N° 0000009921 F
"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" - U.N.A.M.
01164
09.13
R321
921

# Reducción de la mortalidad materna

Declaración conjunta
OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial

"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" - U.N.A.M.

1. Mortalidad materna
2. Derechos de la mujer
3. Embarazo

"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" - U. N. A. M.

# Reducción de la mortalidad materna

Declaración conjunta
OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GINEBRA
1999

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Reducción de la mortalidad materna : declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/ Banco Mundial.

1. Mortalidad materna 2. Factores de riesgo 3. Relaciones interinstitucionales 4. Tratados

ISBN 92 4 356195 2 (Clasificación NLM: HB 1322.5)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© **Organización Mundial de la Salud 1999**

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

Printed in Switzerland

99 / 12597 / Strategic /PCL-2700

# Índice


| | | Página |
|---|---|---|
| **Prefacio** | | 1 |
| **1.** | **Introducción** | 4 |
| **2.** | **La maternidad sin riesgo es una cuestión de derechos humanos** | 6 |
| **3.** | **Las dimensiones del problema** | 9 |
| | ¿Qué es una defunción materna? | 9 |
| | Mediciones de la mortalidad materna | 9 |
| | ¿Dónde se producen las defunciones maternas? | 10 |
| | ¿Por qué mueren las mujeres? | 11 |
| **4.** | **Factores subyacentes a las causas médicas** | 16 |
| **5.** | **Repercusión de las defunciones maternas** | 19 |
| **6.** | **¿Qué se sabe acerca de la reducción de la mortalidad materna?** | 21 |
| **7.** | **Medidas en favor de una maternidad sin riesgo** | 24 |
| | Medidas legislativas y de política general | 24 |
| | Las intervenciones de la sociedad y la comunidad | 27 |
| | Actividades del sector de la salud | 31 |
| **8.** | **¿Qué pueden hacer los planificadores y administradores sanitarios para que se disponga de sus servicios?** | 35 |

**9. ¿Cómo podemos comprobar si estamos actuando de manera adecuada?** 37

**10. Conclusiones** 39

**Referencias** 41

**Anexo. Definiciones** 43

# Prefacio

Casi 600 000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años mueren cada año en todo el mundo como consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y del parto. Lo trágico es que esas mujeres no mueren de enfermedad sino durante el proceso de procreación normal que realza la vida. La mayor parte de esos fallecimientos se podrían evitar si se adoptaran medidas preventivas y se proporcionara una asistencia adecuada. Por cada mujer que muere son muchas más las que sufren graves trastornos que pueden afectarlas para el resto de sus vidas. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que existe entre los hombres y las mujeres y su extensión es un indicio del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad y de su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a posibilidades económicas.

El mal estado de salud y la insuficiente nutrición de las mujeres y la falta de cuidado que contribuye a su fallecimiento durante el embarazo y el parto ponen asimismo en peligro la salud y la supervivencia de los lactantes y los niños que dejan. Se calcula que casi las dos terceras partes de los ocho millones de fallecimientos de lactantes que se producen cada año son en gran parte el resultado de una deficiente salud e higiene maternas, una asistencia inadecuada, un ineficiente tratamiento del parto y la falta de atención esencial al recién nacido.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgos (Colombo, 1997) han contribuido a concentrar la atención de la comunidad internacional en la necesidad de una acción acelerada para alcanzar la meta de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia[1] de reducir la mortalidad materna a la mitad. La Consulta sobre la Maternidad sin Riesgos sitúa la mortalidad materna en el contexto de los derechos humanos e

[1] Nueva York, 1990.

insta a los gobiernos a que utilicen sus sistemas políticos, jurídicos y sanitarios para cumplir las obligaciones que les impone su adhesión a los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos. Expertos de la OMS, el FNUAP, el UNICEF, el Banco Mundial, el Consejo de Población, la Federación Internacional de Planificación de la Familia y otros organismos nacionales e internacionales que se ocupan de la maternidad sin riesgos examinaron los progresos logrados en los últimos 10 años y llegaron a la conclusión de que es posible reducir la mortalidad materna considerablemente con una inversión reducida, un programa eficaz e intervenciones normativas.

Una enseñanza importante extraída del último decenio ha sido que las intervenciones destinadas a reducir las defunciones maternas no pueden realizarse como programas verticales independientes. La mortalidad materna no es simplemente una «desventaja sanitaria», es una «desventaja social». Las intervenciones sanitarias, sociales y económicas resultan sumamente eficaces cuando se llevan a cabo simultáneamente. Las intervenciones en favor de una maternidad sin riesgo deben efectuarse en el contexto de programas de salud más amplios, entre ellos los de asesoramiento nutricional y suplemento de micronutrientes, supervivencia y desarrollo del niño, inmunización, agua salubre y saneamiento, planificación de la familia, evitación de embarazos no deseados y prevención y lucha contra el paludismo, HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Esta declaración conjunta representa un consenso entre la OMS, el FNUAP, el UNICEF y el Banco Mundial y es un ejemplo de la finalidad común y la complementariedad de los programas respaldados por los cuatro organismos y concebidos para atenuar y evitar la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal. Los principios y las políticas de cada organismo se rigen por las decisiones correspondientes de sus órganos rectores, y cada organismo realiza las intervenciones descritas en este documento de conformidad con esos principios y políticas y dentro de los límites de su mandato. La declaración se basa en las lecciones aprendidas y en los conocimientos adquiridos por los países de todo el mundo en su empeño por reducir y evitar las defunciones maternas y neonatales, señalar

los problemas que se plantean en la elección de las intervenciones adecuadas y crear un enfoque consensual para afrontar el problema con eficacia.

Entre los mensajes fundamentales que transmite esta declaración conjunta cabe mencionar los actos normativos y legislativos esenciales para reducir la mortalidad materna, así como las intervenciones sociales y comunitarias que deben acompañar a cualquier actividad del sector sanitario. La maternidad sin riesgo se percibe como un derecho humano apuntalado por las leyes que apoyan medidas eficaces para aumentar el acceso de las mujeres a servicios adecuados. Las familias y las comunidades tienen una importantísima función que desempeñar para posibilitar ese acceso y proteger la salud de las mujeres mediante una nutrición mejorada y la prevención de los embarazos no deseados. Se alienta al sector de la salud a que preste servicios de buena calidad, con inclusión de los cuidados esenciales, de presentarse complicaciones obstétricas, a disposición de todas las mujeres durante el embarazo y el parto, garantizando en particular que en cada parto la mujer estará asistida por un personal competente. El mensaje final destaca la importancia del seguimiento de los progresos logrados mediante el empleo de indicadores y análisis adecuados de cada defunción materna para determinar los factores concurrentes que podrían haberse atenuado o evitado.

La presente declaración se dirige a los gobiernos, los órganos de decisión en las esferas social, económica y sanitaria, los directores y administradores de los programas de salud materno-infantil y de nutrición, las organizaciones no gubernamentales, los miembros de la comunidad, y el personal de la OMS, el FNUAP, el UNICEF y el Banco Mundial. Su intención es prestarles ayuda en la adopción de decisiones en los planos nacional y local, en la adaptación de intervenciones a las necesidades de un país o una situación concreto y en la movilización y utilización más eficaz de los recursos para lograr un embarazo y un parto más seguros.

# 1. Introducción

Cada minuto de cada día en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son evitables.

El derecho a la vida es un derecho humano fundamental que entraña no sólo el derecho a protección contra la ejecución arbitraria por el Estado, sino también las obligaciones de los gobiernos de promover las condiciones esenciales para la vida y la supervivencia. Los derechos humanos son universales y deben aplicarse sin discriminación por razón alguna, entre ellas el sexo. Para las mujeres los derechos humanos comprenden el acceso a servicios que garanticen un embarazo y un parto sin riesgo.

Desde los años cuarenta las defunciones maternas se han vuelto cada vez más raras en los países desarrollados. Sin embargo, no cabe decir lo mismo de las zonas en desarrollo, en las que la persistencia de altos niveles de mortalidad materna es un síntoma de una falta de cumplimiento generalizada de los derechos humanos más fundamentales de las mujeres. Ese incumplimiento afecta más agudamente a los pobres, los desfavorecidos y las personas que carecen en absoluto de poder. Para más de medio millón de mujeres, la muerte es el último episodio de una larga historia de dolor y sufrimiento; otros millones de mujeres quedan lesionadas o discapacitadas, muchas de ellas para el resto de sus vidas. El sufrimiento a menudo no se limita al puramente físico sino que afecta a la capacidad de la mujer para asumir sus responsabilidades sociales y económicas y participar en el desarrollo de sus comunidades.

