

PLAN DE ACCIÓN REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMÉRICAS

En 1988, durante la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, se destacó la magnitud del problema de mortalidad materna en los países de la Región, principalmente en los que no han alcanzado un nivel de desarrollo satisfactorio. En consecuencia, se adoptó una resolución que sentaba las bases de un plan regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. El plan fue discutido a fondo en la 105a. Reunión del Comité Ejecutivo celebrada del 25 al 29 de junio de 1990, y aprobado por resolución de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana el 27 de septiembre de 1990. Este plan regional tiene por objetivo atacar las causas directas e indirectas de muerte materna mediante acciones destinadas a mejorar las condiciones globales de vida de la población femenina en edad fértil y los servicios de atención perinatal a su disposición.

Cada año se notifican unas 500 000 defunciones por causas maternas en el mundo entero. De ellas, 34 000 (270 por 100 000 nacidos vivos) ocurren en la América Latina. Si se tiene en cuenta el subregistro de casos en los países de la Región, es probable que estas cifras representen escasamente la mitad de las verdaderas. Esta situación no tiene justificación alguna, ya que se estima que 97,9% de las muertes maternas podrían evitarse si se impusieran medidas acertadas para mejorar las condiciones de vida de la mujer y su acceso a servicios perinatales adecuados. En vista de ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de entidades nacionales e internacionales, ha fijado metas específicas para los distintos países de la Región, los cuales muestran diferencias muy marcadas en cuanto a las tasas de mortalidad materna y la calidad y cobertura de los servicios de salud. En este sentido, se identificaron cuatro grupos de países de acuerdo con los índices de necesidades de salud y las tasas de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos: países donde dichos índices y tasas son muy altos, altos, moderados y bajos (cuadro 1). En lo que respecta a los tres primeros, la meta establecida oficialmente es reducir la tasa de mortalidad materna en 30% para 1995 y en 50% para el año 2000. En los países del cuarto grupo, la meta para 1995 es una reducción de 40% y para el año 2000 de 60% en el número de muertes por causas perinatales en mujeres de edad fértil.

Cálculo de la tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna debe indicar la relación entre el número de muertes por causas perinatales y el número total de embarazos en una zona dada. Sin embargo, ya que es imposible establecer este último dato con exactitud, se toma como cifra aproximada el número de mujeres en edad fértil o el de nacidos vivos en un año determinado. De los últimos dos, el método preferido y más ampliamente utilizado es el segundo, ya que el primero adolece de limitaciones que podrían distorsionar los resultados. Aun así, el número de nacidos vivos es un indicador muy inexacto del total de embarazos, puesto que no incluye el número de abortos y mortinatos.

Biass y Graham, de la Escuela de Medicina de Londres, han desarrollado un nuevo "método de supervivencia de hermanas" que puede resultar

CUADRO 1. Índice de necesidades de salud y de mortalidad materna en países de la Región de las Américas, 1980-1988^a

Índices de necesidades de salud	Mortalidad materna (tasa por 100 000 nacidos vivos)			
	Baja <20	Moderada 20-49	Alta 50-149	Muy alta ≥150
Bajo (2,79 a 1,29)	Canadá Estados Unidos de América	Cuba ^b		
Moderado (0,83 a 0,5)		Bahamas Chile Costa Rica Panamá Uruguay	Argentina Panamá Suriname Trinidad y Tabago	
Alto (-0,09 a 0,83)			Brasil Colombia Guyana Jamaica México Venezuela	Ecuador Perú
Muy alto (-0,90 a 1,99)			El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua República Dominicana	Bolivia Haití Paraguay

Fuente: Documento de trabajo de la OPS CSP23/10 de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, 20 de julio de 1990

^a Excluye algunos países y territorios del Caribe Oriental: Anguila, Antigua, Dominica, Grenada, Islas Vírgenes Británicas, Monserrat, Santa Lucía y San Vicente, Saint Kitts y Nevis, que no informan sobre las muertes maternas o que informan de cifras pequeñas del orden de la unidad

^b Cuba se incluye en esta categoría presumiendo que tiene un bajo índice de necesidades de salud

útil en países con registros de estadísticas vitales deficientes. El método se basa en una serie de preguntas, dirigidas a los habitantes durante el censo, sobre el total de hermanas que han tenido y su supervivencia para determinar cuántas de las que llegaron al período reproductivo fallecieron por causas maternas y cuántas por otras causas no relacionadas. Esto permite establecer la mortalidad materna en proporción con las probabilidades convencionales de muerte de las mujeres en edad fértil. Hasta ahora el método de hermanas se ha aplicado en forma experimental con algunas modificaciones en Lima, Perú, y en las provincias de Cautín, Chile, y de Oruro, Bolivia.

