



**ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXVII Reunión

**ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD**



XLV Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1993

Tema 5.3 del programa provisional

CD37/11 (Esp.)

28 julio 1993

ORIGINAL: ESPAÑOL

**PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD
MATERNA EN LAS AMERICAS**

El Documento CE111/11, presentado por el Director, hace un análisis de la ejecución del Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna.

Como consecuencia de este análisis, surge la necesidad de ajustar las metas estrategias y líneas de acción del Plan y de conseguir un mayor compromiso de los países para mejorar el sistema de información y la coordinación intersectorial e intensificar la búsqueda de recursos nacionales e internacionales para incrementar las acciones de salud de la mujer, particularmente en las esferas de la salud materna y la planificación familiar.

Se recomienda a los países que intensifiquen las siguientes líneas de acción: operación a nivel nacional, provincial y local de un sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y mejoramiento de las estadísticas básicas y de salud reproductiva; fortalecimiento de las acciones de planificación familiar para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha; aumento de la cobertura y calidad de la atención materna (hogares maternos, casa de parto y parto limpio domiciliario), e incremento de la calidad de la atención del parto institucional y de las maternidades del primer nivel de referencia. Además se recomienda a los países que adopten indicadores para evaluar el impacto, los procesos y la accesibilidad y calidad de los servicios.

Del análisis de los problemas relacionados con la mortalidad materna, se deduce la imperiosa necesidad de adaptar un enfoque intersectorial y de acciones concertadas para su solución, por todos los estratos sociales, no solo por el sector salud. Si bien es cierto que las intervenciones más efectivas a corto plazo son las realizadas por este último, también es cierto que deben ser apoyadas por los sectores económico y social si se pretende mejorar la calidad de vida de la mujer.

El análisis del avance de la ejecución del Plan fue discutido y aceptado en la 111a Reunión del Comité Ejecutivo. Durante la discusión se destacaron las principales barreras (que aparecen analizadas en este informe) que impiden la reducción de la mortalidad materna: la escasa calidad de los datos, un compromiso político limitado en la mayoría de los países y la falta de una coordinación intersectorial más eficiente.

Además se destacó la importancia de la planificación familiar, especialmente para la reducción del aborto; la posibilidad de aprovechar el parlamento latinoamericano y la cooperación entre países para apoyar la ejecución de los planes nacionales, y la importancia de mejorar las condiciones políticas y sociales que afectan la salud y el nivel de vida de la mujer.

Se enfatizó que en algunos países con buenas coberturas de servicios de salud materna, la calidad de los mismos está incidiendo en la morbilidad y mortalidad de la madre. Además se destacó la conveniencia de implantar una estrategia que estimule la participación del hombre en la atención materna.

Se comentó sobre la calidad de los datos, que dificultan el análisis y la comparación entre países. La falta de un mayor desarrollo de los sistemas de informática hace poco factible, salvo en raras excepciones, la incorporación de nuevos indicadores, especialmente los que miden el impacto, por las dificultades inherentes para su construcción.

Se le pide al Consejo Directivo que revise la documentación en referencia y considere la resolución propuesta por el Comité en Resolución VI (reproducida abajo), con miras a reforzar las acciones por los Países Miembros para el cumplimiento del Plan.

RESOLUCION VI

PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS

LA 111a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO,

Visto y analizado el informe del Director sobre la ejecución del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas (Documento CE111/11),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXVII Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución en los siguientes términos:

LA XXXVII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Reafirmando, reiterando y ampliando los conceptos y mandatos de las Resoluciones CD30.R8 (1984), CD31.R18 (1985), CD32.R9 (1987) y CD33.R13 (1988), relacionados con asuntos de población, reducción de la mortalidad materna, salud maternoinfantil, planificación familiar, y con mujer, salud y desarrollo;

Conociendo el grado de avance hecho por los países en la implementación de las acciones para la reducción de la mortalidad materna y el nivel de movilización de recursos financieros para esa tarea hecha por los países, y

Haciendo suya la propuesta contenida en el Documento CD37/11 del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, presentada por el Director,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Definan y den prioridad a la política de atención integral de la salud de la mujer y la prevención de la morbilidad y mortalidad maternas;
 - b) Revisen y adecuen las metas, las estrategias y las principales acciones destinadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas;
 - c) Promuevan normas legales y políticas que comprometan recursos nacionales y movilicen recursos de cooperación internacional bilateral y multilateral para financiar el mejoramiento de los servicios de atención de la salud de la mujer y de la madre.

2. Pedir al Director que, dentro de los recursos disponibles, apoye las actividades de prevención de la morbilidad y mortalidad maternas que reclaman los mandatos colectivos de la Organización, en especial la movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que permitan la ejecución de las actividades regionales, subregionales y nacionales propuestas en el Informe de Avance del Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.

*(Aprobada en la sexta sesión plenaria,
celebrada el 30 de junio de 1993)*

**PLAN REGIONAL DE ACCION PARA LA REDUCCION
DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS AMERICAS**

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Salud reproductiva de la mujer	1
2.1 Aspectos generales	2
2.2 Cambios ocurridos en la situación de la salud reproductiva de la mujer en la Región	3
3. Ejecución del Plan a nivel regional y en los países	6
3.1 Avances logrados en los países	6
3.2 Papel de la Oficina Sanitaria Panamericana	9
4. Ajustes del Plan	11
4.1 Metas	11
4.2 Estrategias	12
4.3 Componentes principales de los planes nacionales	14
4.4 Actividades regionales y subregionales	18
4.5 Financiamiento	21
4.6 Evaluación del Plan	21
Bibliografía	23
Anexo. Cuadros y gráficas	

1. Introducción

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, continuando con el desarrollo de su política en asuntos de población, aprobó, mediante su resolución XVII, el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.

Este Plan está dirigido a mejorar la salud de la mujer, en especial su salud reproductiva y materna. Propone una gran concertación social alrededor de la salud de la mujer y la movilización de recursos nacionales e internacionales para que, a través de acciones de promoción de la salud, de expansión y de mejoría de los servicios y la vinculación efectiva de la población, se puedan reducir las cifras reales de mortalidad materna en un 50% para el año 2000.

Las metas del Plan y sus principales líneas de acción fueron endosadas por los países en la Reunión de Evaluación del Cumplimiento de las Metas de la Cumbre a favor de la Infancia (Brasilia, Brasil, 1991), en los planes nacionales formulados para la reducción de la mortalidad materna y en dos reuniones subregionales e interagenciales¹ sobre maternidad segura realizadas en Guatemala (Guatemala, 1992) y Santa Cruz de la Sierra (Bolivia, 1993).

2. Salud reproductiva de la mujer

La propuesta del Plan Regional se sustenta en una serie de consideraciones:

- La mortalidad materna es un hecho evitable. Sus principales causas son conocidas y se cuenta desde hace mucho tiempo con los conocimientos y la tecnología adecuada para lograr su reducción.
- Todas las muertes maternas representan un problema social y de salud relevante.
- La vulnerabilidad de la mujer durante el período reproductivo es mayor.
- Las condiciones de vida de una proporción considerable de las mujeres en la Región de las Américas incrementan los riesgos de enfermar y morir durante el embarazo, el parto y el puerperio.

¹ Para los países de América Central y de la Subregión Andina.

- Cualquier programa que se elabore para reducir la mortalidad materna deberá inscribirse en un contexto económico y social signado por una profunda crisis financiera y deudas externa y social.
- Las propuestas deberán ser viables, ofrecer diferentes alternativas, incluir la identificación de diferentes fuentes de recursos y ampliar la participación social.
- La reducción y la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna deberán integrarse a la atención general de las mujeres y los niños, en el marco de las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS para el cuatrienio 1991/1994 (OPS/OMS, 1990).

2.1 Aspectos generales

La magnitud real de la mortalidad materna es insuficientemente conocida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Existen diferencias en la calidad de la información recogida sobre la salud reproductiva de la mujer y en la capacidad y calidad del análisis y utilización de la misma. A esto se agregan la disponibilidad y accesibilidad de la información para su análisis y utilización.

Los diferentes tipos de subregistro (de hechos y de causas maternas) y el uso hasta la fecha de una definición de muerte materna que excluye de este grupo de defunciones aquéllas que han ocurrido después de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, contribuyen también a esta situación.² Más grave aún es la situación de la información referida a la morbilidad. Los datos disponibles, en su gran mayoría, se circunscriben a internaciones en hospitales públicos y no reflejan la situación epidemiológica global de la condición de la salud reproductiva de la población.