La defunción materna es una tragedia para mujeres individuales, familias, y sus comunidades.

Los niveles elevados de mortalidad materna no son sólo un «problema femenino». La mala salud materna y su inevitable secuela — la mala salud de los lactantes y los niños — afecta a todo el mundo. Las mujeres son los puntales de las familias, los principales educadores de los hijos, las que proveen cuidados de salud, las que se ocupan de los jóvenes y de los viejos por igual, agricultoras, comerciantes y a menudo el principal cuando no el único sostén de la familia. Una sociedad privada de la aportación de las mujeres es una sociedad en la que se producirá un deterioro de la vida social y económica, un empobrecimiento de su cultura y una grave reducción de su capacidad potencial de desarrollo.

En 1987 se celebró en Nairobi la primera Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo y se formuló el objetivo de una reducción del 50% en los niveles de 1990 de la mortalidad materna para el año 2000. Varios gobiernos nacionales y otras conferencias internacionales, entre ellas la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, que tuvo lugar en Nueva York en 1990, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que se celebró en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing en 1995, adoptaron más tarde este objetivo.

Ahora se sabe mucho más que hace 10 años acerca de las intervenciones que son eficaces, los obstáculos al acceso a los cuidados médicos, las restricciones en la ejecución de los programas y los elementos concretos de atención médica que se deben proporcionar. Las lecciones que se han sacado se pusieron de manifiesto en una Consulta Técnica Internacional celebrada en Colombo, Sri Lanka, en octubre de 1997 para celebrar el décimo aniversario de la Iniciativa para una maternidad sin riesgo. Durante la consulta los organismos de las Naciones Unidas que participaron más de cerca en la elaboración y ejecución de programas de salud reproductiva llegaron a un consenso sobre las medidas que dan resultado, lo que cuestan y cómo se pueden aplicar con eficacia. Esta declaración conjunta refleja ese consenso y presenta el camino que han de seguir cuantos se preocupan por cualquiera de los aspectos de la maternidad sin riesgo.

# 2. La maternidad sin riesgo es un asunto de derechos humanos

La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto no es sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social.

Varios de los derechos humanos actualmente reconocidos en las constituciones nacionales y en los tratados regionales e internacionales de derechos humanos se pueden aplicar a la maternidad sin riesgo. Muchos de esos tratados, convenios y convenciones se basan en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (*1*); entre ellos figuran la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (*2*), la Convención sobre los Derechos del Niño (*3*), el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (*4*), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (*5*) y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (*6*).

Los derechos humanos que guardan relación con la maternidad sin riesgo se pueden agrupar en las cuatro categorías principales siguientes:

- **Derechos relacionados con la vida, la libertad y la seguridad de la persona,** que imponen a los gobiernos la obligación de velar por el acceso a una atención de salud adecuada durante el embarazo y el parto y los derechos de la mujer a decidir si van a tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. Los gobiernos deben, en consecuencia, tomar en consideración los factores de los sistemas económico, jurídico, social y de salud que niegan a las mujeres esos derechos fundamentales.

- **Derechos relacionados con el fundamento de la familia y de la vida familiar,** que imponen a los gobiernos la obligación de

dar acceso a los servicios de salud y a otros servicios que las mujeres necesitan para crear una familia y disfrutar de la vida dentro de una familia.

- **Derechos relacionados con la atención de la salud y los beneficios de los progresos científicos, con inclusión de información y educación sobre la salud,** que imponen a los gobiernos la obligación de facilitar el acceso a una atención de salud sexual y reproductiva de calidad con sistemas adecuados de remisión de casos. Las medidas requeridas para garantizar la maternidad sin riesgo se pueden aplicar por medio de la atención primaria de salud independientemente del nivel de desarrollo económico del país. Elemento esencial de estos derechos es la información sobre un conjunto de cuestiones de salud reproductiva, entre ellas la planificación de la familia, el aborto y la educación sexual.

- **Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación,** que imponen a los gobiernos la obligación de dar acceso a servicios como la educación y la atención sanitaria sin discriminación por razones de sexo, estado civil, edad y posición socioeconómica. Entre otras medidas discriminatorias cabe mencionar la imposición de la necesidad de que una mujer obtenga el consentimiento de su marido para determinadas intervenciones de atención sanitaria, las exigencias relativas a la autorización parental que tienen una repercusión diferente en las muchachas y las leyes que tipifican como delito procedimientos médicos que sólo necesitan las mujeres. Los gobiernos infringen sus obligaciones cuando no cumplen las leyes que protegen de manera eficaz los intereses de las mujeres o que no asignan recursos sanitarios para atender las necesidades particulares de las mujeres con el fin de garantizarlas un embarazo y un parto sin riesgo.

Las medidas que los gobiernos han de adoptar para promover la maternidad sin riesgo como un derecho humano se clasifican en tres grupos:

- **Reforma de las leyes** que impiden que las mujeres alcancen los niveles más alto posibles de salud y nutrición necesarios para un embarazo y un parto sin riesgo y que obstaculizan

el acceso a información y servicios de salud reproductiva, como las leyes que imponen a las mujeres que necesitan atención sanitaria la obligación de solicitar la autorización de los esposos o de otros miembros de la familia primero.

- **Aplicación de leyes** que promueven los derechos de la mujer a unos servicios de salud y nutrición de buena calidad y que protegen los intereses sanitarios de las mujeres, como las leyes que prohíben el matrimonio de niños, la mutilación de los genitales femeninos, la violación y los abusos sexuales. Se debe poner el máximo empeño en aplicar leyes que estimulen el momento oportuno de los nacimientos desde el punto de vista de la salud, como las que apoyan la educación de las muchachas, fijan una edad mínima para el matrimonio y garantizan el acceso de la mujer a servicios de salud esenciales.
- **Aplicación de los derechos humanos** en la legislación nacional y política de promoción de la maternidad sin riesgo.

# 3. Las dimensiones del problema

## ¿Qué es una defunción materna?

Una defunción materna es el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y de la duración del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su tratamiento (véase el anexo). Las defunciones maternas se subdividen en defunciones obstétricas directas e indirectas. Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el periodo puerperal. Suelen deberse a una de cinco causas principales -hemorragia (normalmente se produce en el periodo puerperal), septicemia, eclampsia, parto obstruido y complicaciones de un aborto peligroso — así como a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las defunciones obstétricas indirectas tienen su origen en enfermedades anteriormente existentes o en enfermedades que surgen durante el embarazo (pero sin causas obstétricas directas), o que se agravaron por los efectos fisiológicos del embarazo; entre otros ejemplos de esas enfermedades cabe mencionar el paludismo, la anemia, VIH/SIDA y enfermedades cardiovasculares (*7*).

## Mediciones de la mortalidad materna

Existen tres principales mediciones de la mortalidad materna: la razón de la mortalidad materna, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida.

- La **razón de mortalidad materna** representa el riesgo que conlleva cada embarazo, es decir, el riesgo obstétrico. Se calcula como el número de defunciones maternas durante un año determinado por 100 000 nacidos vivos durante el mismo periodo. Aunque tradicionalmente se ha hecho

referencia a esta medición como una tasa es en realidad una razón y actualmente los investigadores la suelen llamar así.[1]

- La **tasa de mortalidad materna** mide tanto el riesgo obstétrico como la frecuencia con la que las mujeres están expuestas a ese riesgo. Se calcula como el número de defunciones maternas en un periodo dado por 100 000 mujeres en edad fecunda (normalmente de 15 a 49 años).

Los términos «razón» y «tasa» se utilizan a menudo de manera intercambiable; en aras de la claridad es esencial, por lo tanto, especificar el denominador utilizado, al referirse a alguna de esas mediciones de la mortalidad materna.

- El **riesgo de defunción materna durante todo el ciclo de vida** tiene en cuenta la probabilidad de quedarse embarazada y la probabilidad de fallecer como resultado del embarazo acumulada a lo largo de los años fecundos de la mujer.[2]

## ¿Dónde se producen las defunciones maternas?

Los entornos en los que el problema de la mortalidad materna es más agudo son precisamente aquellos en los que es menos probable que se midan con precisión.

Las primeras estimaciones de la magnitud de la mortalidad materna en todo el mundo se efectuaron a finales de los años

---

[1] El denominador adecuado de la razón de mortalidad materna sería el número total de embarazos (nacidos vivos, defunciones fetales (muertes prenatales), abortos inducidos y espontáneos, embarazos ectópicos y molares). Sin embargo, raras veces se dispone de esta cifra, sea en los países en desarrollo donde se producen la mayor parte de los nacimientos o en los países desarrollados, por lo que el número de nacidos vivos suele utilizarse como el denominador.