Causas generales del problema de la mortalidad materna en la Región

La mortalidad materna, definida como la muerte de una mujer por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, no suele deberse a causas aisladas sino a la acción conjunta de factores que influyen en su salud general. La baja

cobertura de los servicios perinatales, la mala alimentación, el estado de salud precario y las prácticas reproductivas de una población con un bajo nivel educativo son factores que contribuyen a la incidencia de muertes maternas. El ciclo suele ser característico: desde la niñez se presentan la desnutrición crónica y las enfermedades infectocontagiosas y carenciales, seguidas de la aparición de la menarca y el inicio casi inmediato de embarazos sucesivos, durante los cuales se recibe poca o ninguna atención prenatal. Estos embarazos suelen ser numerosos y se extienden casi hasta el final de la vida reproductiva de la mujer. En muchos casos, los partos son atendidos en la casa por una partera sin adiestramiento que desconoce las maniobras y medidas de asepsia necesarias para evitar las infecciones y otras complicaciones puerperales. Los nacidos en estas condiciones padecen a su vez de desnutrición, anemia y enfermedades recurrentes y alcanzan un nivel de escolaridad muy bajo que contribuye a la perpetuación de este escenario.

En medio de esta confluencia de factores, se pueden precisar causas obstétricas directas e indirectas que inciden en la tasa de mortalidad materna. Las primeras representan complicaciones del embarazo o parto propiamente, como la toxemia, la hemorragia, el parto obstruido y el aborto inducido; las causas indirectas, por otra parte, se refieren a enfermedades que debilitan a la mujer y la predisponen a morir durante el embarazo, parto o puerperio. En los países de América Latina y el Caribe, figuran entre las causas indirectas de muerte materna la anemia y desnutrición crónicas, hepatitis, malaria, tuberculosis y otras enfermedades comunes en ambientes de pobreza.

Además de las causas anteriores, contribuyen en forma significativa a la tasa de mortalidad materna el aborto inducido, que suele efectuarse en condiciones no quirúrgicas; el inicio demasiado temprano de la vida reproductiva; la alta frecuencia de cesáreas injustificadas; las tasas de fecundidad elevadas y no compensadas por el uso generalizado de anticonceptivos; deficiencias del ambiente físico, como la falta de fuentes de agua potable y métodos de disposición de excretas inadecuados; la frecuencia relativamente baja de partos institucionales; y la escasez de medios de transporte en las zonas rurales que faciliten el acceso a los servicios de salud. Afortunadamente, cada uno de estos factores se puede reducir considerablemente si se movilizan los recursos pertinentes.

Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas

El plan formulado para reducir la mortalidad materna en los países de la Región se basa en una canalización de recursos y medidas procedentes de gobiernos y organizaciones internacionales, con el fin de llevarlo a cabo concertadamente. Como se ha señalado anteriormente, el Plan Regional otorga prioridad al mejoramiento de las condiciones globales de vida de la mujer. La magnitud de esta meta exige estrategias de intervención generales y específicas para conseguir los cambios legislativos y sectoriales que se necesitan.

Estrategias generales. Entre las estrategias generales del Plan Regional figuran el desarrollo de programas de salud integral que abarquen la educación sexual, la planificación familiar, el fomento de la salud y la prevención de enfermedades. En estos programas, dirigidos a todas las mujeres en edad fértil, se prestará especial atención a las adolescentes y a las portadoras de enfermedades transmisibles. Se buscará, al mismo tiempo, aprovechar al máximo los medios de comunicación y de organización comunitaria para difundir los programas y aumentar la asistencia a los

servicios de salud. Se procurará reducir el número de cesáreas a menos de 15% del total de partos. El plan también propone una revisión de las leyes nacionales sobre la protección sanitaria de la mujer y su familia y sobre el aborto, en particular, con miras a reducir su frecuencia bajo condiciones que ponen en peligro la salud. Entre las estrategias generales también figuran programas de alimentación complementaria para gestantes con deficiencias nutricionales y programas integrales de regulación de la fecundidad para hombres y mujeres.

Según el Plan Regional, las investigaciones sobre mortalidad materna y la capacitación del personal obstétrico de todos los niveles serán apoyadas en los tres primeros grupos de países. También se robustecerán los sistemas de registro e información perinatal y de vigilancia epidemiológica de muertes maternas.

Estrategias específicas. Las estrategias específicas del Plan Regional están orientadas a cubrir las necesidades compartidas por los tres primeros grupos de países, así como las de cada grupo en particular. Entre las primeras, una de las más importantes es la eliminación de las barreras económicas que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Esto debe acompañarse de la reorganización de estos servicios, adaptándolos a la realidad local, aumentando su cobertura y mejorando su infraestructura física y eficiencia operativa. Los sistemas de referencia y contrarreferencia de casos y de transporte de pacientes serán mejorados. Se desarrollará, al mismo tiempo, una red de hogares para gestantes de alto riesgo y se garantizará el seguimiento de las participantes en programas de atención perinatal y de planificación familiar. Los casos de aborto incompleto tendrán acceso a la atención médico-quirúrgica necesaria. También se creará una red de bancos de sangre institucionales y comunitarios, en coordinación con los programas de prevención y control del SIDA, y se establecerán programas de adiestramiento para parteras tradicionales con el objeto de incorporarlas en el sistema de salud y mejorar la calidad de sus servicios. Por último, se formarán comités de mortalidad materna a nivel nacional, regional y local.