Los servicios de estadísticas de salud de los países de la Región tienen diferentes grados de desarrollo, por lo que la integridad y calidad de los datos, como ya se señaló, no son homogéneas. Hay una cultura muy generalizada en el sentido de no utilizar la información disponible, lo que repercute en la calidad de la misma. No todos los países han enviado oportuna e íntegramente los datos, de forma tal que se carece de cierta información para determinados años, particularmente los últimos. Estas circunstancias tornan difíciles la tarea de evaluación y seguimiento del Plan a nivel regional y dentro de los países.

² La 10ª. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, con la inclusión de la definición de la muerte materna tardía, puede disminuir la magnitud del problema.

Las condiciones sociales en las que está inserta la mujer en América Latina y el Caribe no han cambiado en los últimos años y siguen vigentes las situaciones de inequidad, agravadas por el efecto heterogéneo o desigual del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural, las condiciones de empleo y subempleo de la mujer, su baja escolaridad y la aún insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud.

2.2. *Cambios ocurridos en la situación de la salud reproductiva de la mujer en la Región*

La población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años para 1990 en la Región de las Américas fue de 186 millones. En los tres años de vigencia del Plan Regional puede haber alcanzado los 197 millones.

La fecundidad en las últimas cuatro décadas ha tenido una declinación muy importante en toda la Región. A pesar de ello hay países que aún mantienen altos niveles de fecundidad como, por ejemplo, Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras (Cuadro 1).

La fecundidad en las adolescentes constituye un fenómeno de interés especial para la sociedad actual. Existen grandes diferencias en los países de la Región, con cifras que oscilan entre 48 y 133 nacidos vivos por mil mujeres de 15 a 19 años. Estas tasas de fecundidad han descendido en todos los países en los últimos años, salvo en tres: Argentina, Cuba y Uruguay. En varios países se ha incrementado la contribución de las adolescentes en el total de los nacimientos, especialmente en Cuba, El Salvador y México (Munist, 1993). El riesgo de enfermar y morir asociado al incremento de la fecundidad específica de 15 a 19 años, es primordialmente un problema social. Este riesgo se incrementa al empeorar las condiciones de vida de ciertos grupos de adolescentes.

La mortalidad materna también está asociada al nivel de desarrollo social. Constituye, sin lugar a dudas un muy buen indicador de la calidad de vida de la población femenina. Mientras que en países como Canadá, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica y Uruguay, la población femenina tiene una mejor condición de vida, en los demás países de la Región, con grandes diferencias entre ellos, la mortalidad materna refleja peores condiciones de vida para este grupo de la población.

El lugar que ocupan las muertes maternas en las 10 primeras causas de muertes de mujeres de 10 a 49 años, está asociado al nivel de la tasa de mortalidad materna. Así en los países de alta y muy alta mortalidad materna, estas muertes ocupan los primeros lugares en las 10 primeras causas de muerte de ese grupo de mujeres. Por el contrario,

en países de niveles medios de mortalidad materna las muertes tienden a desplazarse de los primeros lugares y en países de baja mortalidad quedan fuera de las 10 primeras causas (Gráfica 1).

El nivel de mortalidad materna en los países de la Región de las Américas continúa teniendo grandes diferenciales. Estos están relacionados con la calidad de los servicios, la disponibilidad de los recursos necesarios para su prevención, como también con la disponibilidad de sangre y otros suministros y el acceso a un nivel de atención con adecuada capacidad resolutive. Las tasas de mortalidad materna en las últimas décadas en los países o territorios de la Región, se han mantenido bastante altas, con la excepción de algunos como Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico, incluyéndose en los últimos años Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (Cuadro 1).

En general, los países con tasas de mortalidad materna más elevadas presentan los mayores valores de fecundidad global, como también los menores porcentajes de partos institucionales y de uso de anticonceptivos (en el caso de Bolivia, Ecuador, Haití, Paraguay, Perú), (Cuadro 1). Se dan también situaciones intermedias como Chile y Costa Rica, que tienen una tasa de mortalidad materna moderada, parto institucionalizado y tasa de fecundidad baja. De esto puede inferirse que cuando los países alcanzan cierto nivel de la tasa de mortalidad materna, la reducción de la fecundidad, la institucionalización del parto y el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos como medidas aisladas de otras acciones de salud reproductiva, no garantizan que el descenso de esta mortalidad continúe (Cuadros 2, 3, 4).

En relación a las causas de muertes maternas en casi todos los países que han suministrado información, las causas obstétricas directas son las que mayor contribución aportan a este conjunto de muertes (Cuadro 5). Las tres primeras causas de muerte materna registradas son el aborto, la toxemia y las hemorragias, variando únicamente el número de orden y su magnitud de acuerdo con las circunstancias particulares de cada país.

El aborto es la primera causa de muerte en Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Guatemala, Nicaragua y Venezuela. La toxemia es la primera causa en Brasil, Canadá, Colombia, Jamaica, México, República Dominicana y Trinidad y Tabago. En cuanto a las hemorragias aparecen como primera causa en Ecuador, El Salvador, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú y Puerto Rico. El único país que tiene como primera causa las complicaciones del puerperio son los Estados Unidos.

La relación entre muertes por complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y la edad, muestra en todos los países la importancia de la toxemia para todos los grupos de edad, lo mismo que las hemorragias. En los países en donde en estas muertes pesa también el aborto, su contribución se incrementa con la edad (Gráfica 2).

Al analizar la ocurrencia de muertes maternas en los países de la Región desde 1985 a 1991, se observó que a partir de 1988 los progresos logrados en algunos de ellos, en cuanto a reducción de las muertes, se detiene y en otros empeora. A pesar que en la gran mayoría de los países la tendencia de la fecundidad es decreciente, no obstante a partir de la fecha señalada el número absoluto de muertes maternas en algunos de ellos se incrementa (TIS-OPS, 1993). Esta característica al promediar la década del 80, está asociada a la profundización de la crisis económica y social en el interior de los países que agudiza las desigualdades sociales--entre ellas de accesibilidad a los servicios de salud--entre países y en los diferentes grupos de población.

Diversos autores para hacer una cuantificación de la morbilidad han utilizado diferentes metodologías (Mora y Yunes, 1993); (Acsadi y Col, 1991) sin embargo, en base a datos publicados por el Instituto Mexicano del Seguro Social se estimó que por cada cuatro partos se registraría una hospitalización por complicaciones del embarazo (Mora y Yunes, 1993). Si se aplica este último estudio a la cifra estimada de 12 millones de nacimientos en América Latina y en el Caribe, se podría suponer que el número probable de hospitalizaciones necesarias durante el embarazo oscilaría entre 2.4 y 3 millones (Mora y Yunes, 1993).

En lo referente a la morbilidad durante el período prenatal, se dispone de series construidas para varios países de la Región, con datos recogidos a través de la Historia Clínica Perinatal Simplificada (Centro Latinoamericano de Perinatología). Se observó que salvo algunas instituciones que, por los datos, deben probablemente estar atendiendo a poblaciones de alto riesgo, las demás tuvieron una incidencia de patologías que ha variado desde 8,6% hasta 33,6%. El orden de frecuencia de la morbilidad registrada, durante el embarazo fue el siguiente: la amenaza de parto prematuro, las hemorragias durante la gestación, las infecciones urinarias, la pre-eclampsia, y la ruptura prematura de membranas.

En el caso del aborto, se estima una tasa de 65 abortos por mil mujeres en edad fértil para América Latina, siendo ésta aún mayor en las zonas urbanas, lo cual supondría una proporción de por lo menos un aborto por cada 2 ó 3 partos para la sub-región ³. Se trata pues de un grave problema de morbilidad de las mujeres en edad fértil, que afecta al conjunto de la sociedad y cuya solución requerirá de prontas medidas para mejorar la prevención y la atención de sus complicaciones (Mora y Yunes, 1993).

³ Un indicador de la magnitud del problema es la proporción de hospitalizaciones por aborto que en el caso del Instituto del Seguro Social de México y el Instituto Nacional de Previsión Médica Social del Brasil contribuyen con el 12% y el 14,8%, respectivamente, datos de años recientes.