[2] El riesgo durante todo el ciclo de vida se puede calcular multiplicando la tasa de mortalidad materna por la extensión del periodo fecundo (unos 35 años). Véase Campbell OMA, Graham WJ, Measuring maternal mortality and morbidity: levels and trends, Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1990.) El riesgo durante todo el ciclo de vida puede calcularse aproximadamente multiplicando la tasa de fecundidad total por la razón de mortalidad materna.

ochenta. Señalaban que en todo el mundo unas 500 000 mujeres morían cada año por causas relacionadas con el embarazo. En 1996 la OMS y el UNICEF revisaron las estimaciones correspondientes a 1990 sobre la base del volumen creciente de información de que se había dispuesto estos últimos años. Estas nuevas estimaciones mostraban que la magnitud del problema era considerablemente mayor de lo que se había sospechado inicialmente y que cada año se producían cerca de 600 000 defunciones maternas, la inmensa mayoría de las cuales en los países en desarrollo (véase la figura 1). En los países desarrollados, la razón de mortalidad materna equivale a una media que gira en torno a 27 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos; en los países en desarrollo la razón es casi 20 veces mayor, al situarse en 480 por 100 000, y puede llegar a ser de 1000 por 100 000 en algunas regiones.

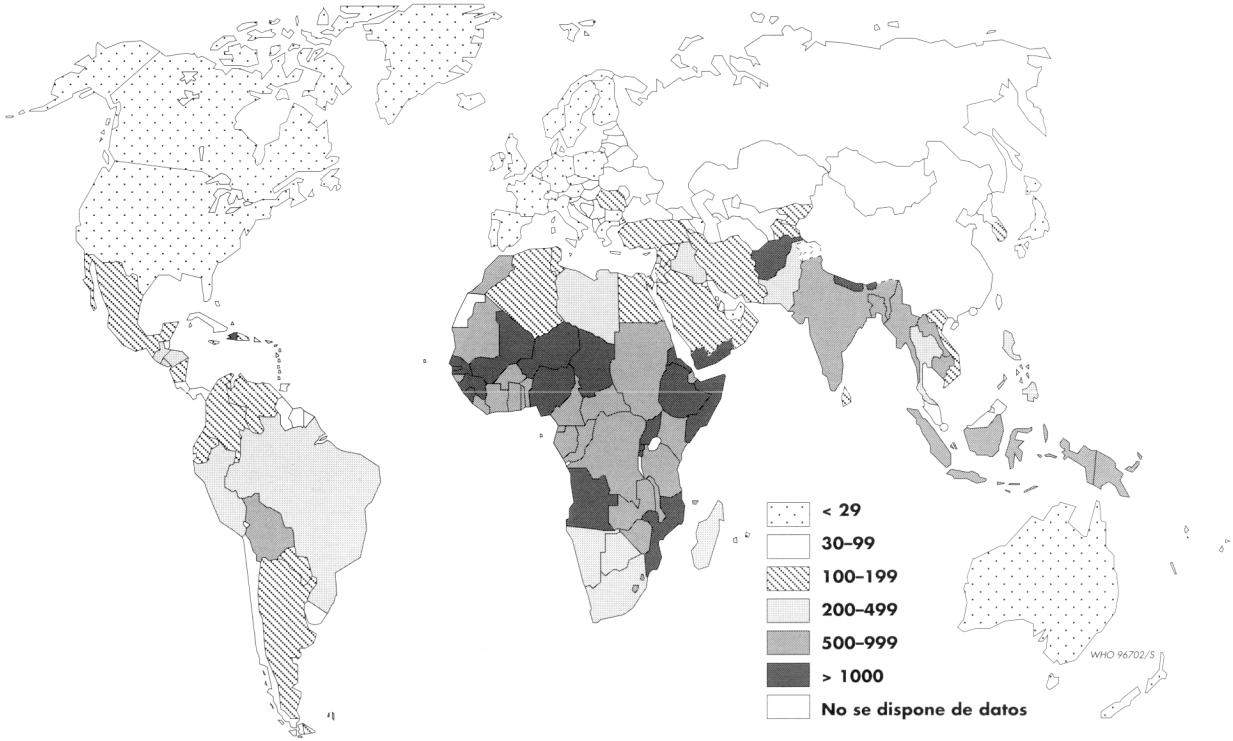
La razón de mortalidad materna es una medición del riesgo obstétrico que afronta una mujer cada vez que queda embarazada. Cuando las mujeres tienen muchos embarazos, el riesgo de defunción materna aumenta. En algunos países en desarrollo una mujer de cada 12 muere debido a algún problema relacionado con el embarazo en comparación con una de cada 4000 en las regiones industrializadas. La discrepancia entre estas dos cifras representa una de las diferencias más crudas y reveladoras del desarrollo. Refleja asimismo enormes diferencias en la responsabilidad asumida por los países no sólo entre países desarrollados y países en desarrollo, sino también entre diferentes países en desarrollo, donde es mucho más amplia que las diferencias en la mortalidad de los lactantes o los niños pequeños (*8*).

## ¿Por qué mueren las mujeres?

Las causas médicas de las defunciones maternas son similares en todo el mundo.

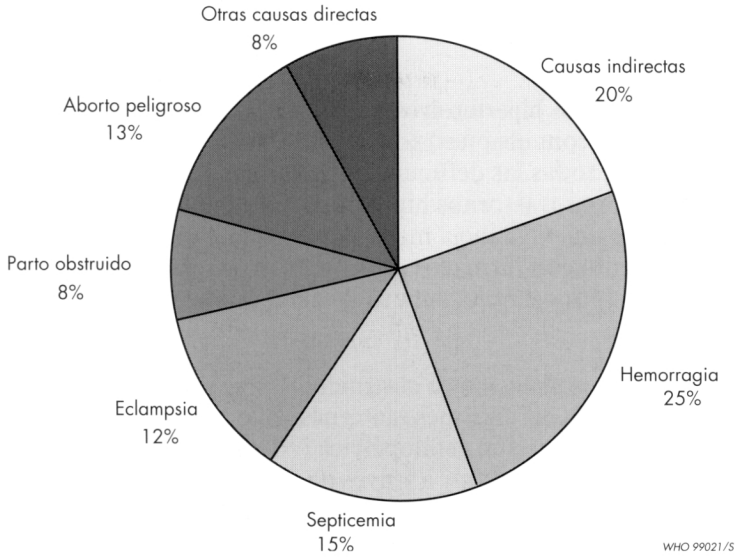
A nivel universal, alrededor del 80% de las defunciones maternas son el resultado directo de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el puerperio (véase la figura 2). La causa más común única — que representa la cuarta parte de

**Figura 1. Razones de mortalidad materna (estimaciones mundiales), 1990 (defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos)**




Las designaciones utilizadas y la presentación de materiales en este mapa no implican la expresión de opinión alguna por parte de la Organización Mundial de la Salud respecto al estado legal de ningún país, territorio, ciudad o área o de las autoridades de los mismos, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas corresponden a líneas de frontera aproximadas para las que puede no existir un pleno acuerdo.

**Figura 2. Causas de defunciones maternas: estimaciones mundiales, que varían en diferentes entornos**




todas las defunciones maternas — es la hemorragia grave, que por lo general se produce después del parto.

- La **hemorragia,** especialmente la hemorragia puerperal, es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica. En el plano mundial, alrededor del 25% de todas las defunciones maternas se deben a hemorragias. La pérdida de sangre puede causar rápidamente la muerte a falta de unos cuidados rápidos y adecuados para salvar la vida que incluyen la administración de fármacos para combatir la hemorragia, masajes del útero para estimular las contracciones y una transfusión de sangre, de ser necesario.

- La **septicemia,** que suele ser una consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada, representa aproximadamente el 15% de las defunciones maternas. Esas infecciones pueden evitarse con eficacia mediante un meticuloso cuidado para

realizar un parto en condiciones higiénicas y mediante la detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo. Con una atención puerperal sistemática será posible detectar rápidamente la infección y proceder a su tratamiento por medio de antibióticos adecuados.

- Los **trastornos hipertensivos del embarazo,** particularmente **eclampsia** (convulsiones) son la causa de aproximadamente el 12% de todas las defunciones maternas. Las defunciones causadas por trastornos hipertensivos se pueden evitar mediante una vigilancia meticulosa durante el embarazo y el tratamiento con fármacos anticonvulsivos relativamente sencillos (por ejemplo, sulfato de magnesio) en casos de eclampsia.