En los países del primer grupo, cuyas condiciones de salud y cifras de mortalidad materna son las menos satisfactorias, se atenderá a grupos de embarazadas de alto riesgo, con participación de la comunidad, y se aumentará la cobertura institucional del parto. Esto último comprende la creación de casas comunitarias para partos no complicados y la reorganización del sistema asistencial para dar prioridad a las embarazadas con factores de riesgo. Al mismo tiempo, se reforzará la infraestructura física de los servicios sanitarios y se impulsarán las actividades preventivas, que deberán incluir la identificación y el tratamiento de mujeres en zonas endémicas y el control de vectores. En estos países se dará mayor énfasis a las actividades de planificación familiar.

En los países del segundo grupo —aquellos con un alto número de muertes maternas— a todo lo anterior se agregarán la búsqueda precoz de las embarazadas dentro de cada comunidad y una mayor cobertura institucionalizada de los embarazos de bajo riesgo. Según lo dispuesto en el Plan Regional,

se deberá ofrecer a las mujeres en estos países un mínimo de cinco consultas prenatales.

En los países con tasas de mortalidad materna moderadas, se concentrará la atención en desarrollar un sistema de identificación de riesgo para la atención ginecobstétrica. También se adoptarán medidas para mejorar la calidad de esta y la cobertura de las mujeres desprotegidas o con embarazos difíciles. A menudo la tecnología disponible en los países de este grupo se usa indiscriminadamente, y la disminución de esta tendencia es una de las estrategias específicas formuladas bajo el Plan Regional. Por otra parte, su mayor desarrollo permite que en estos países se suplementen los servicios de atención obstétrica primaria con programas de bienestar psicológico.

Por último, en los países del cuarto grupo se hará énfasis en el mejoramiento de la atención prenatal y en los beneficios del parto natural y conservador, procurando reducir el porcentaje de cesáreas a menos de 15% del total de partos. También se aumentarán los centros asistenciales en los barrios urbanos donde suelen habitar personas no protegidas por los sistemas de seguridad social.

Líneas de acción propuestas en el Plan Regional

El Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas se podrá llevar a cabo eficazmente solo mediante un esfuerzo intersectorial que permita mejorar la cantidad y calidad de los recursos físicos accesibles a las mujeres en edad fértil dentro del sector de la salud. Es un hecho incontrovertible que las mujeres del continente americano comienzan a tomar parte activa en las decisiones que influyen en el cuidado de su propia salud y la de su familia. Su voz se hace sentir cada vez más en el ámbito de grupos organizados de carácter oficial que deben —con la ayuda de sindicatos, instituciones científicas y académicas, medios de comunicación y entidades religiosas— obrar con empeño y solidaridad en un esfuerzo por elevar las condiciones de vida de la mujer y mejorar la salud de las madres. Las organizaciones femeninas de las comunidades urbanas marginales y de las zonas rurales en particular desempeñarán un papel destacado en esta iniciativa.

Los sistemas locales de salud son piedra angular de las estrategias formuladas bajo el Plan Regional. Son las propias comunidades las que deben identificar sus problemas particulares y asegurar la ejecución local de esquemas multisectoriales para proteger a su población femenina en edad fértil contra el riesgo de muerte por causas maternas. Dentro de este marco se hacen indispensables la coordinación de los servicios de atención primaria y hospitalaria en cada unidad geográfica y la formulación de criterios específicos para la asignación de casos a servicios particulares según el grado de riesgo obstétrico. Las “funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia”, establecidas anteriormente por la OPS, también deberán observarse como parte del esfuerzo por reducir el número absoluto de muertes maternas.

La capacitación del personal ginecobstétrico de todos los niveles deberá constituir un proceso continuo en el que participen las instituciones de educación superior, los centros de investigación, las sociedades científicas y las entidades educativas comunitarias. Se dará mayor énfasis al adiestramiento del personal en el primer nivel de referencia y se fomentarán por todos los medios —las escuelas, la red de comunicaciones, los grupos organizados no gubernamentales y los propios dispensarios de cuidados sanitarios— las actividades de educación del público en materia de salud general, sexualidad y reproducción.