3. Ejecución del Plan a nivel regional y en los países

3.1 Avances logrados en los países

De los 17 países de la Región que enviaron información sobre el nivel de progreso en la reducción de la mortalidad materna, para algunos, ésta información fue incompleta y en ocasiones inconsistente con los datos publicados. Aún con esta información limitada, en especial la referida al período de ejecución del Plan, se pueden hacer inferencias, en alguna medida, sobre el estado de avance del mismo y la prioridad que se le ha asignado dentro de los países.

A nivel de metas. En los países que informaron todos, con excepción de Bahamas, Bolivia y Chile, formularon un Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna. La meta de reducción de la mortalidad materna para 1995, en ocho países fue igual o mayor que la propuesta por el Plan Regional⁴. En ciertos países no hubo una formulación de un plan específico de reducción de la mortalidad materna. Se definieron metas y se incluyó como un componente del Programa maternoinfantil, es el caso de Bolivia, Chile, Ecuador, República Dominicana. En países federales algunos estados o municipios reforzaron el plan dictando una legislación específica.

Más del 70% de los países que remitieron la información, indicaron tener algún tipo de sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica y México tienen sistemas de vigilancia con cobertura nacional y diferentes grados de funcionamiento de los comités respectivos a nivel nacional, provincial, municipal e institucional (OPS-CDC, 1992). Argentina y Brasil tienen en funcionamiento sistemas de vigilancia con un buen desarrollo de comités de mortalidad materna, regionales y hospitalarios y/o con el desarrollo de comisiones o comités nacionales para el seguimiento del cumplimiento de las metas maternoinfantiles, entre las cuales figura la reducción de la mortalidad materna. Colombia ha iniciado el establecimiento de comités a nivel de varias Seccionales de Salud. Otros países han enfatizado el desarrollo de comités de mortalidad materna a nivel de los establecimientos de salud (es el caso de Costa Rica, Perú, Honduras y Venezuela), y han iniciado el proceso de implantación de los sistemas de vigilancia de la muerte materna.

El desarrollo de la capacidad instalada para la atención hospitalaria de la emergencia obstétrica y del parto, fue incluida en una meta del Plan Regional de aumento de la eficiencia del recurso cama. La información enviada por nueve países muestra que

⁴ En Bolivia, Costa Rica, Cuba, y República Dominicana fue igual o mayor del 30%; en Brasil, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay fue 50% o mayor. Perú y Venezuela establecieron una meta menor que el 30%.

más de la mitad de ellos tiene un porcentaje ocupacional inferior al 70% y en uno inferior al 40%.

El desarrollo de los recursos humanos recibió una atención especial por parte de los países. La meta propuesta para los cinco años del plan probablemente fue rebasada si se la compara con la información enviada por solo trece países. Destacándose de ella que ésta se dió en forma de cursos de salud materna y planificación familiar en el 59,5% de los casos, 16,2% en cursos de salud materna y 24,3% en cursos de planificación familiar exclusiva. Si excluimos la contribución de la capacitación de parteras tradicionales rubro en el cual un solo Guatemala contribuyó con el 47,2% del total del personal adiestrado y con el 86,8% del total de las parteras tradicionales capacitadas, el nivel de cumplimiento de esta meta corresponde al 123,7% de la propuesta por el Plan Regional (Cuadro 6).

Del total de 12.111 personas de los servicios de salud capacitadas, 22,8% fueron médicos, 37,8% enfermeras y 39,4% auxiliares de enfermería. Más del 40% de este personal recibió cursos de salud materna y planificación familiar, 31% de salud materna y 29% de planificación familiar. Como se ha mencionado en otra parte del documento, el impacto de este gran esfuerzo en la calidad de los servicios se ve mediatizado por la disponibilidad de los insumos esenciales.

Las metas de cobertura de servicio tienen una mayor dificultad para su medición. Aún así es posible de acuerdo con la información obtenida llegar a las siguientes conclusiones o supuestos: la prevalencia de anticonceptivos ha aumentado notoriamente en varios países de la Región, tales como Costa Rica, Ecuador, Honduras y Perú. En grado menor en Colombia y Guatemala. Existen algunas evidencias de problemas de calidad de los servicios, alta proporción de métodos tradicionales, fallas en la continuidad del método y posiblemente un aumento del aborto hospitalario en países con una alta prevalencia de anticoncepción. Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Venezuela tienen cifras bajas de prevalencia anticonceptiva con muy pocos cambios observados en el pasado reciente, salvo Nicaragua que registro una reducción (Cuadro 7).

La cobertura prenatal en tres países Honduras, Panamá y Perú aumentó alrededor de 7% durante el período. En contraste Costa Rica, Nicaragua y Uruguay la disminuyeron en 6% o más. El resto de países no registro cambio importantes. (Cuadro 7). También es evidente por otros indicadores (% de VDRL y de vacunación antitetánica) que la calidad de la atención dista mucho de ser la mas adecuada, en la mayoría de los países de la región. (Cuadro 8).

La atención del parto a su vez registró aumentos proporcionalmente menores a los de la atención prenatal y prevalencia de anticonceptivos. Esta mejoría fue menor del 2% en Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Venezuela y del 5 a 6% en Guatemala y

Honduras. Las cifras del resto de países no cambiaron salvo el caso del Perú que registró una reducción grande de la cobertura de 14,5%. (Cuadro 7). Se desconoce la calidad de la atención del parto, pero se puede inferir por el aumento del número de cesáreas por encima del límite máximo recomendable del 15%, en la mayoría de los países, que esta deba ser mejorada.⁵ Las consideraciones anteriores permiten estimar para 1990 y utilizando la mejor información disponible, que el número de muertes maternas para la Región como un todo se aproxima a 20.000 (Cuadro 9).

A nivel de estrategias. Brasil ha desarrollado la normatización de las acciones para la protección de la salud de la mujer, como una estrategia para el cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad materna.

La estrategia de desarrollo de hogares maternos aparece mencionada en los informes provenientes de los países. Honduras señala que se están construyendo cuatro hogares, tanto para la captación de la embarazada de riesgo, y posterior derivación a una institución de mayor complejidad, como para la atención del parto de bajo riesgo por enfermeras y auxiliares de enfermería, especialmente entrenadas, bajo la supervisión médica.

La estrategia del enfoque de riesgo para mejorar la calidad de la atención aparece. También se señala la incorporación del Sistema Informático Perinatal en Chile, Honduras, Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tabago.

La adecuación de la infraestructura de servicios, a nivel de creación de nuevos centros de salud o reorganización de los mismos, a partir de la designación de nuevo personal e incorporación de tecnología, aparece poco mencionada en los informes de los países.

El punto de ruptura se da precisamente por la falta de los insumos, más marcada en ciertos países y regiones dentro de cada país. Así se crea la paradoja de disponerse, en algunos países, de personal capacitado y centros de salud equipados, pero por la falta de insumos sólo se desarrollan actividades educativas y muy pocas de servicio para la población.

Ha sido notable el esfuerzo hecho por los países de América Latina y el Caribe en investigación. Un análisis reciente hecho por el Programa de Reproducción Humana de OMS, registra la realización de 650 investigaciones sobre Reproducción Humana, en 38 Instituciones de 14 países de la Subregión. De estas 132 fueron clasificadas en el área de salud materna e infantil (Cuadro 10).

⁵Según el informe enviado a la OPS en 1993 por 12 países de la Región.

En cuanto a los recursos financieros, sólo tres países (Brasil, Panamá y Perú) han informado de recursos asignados al plan provenientes del tesoro nacional y de la cooperación externa y dos países (Guatemala y Honduras) informaron sobre fondos de cooperación externa recibidos. No fue posible establecer si estos fondos registraron algún cambio en relación con el período anterior a la aprobación de los planes nacionales.

Se puede concluir que los avances del Plan fueron reducidos en estos últimos años, debido a factores del propio sector salud -que no consiguió implantar el plan con la prioridad necesaria- como a factores extrínsecos derivados de la crisis económica mundial. No se cumplió en los países el requerimiento, específicamente formulado en el Plan Regional, de aumentar los recursos financieros para apoyar las actividades conducentes a mejorar las condiciones de atención de la salud materna y por ende la reducción de su mortalidad. Tampoco puede afirmarse que hubo un aumento de la eficiencia de los recursos existentes como se proponía en el Plan Regional; debido en parte a la escasa utilización de indicadores apropiados para su medida.