- Los **partos prolongados u obstruidos** representan alrededor del 8% de las defunciones maternas. Ello se debe a menudo a una desproporción cefalopélvica (cuando la cabeza del lactante no puede pasar a través de la pelvis materna) o por su colocación anormal (cuando el feto está incorrectamente situado para pasar a través del cuello del útero). La desproporción es más común cuando la malnutrición es endémica, especialmente en poblaciones con diversas tradiciones y tabúes con respecto al régimen alimentario de las muchachas y las mujeres. Es peor cuando las muchachas se casan jóvenes y se espera que demuestren su fecundidad, a menudo antes de que se hayan desarrollado plenamente.

- Las complicaciones de un **aborto peligroso** son la causa de una proporción sustancial (13%) de defunciones maternas. En algunas partes del mundo, la tercera parte o más de las defunciones maternas están relacionadas con abortos peligrosos. Estos fallecimientos pueden evitarse si las mujeres tienen acceso a información y servicios de planificación familiar, atención sanitaria de producirse complicaciones relacionadas con el aborto y, cuando el aborto no está prohibido por la ley, la prestación de asistencia para un aborto sin riesgo.

Aproximadamente el 20% de las defunciones maternas son el resultado de circunstancias preexistentes que se agravan con el

embarazo o su tratamiento. Una de las causas indirectas más importantes de defunción es la anemia, la cual, además de producir la muerte por paro cardiovascular, se cree que es también el motivo de una proporción considerable de fallecimientos directos (particularmente los debidos a hemorragias y septicemia). Otras causas indirectas importantes de muerte son el paludismo, la hepatitis, las enfermedades cardiovasculares y, cada vez más en ciertos entornos, VIH/SIDA. Muchas de estas afecciones son contraindicaciones relativas o absolutas con respecto al embarazo. Es preciso informar a las mujeres de estos problemas para que puedan evitar otros embarazos mientras se tratan las afecciones.

# 4. Factores subyacentes a las causas médicas

La baja posición social y económica de las muchachas y las mujeres es una causa determinante fundamental de la mortalidad materna en muchos países. La baja posición limita el acceso de las muchachas y las mujeres a la educación y a una nutrición correcta, así como a los recursos económicos necesarios para pagar los servicios de atención sanitaria o de planificación familiar.

Los factores que subyacen a las causas directas de las defunciones maternas intervienen a diversos niveles. La baja situación social de las mujeres en los países en desarrollo limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y, en consecuencia, su capacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud y nutrición. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesiten debido a prácticas culturales de reclusión o a que la adopción de decisiones incumbe a otros miembros de la familia. La falta de acceso y utilización de servicios obstétricos esenciales es un factor trascendental que contribuye a la elevada mortalidad materna. La falta de poder de decisión y de otras posibilidades relega a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos. El esfuerzo físico excesivo unido a un mal régimen alimenticio contribuye asimismo a los malos desenlaces maternos.

Sólo el 53% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo dan a luz con ayuda de una partera calificada.

En los países en desarrollo muchas mujeres son asistidas en el parto por parteras tradicionales o sólo por parientes; muchas

dan a luz solas. Sólo el 53% de las mujeres de los países en desarrollo cuentan con asistencia de un personal sanitario calificado (una partera o un médico) y sólo el 40% paren en un hospital o en un centro de salud. Se estima que el 15% de las mujeres embarazadas sufrirán complicaciones que amenazarán su vida y que requieren una atención de urgencia, pero casi no se dispone de datos sobre la proporción de mujeres que tienen acceso a esa asistencia. Hasta en un 40% de los embarazos es probable que se requerirá alguna forma de asistencia especial. Facilitar los servicios de un personal sanitario competente capaz de evitar, detectar y tratar las principales complicaciones obstétricas, junto con el equipo, los fármacos y otros suministros esenciales para su tratamiento eficaz es el factor único más importante en la prevención de las defunciones maternas.

La mala nutrición contribuye al mal estado de salud materna y es una razón subyacente de los malos desenlaces de los embarazos.

La mala nutrición antes y durante el embarazo contribuye de diversas maneras al mal estado de salud de la madre, a problemas obstétricos y a los malos desenlaces del embarazo:

- **El retraso del crecimiento** durante la niñez como resultado de una grave malnutrición expone a las mujeres al riesgo de un parto obstruido debido a la desproporción cefalopélvica.
- **La anemia** puede deberse a diversas causas, que pueden confluir. Entre éstas cabe mencionar la ingesta insuficiente y las pérdidas, debidas a infestaciones parasitarias y al paludismo, de hierro, ácido fólico y vitamina A. Aproximadamente el 50% de todas las mujeres embarazadas de todo el mundo sufren de anemia. Las mujeres con anemia grave son más vulnerables a la infección durante el embarazo y el parto, corren un mayor riesgo de fallecimiento debido a hemorragias obstétricas y a riesgos graves operatorios si les tienen que practicar la cesarea.
- **Una grave deficiencia de vitamina A** puede hacer más vulnerables a las mujeres a complicaciones obstétricas y a la

mortalidad materna conexa. Hace falta que se realicen más investigaciones sobre la repercusión de la deficiencia de vitamina A en el desenlace del embarazo y sobre la posibilidad de introducir un complemento de vitamina A en los programas de salud de la madre.

- **La deficiencia de yodo** aumenta el peligro de muertes prenatales y de abortos espontáneos y, en zonas muy deficientes, puede contribuir a la defunción materna causada por hipotiroidismo grave.
- **La carencia de calcio alimentario** parece incrementar el riesgo de que una mujer contraiga preeclampsia y eclampsia durante el embarazo. El suplemento de calcio parece tener escasa repercusión en la prevención de la preeclampsia en zonas donde la ingesta alimentaria es suficiente, pero puede constituir una opción importante cuando el régimen alimenticio es deficiente en calcio.
- **Otras deficiencias de micronutrientes** probablemente contribuyen al mal estado de salud y al desenlace adverso del embarazo en algunas partes del mundo, aunque no se dispone de datos sobre los beneficios que aporta la complementación durante el embarazo.

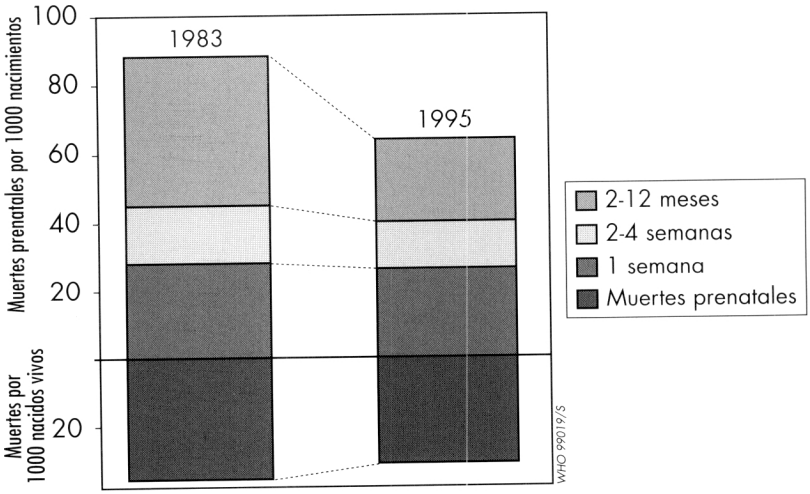
# 5. Repercusión de las defunciones maternas

La defunción materna tiene repercusiones en toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres causan asimismo daños a los fetos que llevan en su seno. De casi ocho millones de defunciones de lactantes que se producen cada año, cerca de los dos tercios ocurren durante el periodo neonatal, antes de la edad de un mes; 3,4 millones de estas defunciones neonatales tienen lugar durante la primera semana de vida y son en gran medida una consecuencia de una asistencia insuficiente o inadecuada durante el embarazo, el parto o las primeras horas críticas del puerperio. Por añadidura, por cada neonato que muere hay por lo menos un feto nacido muerto (*9*).

Cabe lograr reducciones adicionales considerables en la mortalidad de los lactantes por medio de intervenciones destinadas a mejorar la salud de la madre y su acceso a la asistencia sanitaria durante el parto, el nacimiento y las horas trascendentales que siguen inmediatamente al nacimiento.

Mejoras recientes en las tasas de mortalidad de los lactantes se han debido en gran medida a la inmunización contra las enfermedades de la infancia y a una lucha más eficaz contra las enfermedades diarreicas; en cambio, las tasas de mortalidad neonatal precoz se han modificado poco (véase la figura 3).