La evolución y modificación de los servicios a lo largo del tiempo debe basarse en datos fidedignos que pongan de manifiesto las áreas de mayor necesidad. Para ello se hace necesario un sistema adecuado de recolección, registro y análisis de datos, desde el nivel comunitario hasta el más centralizado, para cuantificar la mortalidad materna e investigar, sobre la base de parámetros objetivos, la calidad de los servicios perinatales y las características sociales y reproductivas de la población femenina. Se deberá asimismo apoyar las actividades de investigación multiinstitucionales sobre la eficacia de los servicios de salud.

Función de los gobiernos y organizaciones internacionales

Nada de lo anterior puede lograrse sin la voluntad de los gobiernos individuales, ya que son estos los que pueden engendrar políticas y coordinar acciones intra y extrasectoriales para la ejecución del Plan Regional. Las actividades regionales y subregionales deben dirigirse hacia objetivos comunes y apoyarse en un intercambio constante de recursos, conocimientos, resultados, tecnologías y otros elementos importantes dentro del marco de los esquemas desarrollados. También es indispensable la colaboración entre países y entre organizaciones internacionales. Desde que se celebró en febrero de 1987 el Taller de Nairobi, donde se formularon estrategias para una maternidad sin riesgo, el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población (FNUAP), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han prestado su apoyo consolidado a esta meta. El aporte específico de estas organizaciones y de otras semejantes, como la OPS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), consiste en suministrar fondos monetarios y recursos técnicos para mejorar los servicios y apoyar las actividades de investigación descritas anteriormente. Por último, los grupos de acción femeninos de todos los países conforman una amplia red internacional que puede contribuir a la reducción de la mortalidad materna mediante actividades educativas y de denuncia.

Convocatorias regionales sobre mortalidad materna en la Región

En 1990, el gran interés suscitado por el problema de la mortalidad materna en las Américas dio origen a dos convocatorias regionales. En la primera, que tuvo lugar en la ciudad de México del 16 al 20 de abril, autoridades de salud de diversos países y consultores de la OPS y la OMS aportaron perspectivas individuales que, en su totalidad, sirvieron para definir la magnitud y causas del problema y las medidas apropiadas para su mejoramiento. Un aspecto muy interesante del taller fue la exposición de las investigaciones que se están llevando a cabo en algunos países — Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, y México — sobre el tema de la mortalidad materna. En estas investigaciones se analizaron diversos aspectos del problema, tales como sus causas socioeconómicas y éticas, su repercusión social y familiar, el subregistro de casos y la accesibilidad y calidad de los servicios de atención perinatal. Representantes del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y del Centro Latinoamericano de Demografía

(CLAD) también presentaron estudios realizados por sus respectivas organizaciones. La primera investigó la frecuencia de cesáreas en Latinoamérica y comprobó que su tendencia ascendente no se ha acompañado de una disminución de la mortalidad perinatal. Por otra parte, un representante del CLAD presentó el método de supervivencia de hermanas que ya hemos descrito. Por último, tras de haberse dividido en tres grupos de trabajo según su país de origen, los participantes identificaron los aspectos de la morbimortalidad materna de mayor urgencia en cada grupo y elaboraron protocolos de investigación correspondientes. Al concluir el taller, se realizó un plenario final en que se abrieron a debate las conclusiones y recomendaciones de los grupos individuales.

Del 4 al 6 de septiembre del mismo año, el Programa Regional de Salud Maternoinfantil de la OPS, la UNICEF y el FNUAP convocaron una reunión en Quito, Ecuador, con el objeto de consolidar la Iniciativa Regional a Favor de la Salud Maternoinfantil en América Latina y el Caribe. Durante la reunión se repasó la situación actual, se estudió una metodología para la estimación de costos, se discutió el aporte financiero de los bancos de desarrollo y se redefinieron las metas nacionales para el año 2000.

Los 23 países participantes en la reunión de Quito acordaron asumir la responsabilidad de mejorar la calidad de vida y los indicadores de salud de las mujeres y los niños en su territorio. Para cumplir este cometido, se propusieron elaborar o revisar los programas nacionales de salud maternoinfantil; observar los lineamientos y metas del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas; aprovechar los recursos existentes, mejorando la gerencia de los programas establecidos y aplicando la metodología de estimación de costos; idear un plan para la reducción de la mortalidad infantil; y comunicar el contenido de la iniciativa regional a las diversas entidades gubernamentales que participarían en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia el 29 y 30 de septiembre de 1990 en las Naciones Unidas. Se delinearon las metas y estrategias de salud y desarrollo maternoinfantil para la década de los noventa, dándose énfasis a la nutrición, la educación básica y la higiene. Por último, se exhortó a los presidentes y jefes de estado y a los organismos internacionales de financiamiento a respaldar plenamente la iniciativa regional. Esta fue apoyada mediante una resolución que se adoptó durante la cuarta sesión plenaria de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada el 25 de septiembre. □