3.2 Papel de la Oficina Sanitaria Panamericana

La Resolución XVII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Director apoyo para:

- Movilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales que contribuyan a la ejecución de las actividades nacionales, subregionales y regionales del plan.
- Informe del avance al respecto.

En cumplimiento de este mandato, la Oficina Sanitaria Panamericana desarrolló, mediante seis grandes mecanismos de cooperación, las actividades que se describen a continuación.

Movilización de recursos. Para ampliar la base técnica de la Organización, se firmaron convenios con Family Health International y con International Project Assistance Support, y se reforzaron los convenios con Population Council y las actividades con International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region, Family Care International, Mother Care International y los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta.

Se obtuvo financiamiento del gobierno de Holanda para un proyecto de mejoramiento de la atención materna en sistemas locales de salud de Centroamérica y del CIDA/Canadá para el desarrollo de la salud perinatal en áreas seleccionadas de Bolivia, Honduras, Nicaragua y Perú. Además se contó, aunque en forma decreciente, con

recursos de UNFPA para proyectos en Antigua, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

Se promovieron y organizaron numerosas reuniones, talleres y seminarios relacionados con la salud materna. De estos eventos se destacan la Primera Reunión de Seguimiento a la Implementación de los Planes de Acción para lograr las Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, que se realizó en Brasil en 1992, y diversas reuniones internacionales sobre Maternidad Segura. Estas últimas se realizaron en Guatemala, Santa Cruz de la Sierra y Washington durante 1992 y 1993. Merece señalarse también el Simposio Internacional de Planificación Familiar que se celebró en México durante 1992.

Diseminación de información científica y técnica. Constituyeron esfuerzos importantes la diseminación de información, así como la mejoría en la elaboración y oportunidad de la distribución de los Informes de Reuniones Técnicas Regionales y otras publicaciones del Programa. Se registró además un aumento de la lista de suscriptores de los países, las universidades y otras instituciones y personas interesadas.

Desarrollo de políticas, planes y normas. La OPS ha convocado dos grupos de trabajo. El primero para operacionalizar el Plan Regional (Montevideo, 1991). El segundo grupo analizó los avances logrados por el Plan en la Región de las Américas (Montevideo, 1993).

Es de señalar el apoyo brindado a los países para el desarrollo e implementación de los planes nacionales, en Bolivia, Colombia, Guatemala, Paraguay y Perú, en respuesta a las solicitudes de los gobiernos respectivos. Como motivo de fortalecer los vínculos entre agencias para la acción conjunta materno-infantil y del adolescente, en relación a las Metas de la Cumbre en favor de la Infancia, se ha conformado un Comité Interagencial para la Región integrado por OPS, UNICEF, UNFPA, USAID, BID y el Banco Mundial. Se conformó un grupo científico y técnico de alto nivel para asesorar a la Organización en lo referente a la ejecución y evaluación del Plan Regional.

Capacitación. En capacitación de recursos humanos se desarrollaron una serie de actividades con Universidades, sociedades científicas y servicios de salud de los países. Se destaca el proceso iniciado en los países del área andina para la incorporación de los avances científicos y académicos sobre salud reproductiva y materno infantil. Algunas de estas actividades fueron compartidas con otras agencias internacionales.

Investigación. La actuación de la OPS en materia de investigaciones enfatizó el desarrollo y la adaptación de tecnologías, principalmente simplificadas, dirigidas a la mejoría de la salud materna y perinatal.

La OPS apoyó el desarrollo de este tipo de investigaciones y contribuyó con algunos recursos para las mismas. Este proceso se dió, fundamentalmente, a través del Centro Latinoamericano de Perinatología, del Programa de Reproducción Humana de la OMS, y del Programa de Maternidad Segura también de la OMS y el apoyo dado por el programa regular de investigación de OPS. (Cuadros 11, 12, 13).

Asesoría a los países. El Programa dispone de doce consultores nacionales e internacionales asignados a once países de la Región (Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú) y cuatro consultores regionales. El tiempo estimado de estos consultores en acciones de apoyo al componente de salud materna totalizarían el equivalente a cuatro consultores dedicados específicamente al tema.

Este trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana se complementa con actividades interprogramáticas, focalizadas en los componentes de Salud, Mujer y Desarrollo, Desarrollo de la Salud Materna en los Sistemas Locales de Salud, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual y Desarrollo de los Sistemas de Información.

4. Ajustes del Plan

El análisis de la información suministrada por los países refleja, en alguna medida, la falta de un fuerte compromiso de los estados nacionales, provinciales y municipales en la formulación de políticas que den prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la mujer. Por otra parte, en aquellos países en donde estas políticas son explicitadas y sustentadas en un marco jurídico, no hay indicadores que permitan visualizar el nivel de operacionalización de las mismas.

En base al análisis hecho se propone un ajuste del Plan Regional, en sus metas, estrategias principales y en los componentes de los planes nacionales, complementado con una propuesta de actividades regionales, subregionales y de financiamiento y evaluación del Plan.

4.1 Metas

Para lograr las metas, tal cual se explicitaron en el Plan, se requeriría una fuerte inversión en los servicios de salud para mejorar la calidad de la atención, principalmente la institucional, que es en donde se produce el punto de ruptura para la reducción de la

mortalidad materna. Esta inversión no implica incorporar tecnología sofisticada. Sin perjuicio de la responsabilidad que le cabe a los gobiernos, se sugiere ajustar las metas en cuanto a niveles de logro y tiempo.

- Para los países de los grupos 1, 2 y 3 ⁶ definidos en el Plan se proponen metas de reducción del 15 % para 1995, del 30 % para 1997 y del 50 % para el año 2000.
- Para los del grupo 4 se propone mantener las metas definidas por el Plan.

4.2 Estrategias

En relación con las estrategias para la promoción de las condiciones de salud de la mujer, si bien implican una coordinación intersectorial, debiera enfatizarse la participación del sector salud a fin de promover estas condiciones con un criterio de integralidad.

En planificación familiar, que aparece enfatizada en las estrategias generales del Plan, los países deben esforzarse para la búsqueda de recursos. La información suministrada por los mismos ha demostrado que, en algunos de ellos, se ha desarrollado principalmente el componente educativo de esta actividad por falta de insumos, lo que ha generado expectativas en la población sin posibilidad de ser respondidas.

En capacitación se deberán realizar los ajustes necesarios para que el recurso humano capacitado pueda desarrollar en su ámbito los conocimientos adquiridos y que constituyeron un objetivo primordial de su entrenamiento. De la información de algunos países, se deduce que se ha invertido considerablemente en capacitación, pero sin modificar la organización de los servicios y sin garantizar la provisión de los insumos que permitan al personal entrenado transferir al servicio sus conocimientos y lograr mejorar la calidad de la atención. Por otra parte, se deberá priorizar en los procesos de capacitación la coordinación entre el sector salud y las instituciones formadoras del personal de salud como las Universidades, sociedades científicas y otras instituciones afines.

⁶ Grupo 1: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Grupo 2: Brasil, Colombia, Guyana, Jamaica, México y Venezuela.

Grupo 3: Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Suriname, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Grupo 4: Canadá y Estados Unidos de América

En cuanto a la estrategia de promoción de la investigación sobre mortalidad materna, deberá enfatizarse que el producto de la investigación debe provocar cambios en los servicios de salud y en las condiciones de vida de la mujer. Se ha observado que en la mayoría de las investigaciones que se han hecho, los resultados no fueron aplicados a los servicios de salud.

Se considera que siguen siendo válidas las líneas estratégicas de investigación propuestas en el Plan Regional. Pero se debe dar un énfasis menor en los estudios de mortalidad materna de nivel poblacional y orientar los recursos al estudio de la morbilidad materna.

Además la investigación deberá dar énfasis al análisis de las barreras para la implementación de los planes nacionales, para vigilar su avance y valorar la efectividad de las intervenciones. Lo cual incluye la definición del problema en términos epidemiológicos y de conducta, el desarrollo de tecnología y la medición de la eficiencia e impacto de su utilización apropiada; contemplando especialmente la aceptabilidad de la misma por los usuarios y proveedores de los servicios. Además, se debe hacer un análisis de la información existente en los países mediante el meta-análisis, el estudio de caso y el análisis de grupos específicos.