**Figura 3. Las muertes prenatales y las defunciones en la primera semana siguen siendo elevadas en los países en desarrollo**



# 6. ¿Qué se sabe acerca de la reducción de la mortalidad materna?

Los expedientes históricos demuestran las significativas mejoras que pueden alcanzarse cuando están previstas intervenciones esenciales. Las reducciones de la mortalidad materna se produjeron en Suecia durante el siglo XIX, por ejemplo, como resultado de una política nacional que promovía la asistencia de parteras profesionales en todos los nacimientos unida al establecimiento de normas relativas a la calidad de la asistencia. A comienzos del siglo XX la mortalidad materna en Suecia era la más reducida de Europa, con una cifra de aproximadamente 230 por 100 000 nacidos vivos en comparación con más de 500 por 100 000 nacidos vivos a mediados de los años ochenta del siglo XIX (*10*). En Dinamarca, el Japón, Noruega y los Países Bajos unas estrategias análogas produjeron resultados comparables. En Gales y en Inglaterra no se pusieron de manifiesto reducciones importantes de la mortalidad materna hasta los años treinta del presente siglo; en el plano nacional, la adhesión política a la estrategia se logró sólo lentamente y la introducción de parteras profesionales fue aplazada de la misma manera. En cada caso, sin embargo, el elemento esencial de las mejoras era la institución de una asistencia a la maternidad plenamente profesional.

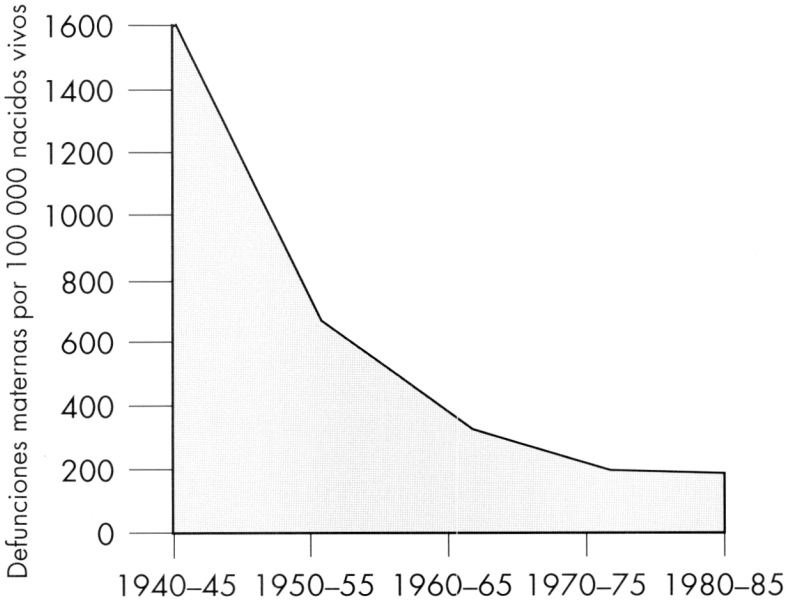
En los Estados Unidos de América, donde la estrategia se concentró en el parto hospitalario asistido por médicos, la mortalidad materna siguió siendo elevada debido a que resultó difícil establecer unos marcos y unos mecanismos reguladores para garantizar la calidad de la asistencia. En 1930 la razón de mortalidad materna en los Estados Unidos seguía siendo de 700 por 100 000 nacidos vivos en comparación con 430 en Gales e Inglaterra.

Más recientemente, en Sri Lanka se han producido reducciones importantes de la mortalidad materna en un periodo relativa-

mente breve de tiempo (véase la figura 4). Desde un nivel de más de 1500 por 100 000 nacidos vivos en 1940-1945, la mortalidad materna descendió a 555 por 100 000 nacidos vivos en 1950-1955, 239 por 100 000 en un plazo de 10 años y 95 por 100 000 en 1980. La cifra actual es de 30 por 100 000. Estas mejoras son el resultado de la introducción de un sistema de instalaciones y servicios sanitarios en todo el país unida a una expansión de las técnicas de obstetricia y de la planificación familiar. Durante los años cincuenta la mayor parte de los nacimientos en Sri Lanka se produjeron en el hogar con la asistencia de parteras no calificadas. Hacia finales de los años ochenta más del 85% de todos los nacimientos eran asistidos por un personal capacitado.

Se dispone de datos similares sobre la eficacia de las intervenciones de atención sanitaria en China, Cuba y Malasia. Estos países crearon unos sistemas de atención de la salud materna basados en la comunidad que abarcaban los cuidados prenata-

**Figura 4. La mortalidad materna en Sri Lanka, 1940-1985**




WHO 99020/S

les, durante el parto y puerperales y un sistema de remisión de casos a un nivel superior de cuidados de producirse complicaciones obstétricas.

Estos ejemplos demuestran claramente que la riqueza económica global de un país no es en sí el determinante más importante de la mortalidad materna. Existen numerosos otros ejemplos de países con niveles modestos de PNB que han logrado un nivel reducido de mortalidad materna.

# 7. Medidas en favor de una maternidad sin riesgo

Los países varían enormemente en lo que respecta a las situaciones y dificultades y a su capacidad para afrontarlas. No obstante, la experiencia de todo el mundo en los últimos diez años ha demostrado que varias características son comunes a los intentos de hacer frente a la mortalidad materna que han dado resultado. La reducción de la mortalidad materna exige unos esfuerzos coordinados y persistentes. Se requieren medidas en el marco de las familias y las comunidades, en la sociedad en conjunto, en los sistemas sanitarios y en el plano de la legislación y la política nacionales. Por otro lado, las relaciones recíprocas entre las intervenciones en estas esferas son esenciales para reducir la mortalidad materna y crear y respaldar un impulso que promueva el cambio.

## Medidas legislativas y de política general

Para garantizar una maternidad sin riesgo son esenciales cambios en la legislación y en la política general.

El compromiso político a largo plazo es un requisito previo fundamental. Cuando los órganos superiores de decisión están decididos a hacer frente a la mortalidad materna, se movilizarán los recursos necesarios y se adoptarán las decisiones políticas imprescindibles. Sin este nivel de compromiso durante un largo periodo, los proyectos no se pueden transformar en programas y las actividades no se pueden sostener.

Un entorno social, económico y legislativo estimulante permite a las mujeres superar los diversos obstáculos que limitan su acceso a la asistencia sanitaria, como la distancia desde sus hogares a centros de salud adecuados, la falta de medios de transporte y, lo que es más esencial, las barreras financieras y

sociales. La atención de salud de la madre adecuada es limitada cuando las mujeres tienen que pagar los servicios y los medicamentos esenciales y cuando deben soportar costos ocultos sustanciales como la pérdida de tiempo para las tareas domésticas, el empleo remunerado, la producción de alimentos y el cuidado de los niños. Debe formularse una legislación que respalda el acceso de las mujeres a la asistencia sanitaria para que el personal sanitario de la periferia del sistema de salud pueda desempeñar funciones concretas que salvan vidas. De lo contrario, sólo profesionales sanitarios altamente calificados, que desempeñan su actividad en gran parte en centros urbanos, pueden proporcionar esa asistencia, y sólo mujeres con dinero suficiente y los medios para llegar a esos centros pueden beneficiarse de esa asistencia.

Con esos objetivos, es necesario examinar meticulosamente las leyes y políticas nacionales, en particular en las esferas siguientes:

- **Planificación de la familia.** Las leyes que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar (por ejemplo exigiendo que una mujer esté casada o que obtenga la aprobación de su marido) deben derogarse. Las políticas deben velar por que todas las parejas e individuos tengan acceso a una información sobre planificación de la familia de buena calidad, voluntaria, orientada hacia los clientes y confidencial y a servicios que ofrezcan una amplia variedad de métodos anticonceptivos eficaces. Las políticas deben tomar en consideración los factores reguladores, sociales, económicos y culturales que limitan el control de las mujeres sobre la sexualidad y la reproducción, para que los embarazos que son prematuros, tardíos o demasiado frecuentes puedan evitarse.

- **Adolescentes y niños.** Las políticas generales y los programas deben estimular el matrimonio y la procreación más tardíos y una expansión de las posibilidades económicas y educativas a favor de las mujeres y las muchachas. La promoción de una nutrición correcta en la infancia y la adolescencia, así como la complementación nutricional, de ser necesario, durante el embarazo, proporciona protección y a las mujeres y a sus futuros hijos. Las políticas generales deben

dar también a los adolescentes la posibilidad de asumir la responsabilidad de su salud sexual y reproductiva y de protegerla, y facilitar su acceso a información y servicios sanitarios. Todos los niños, antes de llegar a la edad en que son sexualmente activos, deben tener conocimiento de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y recibir ayuda para que adquieran los conocimientos necesarios para protegerse de la coacción sexual.

