la identificación y la solución de casos de mortalidad materna con la máxima cobertura y calidad.
- Promoción de esfuerzos para que los países garanticen y protejan el gasto social con programas de atención primaria de salud, especialmente los presupuestos necesarios para los programas de salud sexual y reproductiva, asistencia al embarazo, parto y puerperio.
- Mejoría de los programas de educación para jóvenes, comunicación y promoción de capital social al nivel local, incorporando los temas de salud sexual y reproductiva.

5. PRIORIDADES DE INVERSIÓN PARA ALCANZAR LA META DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

A pesar de estos avances, persisten muchos desafíos para responder eficazmente a los problemas presentados y para apoyar a los países de la región en la reducción de la mortalidad materna. Los principales desafíos pueden ser sintetizados en tres puntos: a) Falta de información básica para dimensionar el problema de la mortalidad materna, evaluar sus costos y sus perspectivas de intervención; b) Falta de una política que promueva la equidad de acceso a la maternidad segura, dando prioridad a la incorporación de las mujeres de estratos sociales más pobres y a las poblaciones expuestas a la exclusión social, como los indígenas y otros grupos étnico culturales; c) Falta de liderazgo político y acción participativa para que la población pueda organizarse y colaborar con el gobierno en las tareas para la reducción de la mortalidad materna y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Para atender a estos desafíos el Banco pretende apoyar a los países de la región por medio de inversiones y asistencia técnica que propicien.

Mejoría de la producción, sistematización y uso de la información sobre mortalidad materna y salud sexual y reproductiva

- Mejoras de las estadísticas vitales a través del apoyo a mejorar los registros de nacimientos y defunciones;
- Mejoras de los registros administrativos de los servicios de salud, para que contemplen clasificaciones de enfermedad adecuadas para la medición de la mortalidad materna y de los requerimientos de información sobre salud sexual y reproductiva recomendados en la conferencia sobre población y desarrollo de Cairo.
- Colaboración en la financiación y asistencia técnica para la realización periódica de encuestas que incluyan el tema de mortalidad materna y salud sexual y reproductiva, enfatizando los aspectos de equidad e inclusión social.

- Colaboración en la financiación para la capacitación de equipos técnicos que puedan realizar estudios y proyecciones para estimar la dimensión de las causas inmediatas, mediatas y del entorno social de la mortalidad materna.

El apoyo a políticas y programas nacionales y locales para:

- Proteger los derechos en términos de acceso a la salud, nutrición, y educación sexual y reproductiva.
- Garantizar la disponibilidad de recursos físicos, financieros y materiales para que tales acciones se lleven a cabo.
- Aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud a las necesidades de la población en acciones de reducción de la mortalidad materna y salud sexual y reproductiva.
- Integrar los servicios de salud sexual y reproductiva a la rutina de los servicios de salud.
- Diseminar y usar indicadores de producto y proceso para monitorear la calidad y efectividad de las acciones de salud sexual y reproductiva.

El énfasis en proyectos de salud que aumenten la prioridad del alcance de la meta de reducción de mortalidad materna buscando:

- El desarrollo de programas y servicios de salud sexual y reproductiva (planificación familiar, prenatal y postnatal; diagnóstico y tratamiento de enfermedades sexualmente transmisibles; atención especializada al parto; cuidados obstétricos esenciales accesibles geográficamente y apropiados para grupos excluidos por características sociales, étnicas y culturales).
- La provisión de servicios de alta calidad al menor costo posible de modo que aumente la accesibilidad a los mismos; se enfatice la promoción y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y problemas evitables durante el embarazo; aumente el papel de la comunidad y de las organizaciones de mujeres en las decisiones sobre los programas de salud sexual y reproductiva y reducción de mortalidad materna (creando, cuando sea posible, comités de mortalidad materna al nivel local) y que se promuevan acciones coordinadas entre la sociedad civil (incluyendo las organizaciones no gubernamentales) y organismos internacionales en el monitoreo de las metas de reducción de mortalidad materna.

Garantía de apoyo financiero y sostenible para:

- El desarrollo de metodologías para medir el impacto económico y social de la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.
- El establecimiento de metodologías para apoyar la evaluación del impacto económico

y presupuestal de las actividades de salud sexual y reproductiva al nivel de los gobiernos de la región (como la construcción de cuentas satélite similares a lo que se hizo con el SIDA en la región).

- Propiciar herramientas que promuevan el uso prioritario del gasto público en salud para los grupos excluidos y de menores ingresos.

REFERENCIAS

AbouZahr, C. 2001. Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

AbouZahr, C. y Wardlaw, T. 2001. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

CEDES. 2003. Salud reproductiva y reforma del sector salud en Argentina. Informe final de un trabajo financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Buenos Aires.

Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Salud reproductiva y reforma del sector salud. Informe final de un trabajo financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Santiago.

Evers, B. y Juárez, M. 2001. Understanding the Links: Globalization, Health Sector Reform, Gender and Reproductive Health. Nueva York: Ford Foundation.

Freedman, L. et al. 2003. Background paper on the task force on child health and maternal health. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York..

Hugues, J. 2003. Gender, Equity and Indigenous Women's Health in the Americas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Octubre.

Krieger, N. 2003. Gender, Sexes and Health: What are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 2003;32:652-657.

Langer, A y Nigenda, G.2000. *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. Ciudad de México: Population Council y Banco Interamericano de Desarrollo.

Langer, A. y Espinosa, H. 2001. Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe". Foro de la Sociedad Civil de las Américas, México, diciembre.

Levine, R., Glassman, A. y Schneidman, M., 2001. La salud de la mujer en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Naciones Unidas. 1994. Report of the International Conference on Population and Development A/CONF.171/13, 1994, Nueva York.

OPS. 2003a. Regional Interagency Task Force for the Reduction of Maternal Mortality: Latin America and the Caribbean Regional Strategy for the Reduction of Maternal Mortality for the Next Decade: 2002-2010. Mimeo. Washington, D.C. Junio.

OPS., 2003b. Health Situation in the Americas: Basic Indicators. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. 1997. Maternal Health around the World. Washington, D.C.: Banco Mundial.