Los temas que se recomiendan incluyen los diferentes aspectos relacionados con las líneas de acción propuestas en el Plan Regional: aborto y demanda no satisfecha de planificación familiar, impacto sobre la morbilidad y mortalidad materna de la atención prenatal, los modelos alternativos de atención -hogares maternos, casas de parto y parto limpio domiciliario por partera tradicionales y por familiares y otros-, la atención de emergencias obstétricas en el primer nivel de los servicios de salud y en los hospitales del primer nivel de referencia.

Dadas la situación de limitados recursos nacionales e internacionales, los estudios sobre costo de los diferentes componentes de los planes nacionales son indispensables. De manera similar lo son las investigaciones sobre costo eficiencia y costo efectividad de las distintas alternativas. Si bien es cierto que se ha observado mejoría en algunos países, lo que se manifiesta en un mayor cantidad de información disponible y de mejor calidad, en otros no se dispone de ninguna información al presente, salvo la que proviene de alguna investigación en particular. Aún en países donde los sistemas de información son adecuados relativamente, no se usan para la toma de decisiones que posibiliten la mejoría de la calidad de los servicios. Deberá enfatizarse también que, en aquéllos países en que sea factible, se utilicen las fuentes de datos disponibles para la definición e implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Las dificultades que se han tenido para la evaluación del nivel de progreso del Plan, por insuficiente información o con problemas de su integridad y calidad, pone en evidencia

el compromiso que deberán asumir los países de mejorar los sistemas de información, la investigación y la asignación de un 10% de los fondos del programa a investigación.

De la información sobre los recursos propios de los países y de la disponible respecto a la movilización de recursos internacionales para esta temática, podría concluirse que las actividades del Plan tienen que haberse dificultado. No hay evidencia que los países vayan a aumentar la asignación de recursos para la reducción de la mortalidad materna. Además, esta situación implicaría una inversión importante para la mejoría de los servicios en un panorama donde los modelos de atención de la salud están privilegiando la productividad de los mismos sin enfatizar la calidad. En consecuencia los países deberán hacer un esfuerzo para mejorar la eficiencia y eficacia de los recursos actualmente disponibles.

Desde 1985 en adelante la participación social y la movilización popular se han incrementado considerablemente, más que por la iniciativa del sector salud por la exigencia de los movimientos organizados de la comunidad (particularmente los movimientos de mujeres). Deberá estimularse más esta participación en los servicios de salud, enfatizándose la coordinación entre los recursos sectoriales y extrasectoriales.

Si bien es cierto que han habido avances en relación al desarrollo de los sistemas locales de salud, no se ha jerarquizado en estos procesos el componente relativo a la salud de la mujer y materna.

4.3 Componentes principales de los planes nacionales

Sistema de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y mejoramiento de las estadísticas básicas y de salud reproductiva. El Plan ha definido metas para el montaje y operación de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la muerte materna que continúan siendo válidas. La implantación de estos sistemas en los países es muy importante para la mejoría de la atención materna y la prevención de la muerte materna. Existen diferentes modelos para su desarrollo probados en varios países, uno de ellos preparado por un grupo de consulta convocado por OPS y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos que integra estas diferentes experiencias (OPS-CDC, 1992).

Si bien es cierto que a nivel de los países existe una buena cantidad de información no utilizada para las decisiones políticas o administrativas, se hace necesaria una mayor sistematización mediante un sistema ágil, sencillo y que permita su utilización más amplia por todos los niveles de servicios de salud y los usuarios de los mismos. Este sistema debe incluir informaciones mínimas que permitan la construcción de indicadores de impacto, de calidad y de cobertura de servicios.

Resulta imperioso que los países asuman la necesidad de disponer de sistemas de información adecuados y se comprometan al respecto. También se sugiere que utilicen la experiencia acumulada en la Región, a través de la cooperación interpaíses, y que desarrollen sus bases de datos a nivel nacional, estadual o de los servicios de salud para elaborar los indicadores que complementan la propuesta del Plan.

Fortalecimiento de las acciones de planificación familiar para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha. La gran mayoría de los países tiene políticas definidas de planificación familiar que incluyen esta actividad básica en los programas de asistencia integral de la salud de la mujer o en los de salud materno infantil.

Se tiene información de acciones específicas para modificar las coberturas de calidad en Chile donde se han aumentado el número de controles para casos de riesgo y se ha facilitado un mayor acceso de la población a los servicios; en Perú donde se ha implantado un modelo de distribución comunitaria de anticonceptivos inyectables en áreas rurales de la Costa y la Sierra, y en Bolivia mediante la capacitación de parteras tradicionales en métodos de planificación familiar.

Una de las acciones que se está revitalizando para modificar esta situación es la *planificación familiar posparto y posaborto*, con una propuesta más amplia que abarca la atención integral del posparto a domicilio y la promoción como método anticonceptivo de la "amenorrea de la lactancia materna", lo cual implica un estímulo adicional a la lactancia materna.

Otra acción urgente a implementarse es la promoción de una mayor participación del hombre en la decisión y uso de métodos anticonceptivos, aumentando sustancialmente la proporción de su contribución mediante la vasectomía y el condón. Se recomienda un aumento de la calidad de la atención, aprovechando, por ejemplo, los avances en materia de anticonceptivos, que necesariamente implica asignar recursos suficientes con este propósito.

En varios países de la Región existe información suficiente para identificar los grupos de mayor necesidad, que debería ser utilizada para la administración de los programas y el mejoramiento del acceso a los servicios.

Las metas sugeridas en el Plan Regional de prevalencia de uso de anticoncepción, deberán ser mantenidas como una medida del esfuerzo que deben hacer los países para

la obtención de recursos, mejoría de la calidad de la atención y su contribución al impacto sobre la mortalidad materna, la prevención del aborto y del embarazo no deseado y la satisfacción de la demanda.

*Aumento de la cobertura y mejoría de la calidad de la atención prenatal.*⁷ Algunas acciones reportadas en los países indican un cierto grado de interés en aumentar las coberturas y la calidad de atención. Honduras por ejemplo ha desarrollado un modelo de captación de embarazadas en la comunidad a través de un censo realizado por voluntarios que incluye el registro de las intervenciones hechas por el sistema de salud. A su vez Guatemala ha experimentado con un modelo participativo y auto instruccional para parteras tradicionales de un área del país.

No es suficiente el simple contacto de la gestante con los servicios de salud para que una atención prenatal sea adecuada. Se necesita una mejoría sustantiva en la calidad de la consulta para que se pueda detectar, controlar e intervenir en la situación de riesgo. Se considera que existen poblaciones y grupos de mayor riesgo que se pueden identificar para diseñar las acciones correspondientes para su incorporación a la atención prenatal. Se deben aprovechar las organizaciones de base y de mujeres para vincularlas activamente en un proceso de cogestión con los servicios de salud, lo cual permitiría una ampliación de la base de captación de las embarazadas y una mejoría de la calidad de la atención.

Modelos complementarios de atención:

- Hogares maternos. Existen experiencias en la Región de la bondad de esta propuesta para disminuir el tiempo de transporte y el riesgo de las embarazadas de áreas rurales y marginadas.⁸ El Plan ha hecho una propuesta de bajo costo para implementar esta modalidad que aún no ha tenido una aceptación por los países. Se considera muy importante implementarla con la participación y cogestión de la comunidad.

⁷ La cobertura prenatal se define en este documento como el número de embarazadas que acudieron a los servicios de atención prenatal por una o más consultas durante su ciclo gravídico. Esto no implica que hayan tenido el mínimo propuesto en las metas del Plan Regional para 1995.

⁸ Cuba ha utilizado a escala nacional esta modalidad y está evaluando su impacto. También a escala nacional Chile está implementando un programa de "Colocación Materna" para acercar a las maternidades las embarazadas rurales y las de alto riesgo. Nicaragua tiene tres proyectos en operación, Honduras tiene cuatro en construcción. Brasil y Colombia han probado un modelo en áreas urbanas y Perú ha iniciado un proyecto para adolescentes en riesgo social.