- **Obstáculos al acceso.** La asignación de personal sanitario capacitado en partería a centros de salud de aldea puede contribuir a superar los problemas de la distancia y el transporte. El personal sanitario debe estar también capacitado para tratar con amabilidad a las pacientes. Las políticas generales deben respaldar la prestación de servicios a un costo mínimo; al mismo tiempo, el personal de salud debe tener seguridad en el empleo, ser remunerado de manera adecuada y recibir suministros suficientes para realizar su trabajo. Son asimismo esenciales políticas generales que aumenten el poder de decisión de las mujeres, particularmente en lo que respecta a su propia salud.

- **Regulación de la práctica.** Es preciso elaborar protocolos y leyes encaminados a proporcionar una asistencia materna de rutina y servicios de remisión de casos con complicaciones obstétricas a cada nivel del sistema de salud. Conviene determinar para todo el país las responsabilidades a cada nivel en lo que respecta a supervisión, despliegue de personal sanitario, remuneración y procedimientos de presentación de informes. La elaboración y promoción de planes de estudio y de capacitación son importantes, dado que representan el marco de las normas nacionales que regulan la selección de las personas que siguen una instrucción, los instructores y los supervisores.

- **Delegación de autoridad.** Los servicios deben descentralizarse para que se disponga de instalaciones que estén lo más cerca que sea posible de los hogares de la población. En todas las instalaciones de salud, particularmente en las zonas remotas y rurales, se debe disponer de suministros, equipo y personal capacitado suficientes, así como de normas generales y protocolos escritos para orientar la

prestación de servicios y facilitar la delegación de determinadas funciones en el personal de niveles inferiores (cuando está adecuadamente capacitado).

- **Aborto.** La existencia de servicios para el tratamiento de las complicaciones del aborto y de asistencia con posterioridad al aborto debe estar garantizada por una legislación adecuada. Cuando el aborto no está prohibido por la ley, se deben poner a disposición instalaciones para la terminación sin riesgo del embarazo. La política nacional puede desalentar las prácticas de aborto peligroso promoviendo la protección contra el embarazo no deseado y campañas nacionales de salud para dar a conocer los riesgos de un aborto peligroso y la necesidad de reconocer y recibir un tratamiento en caso de complicaciones relacionadas con el aborto.

## Las intervenciones de la sociedad y la comunidad

El apoyo de las familias y las comunidades es fundamental para reducir la mortalidad materna.

El compromiso a largo plazo de los políticos, los planificadores y los decisores de llevar a cabo programas para promover la maternidad sin riesgo depende del apoyo popular. La colaboración de un amplio conjunto de grupos e individuos es, por consiguiente, esencial, con inclusión de dirigentes de la comunidad y religiosos, grupos de mujeres, grupos de jóvenes, otras asociaciones locales y profesionales de la salud. Se deben crear comités nacionales, regionales y de distrito en pro de la maternidad sin riesgo, en la forma que proceda y donde resulten más eficaces. Se pueden establecer servicios y comités comunitarios de salud para investigar las defunciones maternas y contribuir a determinar y a aplicar estrategias para introducir mejoras en esferas como la remisión de casos, el transporte de urgencia, el despliegue y el apoyo de proveedores de atención sanitaria y la distribución de costos. Los comités locales tienen también una función esencial que desempeñar en los programas

de seguimiento y evaluación, mediante el descubrimiento de las deficiencias y la adopción de las medidas adecuadas.

Las mujeres necesitan apoyo para obtener el acceso a una asistencia esencial.

Es particularmente fundamental despertar la conciencia de la necesidad de que las mujeres tengan acceso a una asistencia de urgencia sin demora, si surgen complicaciones durante el embarazo. Como muchas mujeres dan a luz solas o con algún pariente, se debe enseñar a los miembros de la comunidad a reconocer los indicios de peligro y a elaborar planes para emergencias, con inclusión del transporte a los hospitales o a los centros de salud, y a los fondos de seguros locales a que contribuyan a cubrir los gastos de la atención sanitaria. Se pueden organizar comunicaciones — radios, teléfonos y medios de transporte para situaciones de emergencia — con el apoyo financiero de las comunidades. Cabe distribuir botiquines para partos baratos y sencillos a mujeres embarazadas para los partos que se producen en el hogar o en instalaciones de atención primaria de salud; esos botiquines ayudarán a que los partos se realicen en condiciones de limpieza y que se eviten por lo menos algunas defunciones relacionadas con infecciones.

La capacitación de parteras tradicionales por sí sola, sin el apoyo de un sistema de remisión de casos que funcione y de personal sanitario profesionalmente calificado, no resulta eficaz para reducir la mortalidad materna.

En muchos lugares no se dispone de los servicios de dispensadores profesionales calificados de atención sanitaria y las parteras tradicionales pueden ser la única fuente de asistencia a las mujeres. Durante muchos años los gobiernos y los organismos internacionales han estado invirtiendo en capacitación de parteras tradicionales. Sin embargo, no hay ninguna certidumbre de que esa capacitación por sí sola produzca reducciones de la

mortalidad materna, pese a que las parteras tradicionales pueden proporcionar unos cuidados culturalmente adecuados en el entorno de la comunidad, establecer un vínculo de primera línea con el sistema institucionalizado de atención sanitaria y prestar algunos servicios sencillos como la distribución de suplementos nutricionales. Una estrategia útil en diversos entornos ha sido la capacitación de parteras tradicionales para que reconozcan problemas y para que orienten a las mujeres hacia el sistema institucionalizado de atención de la salud y les indiquen a dónde deben dirigirse. Cuando se procede a la capacitación de parteras tradicionales, esa capacitación debe formar parte de una estrategia más amplia que incluya un mecanismo incorporado de envío de casos, supervisión y evaluación.

Un régimen alimenticio que aporta calorías y micronutrientes suficientes es esencial para que un embarazo se lleve a término con éxito. La suplementación y/o fortificación pueden ayudar cuando las deficiencias en micronutrientes son endémicas.

El término malnutrición abarca la carencia proteinoenergética y la falta de nutrientes concretos. Cuando la malnutrición es endémica o surgen escaseces graves de alimentos como resultado de fluctuaciones estacionales o crisis agrícolas, un suplemento de alimentos puede contribuir a que las adolescentes sigan creciendo durante el embarazo y a que todas las mujeres tengan una ingesta suficiente de calorías para que el embarazo y la lactancia no planteen problemas. Las deficiencias en hierro/folato, calcio, yodo y vitamina A pueden empeorar la salud materna y provocar complicaciones del embarazo. Un complemento concentrado en micronutrientes particulares puede, por consiguiente, constituir un componente importante de los servicios de salud dispensados a las mujeres embarazadas, particularmente en casos en que las comunidades sufren de indigencia y malnutrición.

A largo plazo la mejora de la nutrición de las mujeres es fundamental para resolver el problema de la malnutrición y su repercusión en el embarazo y en el parto. Ese cambio puede

producirse únicamente en el plano de la comunidad y en el hogar, donde las mujeres a menudo comen menos, menos frecuentemente y menos nutritivamente que sus hijos y otros miembros de la familia. Es esencial tratar de instruir a la comunidad para cambiar las extendidas creencias y prácticas que militan contra una adecuada nutrición de la mujer embarazada y para hacer entender que la preparación para un buen embarazo y parto comienza bastante antes de llegar a la edad adulta, con una nutrición adecuada de las muchachas.

La salud general de la mujer influye en la salud materna. Entre los problemas esenciales cabe mencionar el VIH/SIDA y otras enfermedades importantes, que dependen de las pautas epidemiológicas locales.

La infección con el VIH es una amenaza que se extiende rápidamente contra la salud de las mujeres y el SIDA es una causa común cada vez mayor de defunciones maternas en muchos países. La pandemia VIH/SIDA pone de relieve la necesidad de que las mujeres puedan resistir a la coacción sexual, que sean informadas acerca de los riesgos para la salud de las relaciones sexuales sin protección y que tengan acceso a servicios y a asesoramiento si temen estar en peligro. Alrededor del 15% al 35% de todos los lactantes nacidos de mujeres infectadas con el VIH están a su vez infectados con el virus antes o en el parto o durante la lactancia.

La tuberculosis es asimismo un problema cada vez más grave en muchos países y está muy vinculada al VIH/SIDA. El paludismo contribuye de diversas maneras a la mala salud materna y neonatal. En algunos países la hipertensión, la enfermedades cardiacas y las enfermedades del hígado son relativamente comunes y todas ellas contribuyen a las defunciones maternas. En los lugares donde se practica la mutilación de los genitales femeninos la cicatrización a menudo produce problemas durante el parto. La lucha contra esos problemas, muchos de los cuales son contraindicaciones conocidas del embarazo, es un elemento esencial de todos los esfuerzos destinados a reducir la mortalidad materna.