- Casas de parto. En varios países de América Latina y del Caribe de habla inglesa⁹ se ha desarrollado este modelo de institucionalización de la atención del parto. Esta propuesta necesita una inversión inicial de recursos, de acuerdo con el personal proveedor de servicios que varía desde la partera tradicional capacitada hasta un equipo integrado por médico, enfermera u obstetrix. El sector salud de los países dispone de una extensa red de inmuebles para la prestación de servicios, algunos de ellos subutilizados. Esta capacidad ociosa podría habilitarse como casas de parto. Por consiguiente, la propuesta del Plan para esta modalidad de atención del parto continúa teniendo vigencia y posiblemente, de acuerdo con las necesidades detectadas, las metas deberían ser revisadas.
- Parto limpio domiciliario. Una proporción importante de partos en la Región son atendidos a domicilio por parteras tradicionales vinculadas o no a los servicios de salud o por familiares y otros. No existen evidencias, salvo raras excepciones¹⁰, de un desarrollo importante de esta modalidad de atención del parto. Dadas las proporciones del fenómeno, una priorización de esta actividad debería incluirse en los planes de acción de los países que aún tienen una considerable proporción de partos domiciliarios. Por lo tanto, la propuesta del Plan debe ser revisada e incorporada a los mismos.

Mejoría de la calidad de la atención del parto institucional de las maternidades del primer nivel de referencia. El análisis de los datos presentados en el punto II "Salud reproductiva de la mujer", permite inferir que la calidad de la atención del parto

⁹ Brasil ha desarrollado un modelo en el estado de Ceará, por parteras tradicionales; Estados Unidos ha acumulado una experiencia grande en sus "Birthing Centers"; Honduras está montando en cuatro clínicas maternoinfantiles un modelo atendido por enfermeras y auxiliares de enfermería y México ha desarrollado una red de "posadas de parto" atendida por parteras tradicionales entrenadas y vinculadas a los servicios de salud. En Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, los Centros de Salud de diferentes niveles de complejidad se han habilitado para atender partos de bajo riesgo.

¹⁰ Guatemala hizo un adiestramiento masivo de parteras tradicionales. Honduras ha realizado un proceso de capacitación participativa con enfoque de riesgo para este tipo de personal. Perú a su vez ha incrementado la atención del parto limpio en las zonas periurbanas por profesionales y estudiantes de medicina y enfermería. Panamá ha hecho una capacitación intensiva de parteras tradicionales y Bolivia ha realizado una experiencia de capacitación a maestros rurales para la entrega y capacitación de la embarazada y familiares de un paquete para la atención del parto. En varios países del Caribe de habla inglesa al parto a domicilio es atendido por enfermeras obstétricas.

institucional no ha mejorado.¹¹ Esta situación está directamente relacionada con la calidad de los servicios de salud y con la capacidad resolutive de los mismos para la atención materna. No existe ninguna evidencia registrada en la información disponible sobre acciones realizadas para modificarla, salvo las mencionadas por Chile y Honduras.¹² Cualquier mejoría de los servicios de salud materna implica una inversión importante de recursos nuevos o, en su defecto, una reasignación de los recursos del Estado y del subsector gubernamental de salud, sumada a un renovado esfuerzo para aumentar la eficiencia y eficacia de los servicios gubernamentales en esta área. Estos recursos, que fueron estimados en el Plan en una forma aproximada deben ser, necesariamente, una expresión de decisión política en los países y que aún no se ha manifestado claramente. Cada país deberá revisar esta estimación para poder hacer viable la implantación del Plan. Esta línea de acción es una condición básica para reducir la mortalidad y morbilidad materna; por lo tanto, los países deben hacer un esfuerzo para operacionalizarla.

4.4 *Actividades regionales y subregionales*

Las acciones de nivel regional y subregional están basadas en: los principios de apoyo integral a las necesidades de los países en salud reproductiva; en la interdependencia de sus problemas de salud y de la economía de escala para la búsqueda de soluciones y la capacidad movilizadora de estas actividades; en la necesidad de transmitir las experiencias y conocimientos y compartir los recursos técnicos desarrollados por los países en particular.

Estas actividades están determinadas en última instancia por los diferentes desarrollos de los planes nacionales y del Plan Regional. Se harán con un enfoque integral dirigido al desarrollo de los servicios locales de salud mediante acciones apropiadas para la promoción, prevención y tratamiento temprano de la madre y el neonato a nivel del hogar y la comunidad, el centro de salud y el hospital de referencia.

Estas acciones se dan en tres categorías: la movilización de recursos, la investigación, evaluación y el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica y el desarrollo de recursos humanos.

¹¹ El número absoluto de muertes maternas aumentó en Argentina, Brasil, Estados Unidos y El Salvador. En la estructura por causas las complicaciones puerperales, las hemorragias y las toxemias aumentaron en número absoluto.

¹² Chile informó sobre el mejoramiento de su infraestructura de atención materna mediante el aumento de recursos humanos y el equipamiento de los servicios. Honduras indicó la iniciación de un proceso de desarrollo de la gerencia hospitalaria.

La movilización de recursos se propone en base a tres procesos:

- Trabajo en redes de instituciones, para la administración del conocimiento, la diseminación de la información, apoyo técnico al desarrollo de los planes nacionales y la generación de normas. Se incluyen aquí las redes de instituciones internacionales, organismos no gubernamentales y sociedades de especialistas, para ampliar la base de la cooperación y hacerla congruente con el ámbito interinstitucional e internacional.
- Movilización de recursos financieros internacionales para proyectos interpaís.
- Apoyo a la participación en reuniones internacionales para la promoción y la presentación de avances en los diferentes tópicos de la maternidad segura.

La investigación, evaluación y el desarrollo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la muerte materna incluyen:

- La investigación para el desarrollo de tecnología de objeto y proceso; la prueba de modelos de calidad de servicios y de intervenciones específicas de prevención y tratamiento de la morbilidad y mortalidad materna, la generación de conocimiento epidemiológico y socio-conductual sobre las mismas.
- El apoyo al desarrollo de bases de datos y de indicadores para la vigilancia y evaluación, y la toma de decisiones.
- La cooperación técnica para el desarrollo de los sistemas nacionales de vigilancia de la muerte materna para el mejoramiento de la información, toma de decisiones y mejoramiento de la atención materna a nivel individual, institucional y de apoyo comunitario.

La capacitación comprende:

- La formación de capacitadores para necesidades específicas de los planes nacionales
- El desarrollo del curriculum de pregrado en salud materna y planificación familiar en las escuelas y facultades de ciencias de la salud.

Se proponen como grupos de actividades regionales y subregionales las siguientes:

- Preparación de proyectos subregionales y de país para la obtención de fondos adicionales.
- Divulgación amplia de los avances del Plan Regional en los niveles central, provincial y en instituciones docentes y sociedades científicas.
- Divulgación de materiales y documentos técnicos en la Región.
- Reuniones interpaíses y subregionales de promoción, intercambio de experiencias y elaboración de estrategias conjuntas para apoyar el Plan.
- Desarrollo y divulgación amplia de tecnologías simplificadas para el manejo de la atención obstétrica.
- Producción de guías para la formulación de los Planes nacionales, vigilancia epidemiológica de la muerte materna y el manejo de las cinco causas más frecuentes de muerte materna;
- Elaboración de un modelo para las escuelas de ciencias de la salud, para el análisis y el mejoramiento curricular de la enseñanza de la salud maternoinfantil y del adolescente, incluyendo los temas de población y planificación familiar.
- Desarrollo del programa para una base de datos en salud maternoinfantil, que está en implantación en varios países de la Región.
- Apoyo a grupos de investigadores para la ejecución de estudios de salud reproductiva y materna, en base al Centro Latino Americano de Perinatología, la red de instituciones del Programa de Reproducción Humana de la OMS en 14 países de la Región¹³, los Centros de Referencia de OPS/OMS y las ONGs especializadas en investigación.

En la ejecución de estas tareas subregionales y regionales la OPS/OMS deberá desempeñar un papel preponderante y, en algunas de ellas articulará su ejecución con otras agencias y gobiernos donantes.

A este conjunto de actividades regionales y subregionales propuestas se les debe dar la prioridad y recursos suficientes para que continúen su papel de facilitador y de soporte de los planes nacionales y para la ejecución del Plan Regional.

¹³ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela.