La prevención del embarazo no deseado y la prevención y el tratamiento del aborto peligroso son intervenciones esenciales para garantizar una maternidad sin riesgo.

El dar a las mujeres y a las familias la capacidad de elegir si, cuándo y con cuánta frecuencia han de tener niños es un elemento fundamental de la maternidad sin riesgo. La posibilidad de obtener información sobre la planificación de la familia y servicios para las mujeres, incluidas las adolescentes, contribuye a limitar los embarazos en que pueden producirse complicaciones. Los embarazos de mujeres muy jóvenes y de mujeres con muchos hijos, así como los embarazos no deseados, están relacionados con el aumento de la probabilidad de mortalidad. Las mujeres cuyos embarazos no son deseados pueden tratar de ponerles fin, incluso en los países donde la terminación sin riesgo está prohibida por la ley o no es asequible. Las complicaciones de los abortos peligrosos son la causa del 13% de todas las defunciones maternas, pese a que esas defunciones se encuentran entre las más fácilmente evitables. Sea cual sea la posición jurídica de un país con respecto al aborto, todas las mujeres que sufren de complicaciones relacionadas con abortos tienen derecho a tratamiento y a una asistencia de alta calidad después del aborto, con inclusión de asesoramiento y servicios de planificación familiar, dispensados con compasión y con absoluta reserva.

Los programas en pro de una maternidad sin riesgo deben incluir la promoción del apoyo de la familia y de la comunidad en favor de un retraso del matrimonio y el parto, de embarazos oportunos y planificados y de un mejoramiento de la salud, la nutrición y la educación de todas las muchachas y mujeres.

## Actividades del sector de la salud

La función del sector de la salud en la reducción de la mortalidad materna estriba en garantizar las posibilidades de obtener servicios esenciales de buena calidad a todas las mujeres

durante el embarazo y el parto. Con un mínimo de asistencia adecuada la mayor parte de las mujeres completarán sus embarazos sin complicaciones; sin esa asistencia, las mujeres frecuentemente sufren de complicaciones evitables, que algunas veces amenazan sus vidas y a menudo tienen consecuencias duraderas. Cada vez se entiende mejor que, si bien es posible evitar determinadas complicaciones del embarazo, una gran proporción de las que surgen, particularmente en torno al momento del parto, no se pueden evitar ni prevenir. Obviamente, la presencia de parteras calificadas es fundamental para la detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado de esas complicaciones.

Las defunciones maternas se pueden evitar recurriendo a alguno de los tres mecanismos siguientes: prevención del embarazo, prevención de las complicaciones durante el embarazo y tratamiento adecuado de cualquier complicación que se produzca. Los servicios esenciales relacionados con el embarazo y el parto se concentran principalmente en estas tres esferas y el sector de atención sanitaria debe velar, en consecuencia, por que existan y funcionen con eficacia los servicios siguientes:

- **Información y servicios de planificación familiar centrados en el cliente,** que ofrezcan a las mujeres, los hombres y los adolescentes opciones que satisfagan sus necesidades.

- **Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para las mujeres que han tenido un aborto,** prestación de asistencia adecuada a las mujeres que han experimentado complicaciones relacionadas con un aborto y, cuando el aborto no está prohibido por la ley, servicios seguros para poner fin al embarazo.

- **Atención básica prenatal y puerperal,** que se concentre más en la detección y el tratamiento de complicaciones que en planes para evaluar los riesgos que no descubren a muchas mujeres que tienen complicaciones. Los periodos anteriores a la concepción y del embarazo dan la posibilidad de detectar y tratar deficiencias nutricionales y enfermedades endémicas como el paludismo, la helmintiasis intestinal y enfermedades de transmisión sexual, así como de aportar una asistencia profiláctica como las inmunizaciones contra

la anatoxina tetánica, suplementos de hierro/folato y asesoramiento voluntario y confidencial con relación al VIH. Conviene prever el lugar de nacimiento y aumentar al máximo las posibilidades de que esté presente una partera competente. Se deben aprovechar todas las posibilidades de instruir a las mujeres y a sus familias acerca de cuándo y dónde han de solicitar asistencia. Es preciso insistir más en los cuidados en los días que siguen al nacimiento, periodo delicado pero poco atendido: la asistencia puerperal debe abarcar la prevención o detección temprana de complicaciones maternas o del recién nacido, así como asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para posibilitar la recuperación materna adecuada antes del embarazo siguiente.

- **Una partera competente,** es decir, una persona con conocimientos de obstetricia, debe asistir a cada parto. Esto requiere una planificación a largo plazo del desarrollo de los recursos humanos. Las técnicas de partería incluyen la capacidad para iniciar el tratamiento de las complicaciones y las situaciones de emergencia obstétrica, con inclusión de medidas para salvar la vida cuando sea necesario.

- **Servicios de tocología de buena calidad en los centros de envío de casos en relación con complicaciones.** Como el 15% de todos los partos se complican con una situación potencialmente fatal, se debe disponer de servicios de urgencia, entre ellos de instalaciones para la transfusión de sangre y una sección encargada de las cesáreas.

## ¿Qué es una partera calificada?

La expresión «partera calificada» se refiere exclusivamente a personas con conocimientos de partería (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras) que han adquirido competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder al envío de pacientes en esos casos.

Lo ideal es que las parteras calificadas vivan en la comunidad en la que prestan servicios y formen parte de ella. Deben poder atender a un parto normal, reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar el envío de las madres y los niños a centros donde se efectuarán intervenciones que quedan fuera de su competencia o que no son posibles en el entorno particular (*11*). Según el entorno, otros dispensadores de asistencia sanitaria, como las enfermeras auxiliares/parteras, las parteras comunitarias, las parteras de aldea y los visitantes sanitarios, pueden haber adquirido también conocimientos adecuados *si han recibido una formación especializada*. Estas personas frecuentemente constituyen la columna vertebral de los servicios de maternidad en la periferia y los desenlaces del embarazo y el parto pueden mejorar recurriendo a sus servicios, especialmente si son supervisadas por parteras adecuadamente calificadas.

En los países desarrollados y en muchas zonas urbanas de los países en desarrollo la asistencia calificada en el parto se suele proporcionar en una instalación sanitaria. Sin embargo, el parto puede tener lugar en un conjunto de sitios adecuados, desde el hogar hasta un centro de envío terciario, en función de las disponibilidades y necesidades, y la OMS no recomienda ningún entorno particular. El parto en el hogar puede resultar adecuado para un parto normal, a condición de que la persona que asiste al parto esté adecuadamente capacitada y equipada[1] y que exista la posibilidad de proceder al envío a un nivel superior de asistencia.

---

[1] En muchos países las parteras tradicionales han recibido formación para promover prácticas de parto con menos riesgo, con inclusión del parto en condiciones higiénicas y la evitación de prácticas nocivas. Sin embargo, para cumplir todos los requisitos del tratamiento de los embarazos y partos normales, así como para la detección y el tratamiento o el envío de casos con complicaciones, la instrucción, capacitación y conocimientos especializados de las parteras tradicionales son insuficientes. Sus antecedentes pueden entrañar también que sus prácticas estén condicionadas por estrictas normas culturales y tradicionales, que pueden asimismo impedir la eficacia de su capacitación.

# 8. ¿Qué pueden hacer los planificadores y administradores sanitarios para que se disponga de sus servicios?

Los planificadores y administradores de la salud desempeñan en la prestación de los servicios las funciones esenciales siguientes:

- **Informar, instruir y movilizar** a la comunidad con respecto a los indicios de peligro y colaborar con las comunidades en el mejoramiento del acceso a la asistencia — por ejemplo, por medio de planes de transporte, mejores comunicaciones, hogares para embarazadas o planes de seguros locales — y en comités locales de maternidad sin riesgo.
- **Reforzar el sistema de envío de casos** mediante una supervisión de apoyo, la comunicación regular y el sostén logístico/gerencial, con inclusión de la posibilidad de obtener medicamentos y suministros esenciales.
- **Mejorar los recursos humanos** ofreciendo programas de capacitación de parteras prácticos y basados en la comunidad y, para el personal ya capacitado, la formación/actualización en el servicio para el mantenimiento de los conocimientos técnicos.
- **Reforzar los conocimientos de puerpería** del personal pertinente — parteras, enfermeras y médicos — e **intensificar el asesoramiento en formación de técnicas** para los trabajadores sanitarios.
- **Elaborar y utilizar protocolos para el tratamiento de casos** en situación de emergencia obstétrica a cada nivel y **normas de seguimiento** relativas a la práctica en los servicios de maternidad.

- **Utilizar la información sanitaria para mejorar la calidad de la asistencia;** mejorar la presentación de informes y el mantenimiento de registros; analizar los fallecimientos maternos y perinatales y «casi fallecimientos» sobre una base de caso por caso (comprobación) con el fin de aumentar la comprensión de los caminos que conducen a la supervivencia y a la defunción; realizar mejoras locales, poniendo al descubierto la asistencia de nivel inferior y los factores evitables.
- **Promover la revisión y modificación de la legislación** para posibilitar la prestación de un servicio sanitario adecuado a la necesidad obstétrica, con inclusión de la delegación de responsabilidades con relación a intervenciones esenciales para salvar vidas.

# 9. ¿Cómo podemos comprobar si estamos actuando de manera adecuada?

A medida que ha aumentado la experiencia con respecto a la aplicación de programas de maternidad sin riesgo, se ha puesto más claramente de manifiesto que el indicador tradicional del estado de salud materna — la razón de mortalidad materna — no es un indicador adecuado para seguir los progresos a corto plazo. Ello se debe a varias razones:

- Son pocos los países en desarrollo que cuentan con sistemas suficientemente perfeccionados y globales de datos del registro civil para que sea posible un seguimiento exacto de los niveles de mortalidad materna. En esas circunstancias, hay que recurrir a las encuestas de los hogares para estimar la mortalidad materna.
- Las defunciones maternas son eventos relativamente raros incluso cuando los niveles de mortalidad materna son elevados y todas las técnicas de encuestas de los hogares están sujetas, por consiguiente, a amplios márgenes de error. Por añadidura, las encuestas de los hogares resultan muy caras.
- Los instrumentos sencillos de medición elaborados estos últimos años, como el método de la asociación de mujeres, no son adecuados a los efectos de seguimiento regular porque proporcionan datos que se refieren a algún momento concreto en el pasado (*12*).

Por estas y otras razones técnicas, la mayor parte de los programas de maternidad sin riesgo se basan ahora en la elaboración de indicadores para la vigilancia regular del programa. La elaboración de indicadores puede incluir el número y la distribución de servicios esenciales de asistencia tocológica, la proporción de partos asistidos por dispensadores de atención sanitaria competentes o de partos que se producen

en entornos institucionales, las tasas de partos quirúrgicos y las tasas de letalidad en las instituciones. La OMS, el FNUAP y el UNICEF han elaborado directrices destinadas a los países para ayudarles a reunir, analizar e interpretar esos indicadores (*13*). Los indicadores de los procesos describen la principal forma de reducir la mortalidad materna en función del acceso a servicios esenciales de asistencia obstétrica, la utilización adecuada de esos servicios y algunos aspectos de la calidad de la asistencia. Una ventaja importante de esas medidas es que no están sólo relacionadas con la vigilancia de los progresos logrados, sino que permiten también a los decisores de la política y a los planificadores proyectar con mayor eficacia las intervenciones con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad maternas. Como la información a menudo procede de datos de rutina o forma parte de la ejecución del programa, el costo de su recopilación es reducido.

Aunque indicadores de los procesos como éstos son útiles para los programas de vigilancia, se necesitan investigaciones más detalladas para diagnosticar las causas subyacentes de la mortalidad materna y determinar la manera de hacerles frente. Los planificadores sanitarios pueden reunir asimismo una valiosa información mediante análisis en pequeña escala de las defunciones maternas. Lo ideal sería que los investigadores analizaran todas las defunciones maternas, ya se produzcan en una instalación sanitaria, en el hogar o en el trayecto entre ambos. En la práctica, puede que sea posible conocer sólo los fallecimientos que se producen en establecimientos de salud. No obstante, queda mucho por aprender de un análisis a fondo de estas defunciones (*14*), partiendo de las que se producen en hospitales o centros de salud y siguiendo la pista de cada mujer a través del sistema de atención sanitaria y hasta la comunidad. El objetivo es ayudar a los dispensadores de asistencia sanitaria y a los miembros de la comunidad a entender los factores que subyacen a cada defunción materna y determinar los que se podían haber evitado. Se están elaborando indicadores del proceso con respecto a aspectos de la reducción de la mortalidad materna distintos del acceso a los servicios de tocología.

# 10. Conclusiones

Los testimonios históricos y contemporáneos muestran que la reducción de la mortalidad materna requiere una estrategia nacional para que se produzcan tres cambios esenciales:

- **Un compromiso de la sociedad de garantizar un embarazo y parto sin riesgos.** Los órganos de decisión de todos los niveles — político, económico, social, religioso y familiar — deben promover la percepción de que el embarazo y el parto pueden y deben entrañar menos riesgos. Se requiere un compromiso a largo plazo para impulsar un cambio sostenible y lograr que se mantengan las aportaciones necesarias a lo largo de varios años para reducir la mortalidad materna de manera significativa. La participación de las comunidades y de los decisores en el análisis regular de las defunciones maternas y las casi defunciones y la promoción de mecanismos para garantizar una gestión local responsable contribuirá a que el compromiso se mantenga durante un largo periodo y a que se asignen los recursos necesarios.

- **Mejoras en el acceso a una asistencia sanitaria de calidad.** El objetivo debe ser velar por que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a una partera competente en el momento del parto y a la asistencia necesaria de producirse complicaciones obstétricas. Entre otros objetivos cabe mencionar el mejoramiento del acceso a una buena asistencia anticonceptiva y la lucha contra los problemas del aborto peligroso. Se tardará indudablemente tiempo en lograr disponer de un personal calificado en el lugar en que se necesite; ello entrañará la constitución de una lista de profesionales de asistencia sanitaria capacitados y competentes; la expansión gradual de sus funciones, competencias y responsabilidades, y la facilitación de la infraestructura, la logística y el apoyo administrativo que necesiten para funcionar con eficacia. Una asistencia de buena calidad implica una asistencia orientada hacia el cliente y sensible a las necesidades de las comunidades y los particulares que

mantenga una elevada calidad técnica mediante la adopción de normas y reglas correctas y que evite el empleo de tecnologías inadecuadas y un predominio excesivo de los aspectos médicos del problema.

- **La asunción de un compromiso de satisfacer las necesidades especiales de las muchachas y las mujeres a lo largo de su vida.** Se debe prestar particular atención a las necesidades nutricionales y educativas de las muchachas y las mujeres, la ampliación del ámbito para que las mujeres adopten decisiones acerca del número de hijos y el momento de tenerlos y la utilización de servicios de asistencia sanitaria, así como la promoción a todos los niveles de un sentido de responsabilidad compartida y de solidaridad con las mujeres, particularmente en épocas tan vulnerables como el embarazo y el parto.

# Referencias


1. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York, Naciones Unidas, 1948 (Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/217 A(III)).

2. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Nueva York, Naciones Unidas, 1979 (Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/34/180).

3. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York, Naciones Unidas, 1989 (Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/RES/44/25).

4. *Convenio europeo sobre derechos humanos*. Roma, Consejo de Europa, 1950.

5. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. 1969.

6. *Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos*. Roma, Organización de la Unidad Africana, 1981.

7. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. Décima Revisión*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
   *Vol. 1: Lista tabular*. 1992
   *Vol.2: Manual de instrucciones*. (1993)

8. *Safe motherhood fact sheets: Colombo Technical Consultation, October 1997*. Nueva York, Family Care International, 1998.

9. *Perinatal mortality: a listing of available information*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/FRH/MSM/96.7, se puede solicitar a Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

10. Högberg U, Wall S, Brostrom G. The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 1986, 24(4):251-261.

11. *Coverage of maternity care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito WHO/FRH/MSM/96.28, se puede solicitar a Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

12. *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance notes for potential users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito WHO/FRH/MSM/97.28, se puede solicitar a Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

13. *Reproductive health indicators for global monitoring: report of an interagency technical meeting*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito WHO/FRH/MSM/97.27, se puede solicitar a Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

14. *Safe motherhood needs assesment. Part VI: Maternal death review guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997 (documento inédito WHO/FRH/MSM/95.1, se puede solicitar a Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).

# Anexo

## Definiciones

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define una defunción materna como: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las defunciones maternas se deben dividir en dos grupos:

- **Defunciones obstétricas directas:** son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualesquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Defunciones obstétricas indirectas:** son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

La CIE-10 incluye asimismo una categoría de «defunción materna tardía», que se define como: *la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.*

Para facilitar la identificación de las defunciones maternas en circunstancias en las que la atribución de la causa de la defunción es inadecuada, la CIE-10 introdujo una nueva categoría, la de «defunción relacionada con el embarazo», que se define como: *la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.*