4.5 *Financiamiento*

Se hicieron muy pocos progresos a nivel de los países de la Región y por parte de los organismos internacionales, los Bancos de Fomento y los gobiernos donantes¹⁴, para la obtención de fondos nuevos para el Plan.

Esta circunstancia se considera la restricción de mayor peso para el avance del Plan en los países. Aún en países con logros económicos importantes, el sector salud no ha recuperado su prioridad política dentro de los planes de desarrollo. Muy por el contrario, se observa en algunos de ellos una disminución del gasto público en salud, concomitante con una tendencia internacional muy fuerte de privatización del sector. Paralelamente ocurre un proceso de empobrecimiento creciente de amplios grupos de la población.

De mantenerse esta tendencia financiera, las perspectivas para el cumplimiento de los objetivos y metas del Plan no son muy alentadoras.

Se proponen revisar las estrategias de financiamiento del Plan considerando al menos las siguientes posibilidades:

- Mayor esfuerzo del sector público para la asignación de nuevos recursos para mejorar los servicios de salud.
- Identificación de oportunidades de financiamiento nacional (público y privado) e internacional, tales como compra de deuda externa, participación de ONG's, préstamos blandos de Bancos de Fomento y ayuda multi y bilateral.
- Montaje de una contabilidad de costos que permita cuantificar el valor real de los servicios y estimar los gastos y proyecciones del sector salud.
- Implementación de alternativas eficientes y eficaces para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

4.6 *Evaluación del Plan*

Este componente del Plan ha tenido algún desarrollo, tanto en los países como a nivel regional. De los informes recibidos se observa que aún es muy limitado.

¹⁴ Salvo los casos del gobierno de Holanda, el de CIDA/Canadá y el FNUAP ya citados.

En base a la propuesta del Plan y a la experiencia de los dos últimos años, se ha preparado un lista mínima de indicadores para medir el impacto sobre la salud materna, para cuantificar las coberturas y detectar la calidad de la atención. Estos indicadores están agrupados en cuatro conjuntos que son los siguientes:

- Indicadores de impacto: Fecundidad global (hijos por mujer), fecundidad de adolescentes de 15-19 años, tasa de mortalidad materna, porcentaje de bajo peso al nacer, porcentaje de muertes maternas sobre el total de muertes de mujeres de 15-49 años y número de casos de tétanos neonatal.
- Indicadores de proceso (cobertura): prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres de 15-49 años casadas o unión, porcentaje de cobertura prenatal y porcentaje de parto institucional.
- Indicadores de acceso: distancia en tiempo entre la casa de las embarazadas y las instituciones de primer nivel y de referencia más próximas.
- Indicadores de calidad: porcentaje de cesáreas, porcentaje de embarazadas vacunadas con toxoide tetánico, porcentaje de embarazadas con VDRL y letalidad hospitalaria de muerte materna.

Además se deben diseñar criterios e indicadores que puedan medir:

- El avance en el logro de las metas nacionales de reforzamiento del primer nivel de referencia, el rendimiento y ubicación del recurso de camas obstétricas, la capacitación de los recursos humanos y la vigilancia epidemiológica de la muerte materna.
- El compromiso político con el Plan, la inversión de recursos financieros y los avances en la legislación y en las políticas de salud de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

- Acsadi, G. & Vlassoff, M. Safe Motherhood in Latin American and the Caribbean: Socio-cultural and Demographic Aspects of Maternal Health. Nueva York, Acsadi Associates, 1991.
- Bobadilla J. L. et al. La magnitud y causas de la mortalidad materna en la Ciudad de México, 1988-1989. Trabajo enviado para su publicación en la Gaceta Médica de México.
- CELADE - OPS. Las Américas: fuente, calidad de la información demográfica, tamaño, crecimiento y composición de la población, 1980 - 2000. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, OPS/OMS, 1989.
- CELADE - OPS. La población urbana y rural y sus condiciones de vida. En: Las condiciones de salud en las Américas. Washington, OPS/OMS, 1990.
- CLAP - OPS/OMS. Tecnologías perinatales, Montevideo 1992. (Publ. Cient. CLAP No. 1255).
- CLAP - OPS/OMS. El hogar materno: Descripción y propuesta para su instalación. Montevideo 1992. (Publ. Cient. CLAP No. 1263).
- DHS. Selected statistics from DHS surveys. DHS Newsletter, 4 (1), 1991.
- Díaz, A.G. et al. Sistema informático perinatal, Montevideo, CLAP, 1990 (Publ. Cient. CLAP 1203).
- Díaz, A.G. et al. Estadística básica: manual de autoinstrucción, Montevideo, CLAP, 1992 (Publ. Cient. CLAP 1249).
- Guzmán, A. et al. La Mortalidad Materna en Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social, San José, Costa Rica, 1992.
- Illia, M. M. et al. Mortalidad materna en el gran Córdoba. Córdoba, 1987 (mimeo).
- Koonin, L. et al. Maternal mortality surveillance, United States 1980 - 1985. MMWR, 37 (SS5): 19 - 29, 1988.
- Laurenti, R. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Municipio de São Paulo - Brasil, 1986 II Mortes por causas maternas. Rev. Saúde públ, São Paulo, 24 (6): 486-72, 1990.

- Laurenti, R. A saúde materna na Região das Americas. OPS/OMS, 1992.
- Mora, G. & Yunes, J. La muerte materna: una tragedia ignorada. En: Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS (en prensa).
- Munist, M. et al. Epidemiología del embarazo en los adolescentes. En: Salud del Adolescente y el Joven, OPS/OMS (en preparación).
- Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina. Análisis del subregistro de las muertes maternas en la capital federal (1985). Mortalidad materna en áreas seleccionadas año 1985. Programa Nacional de Estadística de Salud, Serie 81, análisis de datos, 13: 4.46, Buenos Aires.
- Ministry of Health and the Child Health Department, University of the West Indies: The Jamaican Perinatal Survey: Synopsis of Findings and Recommendations from the Symposium, Jamaica, 1990.
- OPS/CDC. Reducción de la morbilidad y mortalidad materna en las Américas. Guía para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna (Documento preliminar). Atlanta, 1992.
- OPS/OMS. Condiciones de eficiencia y eficacia. Washington, 1989.
- OPS/OMS. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en las Américas. Washington, 1989.
- OPS/OMS. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. Washington, 1990.
- OPS/OMS. Propuesta para operacionalizar el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las edades de 15 a 49 años, por país. Washington, 1990.
- OPS/OMS. Sistema de información técnica. Tabulaciones recientes de causas de mortalidad materna. Washington, D.C. 1993.
- OPS/OMS. Informe de vigilancia 1991. Enfermedades de transmisión sexual (mimeo).
- Sarve, E. et al. Enfoque de riesgo: Manual de autoinstrucción. Montevideo, CLAP, 1992 (Publ. Cient. CLAP, No. 1264)

Schwarcz, R. et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Versión corregida y ampliada. Montevideo, CLAP, 1991. (Publ. Cient. CLAP No. 1234).

Siqueira, A.A. F. et al. Mortalidade materna. Brasil, 1980. Rev. Saúde públ., São Paulo, 18 (6): 448 -65, 1984.

CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO 1: MORTALIDAD MATERNA, FECUNDIDAD E INDICADORES DE SERVICIOS
DE SALUD REPRODUCTIVA EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION
- CIRCA 1990 -

PAIS	MORTALIDAD MATERNA (por 100.000 nacidos vivos)	FECUNDIDAD GLOBAL	PREVALENCIA DE ANTICONCEP- CION MUJERES CASADAS-UNIDAS 15-49 ANOS (%)	COBERTURA DE ATENCION PRENATAL (%)	COBERTURA ATENCION DEL PARTO (%)
Argentina (1990)	52.0	2.8	...	...	95.4
Bahamas (1990)	39.9	2.3	...	95.0	95.0
Bolivia (1990)	332.0	5.8	30.0	47.0	42.2
Brasil (1989)	72.0	2.9	65.8	69.6	70.0
Canada (1988)	4.0	1.7	73.0	...	99.0
Colombia (1990)	107.0	3.3	66.0	76.0	75.0
Costa Rica (1990)	26.0	3.0	85.5	34.0	96.4
Chile (1991)	34.5	2.7	18.4	60.0	98.8
Cuba (1991)	36.0	1.7	70.0	98.0	99.8
Ecuador (1991)	150.0	4.3	52.9	48.1	23.4
Estados Unidos (1987)	6.6	1.9	74.0	...	99.0
El Salvador (1990)	140.0	4.5	61.0	36.1	26.4
Guatemala (1990)	106.0	5.4	23.0	34.4	23.0
Guyana (1987)	60.0	2.4	31.0	33.0	90.0
Haiti (1990)	340.0	6.0	10.0	67.4	20.0
Honduras (1991)	221.0	5.2	46.7	72.6	45.6
Jamaica (1987)	114.4	2.4	55.0	95.0	81.6 (1)
Mexico (1989)	58.1	3.8	53.0	70.0	77.4 (2)
Nicaragua (1991)	100.0	5.0	27.0	93.0	40.3
Panama (1991)	55.0	2.7	58.0	87.5	84.9
Paraguay (1990)	150.0	4.6	48.0	60.0	50.0
Peru (1990)	298.0	4.0	46.0	61.5	49.0
Puerto Rico (1986)	16.0	2.3	70.0	...	...
Rep. Dominicana (1991)	84.0	3.6	50.0	80.0	52.4
Trinidad y Tobago (1991)	67.9	2.5	53.0	64.0	98.7
Uruguay (1991)	38.0	2.5	...	88.1	99.0
Venezuela (1991)	60.0	3.5	14.5	38.6	98.9

FUENTE: Base de Datos de la Unidad Crecimiento-Desarrollo y Reproduccion Humana
del Programa Especial de Salud Materno Infantil y Poblacion OPS/OMS,
Fasciculos I, II, y III e informacion adicional suministradas por los paises
(1) University West Indies, 1989.
(2) Secretaria de Salud de Mexico, 1990.

CUADRO 2

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN LOS PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS (1)

FECUNDIDAD (Tasa Global)	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 2.0)	Canadá Estados Unidos	Cuba		
MEDIA (2.0 a 3.4)	Puerto Rico	Bahamas Chile Costa Rica Panamá Uruguay	Argentina Brasil Colombia Guyana Jamaica Suriname Trinidad y Tobago	
ALTA (3.5 a 5.0)			El Salvador México Rep. Dominicana Venezuela	Ecuador Paraguay Perú
MUY ALTA (Más de 5.0)			Guatemala	Bolivia Haití Honduras

(1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la unidad.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Regional Especial de Salud Materno Infantil y Población OPS/OMS, Fascículos I, II, y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 3

**PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS/UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS Y MORTALIDAD MATERNA EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS (1)
CIRCA 1990**

% PREVALENCIA USO DE ANTICONCEPTI VOS	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 40%)		Chile	Guatemala Guyana Nicaragua Venezuela	Bolivia Haití
MEDIA (40% a 59%)		Panamá	Jamaica	Ecuador Honduras Paraguay Perú
ALTA (igual o mayor a 60%)	Canadá Estados Unidos	Cuba Costa Rica	Brasil Colombia El Salvador	

(1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la Unidad.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Especial de salud Materno Infantil y de Población OPS/OMS, Fascículos I, II y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 4

**COBERTURA DE ATENCION INSTITUCIONAL DEL PARTO Y MORTALIDAD MATERNA
EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION
DE LAS AMERICAS (1)
CIRCA 1990**

% COBERTURA ATENCION DEL PARTO (2)	MORTALIDAD MATERNA (Tasa por 100.000 nacidos vivos)			
	BAJA (Menos de 20)	MEDIA (20-49)	ALTA (50-149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (Menos de 50%)			Guatemala	Bolivia Ecuador Haití Honduras Paraguay Perú
MEDIA (50% a 75%)			Brasil Colombia El Salvador México Nicaragua Rep. Dominicana	
ALTA (76% a 90%)			Guyana Jamaica	
MUY ALTA (Más de 90%)	Canadá Estados Unidos	Bahamas Chile Costa Rica Cuba Panamá Uruguay	Argentina Venezuela	

- (1) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la Unidad.
- (2) El concepto de parto institucional en algunos países se refiere al atendido en instituciones y en otros al atendido por profesionales.

FUENTE: Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Especial de salud Materno Infantil y de Población OPS/OMS, Fascículos I, II y III e información adicional suministrada por los países.

CUADRO 5: ESTRUCTURA SEGUN CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ALGUNOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS -CIRCA 1990-

PAIS	TOTAL DE MUERTES MATERNAS	PORCENTAJE DE DEFUNCIONES MATERNAS POR CAUSAS OBSTETRICAS DIRECTAS					OTRAS OBS- TETRICAS DIRECTAS	PORCENTAJE DE DEFUNCI- NES MATERNAS POR CAUSAS OBSTE- TRICAS INDI- RECTAS
		ABORTO	TOXEMIA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	HEMORRAGIA DEL EMBAR. DEL PARTO	COMPLIC. DEL PUERPE- RIO			
Argentina (1990)	353	32.9	14.4	15.3	-	34.8	2.6	
Brasil (1987)	1886	12.0	30.4	17.2	15.3	18.0	7.1	
Canada (1990)	10	10.0	30.0	10.0	20.0	10.0	20.0	
Colombia (1990)	537	19.9	27.4	16.9	10.6	23.5	1.7	
Costa Rica (1989)	25	44.0	16.0	16.0	4.0	20.0	-	
Cuba (1990)	78	20.5	9.0	1.3	17.9	26.9	24.4	
Chile (1989)	123	33.3	17.1	4.1	20.3	12.2	13.0	
Ecuador (1990)	306	9.5	20.9	29.4	8.5	28.1	-	
El Salvador (1990)	55	5.4	7.3	9.1	7.3	70.9	-	
Estados Unidos (1989)	320	15.6	18.1	13.5	27.8	15.9	9.1	
Guatemala (1984)	236	17.0	10.0	2.0	15.0	56.0	-	
Guyana (1984)	17	29.0	18.0	41.0	6.0	6.0	-	
Honduras (1983)	79	9.0	...	...	...	88.0	3.0
Jamaica (1985)	28	25.0	28.6	25.0	21.4	...	-	
Mexico (1990)	1464	6.6	25.6	23.1	10.6	32.8	1.3	
Nicaragua (1991)	84	25.0	16.7	15.5	10.7	32.1	-	
Panama (1989)	37	16.2	2.7	24.3	8.1	43.3	5.4	
Paraguay (AI)*(1988)	101	22.8	10.9	29.7	12.9	17.8	5.9	
Peru (1988)	362	12.2	15.5	31.5	13.0	25.9	1.9	
Puerto Rico (1990)	13	30.8	15.4	38.4	-	15.4	-	
Rep. Dominicana (1985)	101	16.8	26.7	15.9	-	31.7	8.9	
Suriname (1987)	3	33.3	-	33.3	33.3	-	-	
Trinidad y Tobago (1989)	20	20.0	55.0	5.0	15.0	5.0	-	
Uruguay (1990)	9	11.1	-	-	11.1	77.8	-	
Venezuela (1989)	338	24.0	23.4	11.5	13.3	20.7	7.1	

FUENTE: Informes oficiales de mortalidad disponibles en el sistema de informacion tecnica de OPS.

- * Area de Informacion
- ... Datos no disponibles
- Magnitud cero

CUADRO 6

PERSONAL CAPACITADO EN CURSOS DE SALUD MATERNOINFANTIL
SALUD MATERNA Y PLANIFICACION FAMILIAR EN
TRECE PAISES DE LA AMERICA LATINA Y EL CARIBE
PERIODO 1991-1992

TIPO DE CURSO / TIPO DE PERSONA	SALUD MATERNA Y PLANIFICA- CION		SALUD MATERNA		PLANIFICA- CION FAMILIAR		TOTALES		META DEL PLAN		CUMPLI- MIENTO	
	N°		N°		N°		N°		N°		N°	%
MEDICOS	723		1,553		487		2,763		4,904		56,3	
ENFERMERAS	2,500		1,031		1,052		4,583					
AUXILIARES DE ENFERMERIA	1,670		1,143		1,952		4,765		4,884		191,4	
SUBTOTAL	4,893		3,727		3,491		12,111		9,788		123,7	
PARTERAS TRADICIONALES	10,905		579		2,970		14,454		36,300		39,9	
TOTAL	15,798		4,306		6,461		26,565		46,088		57,6	
%	58,5		16,2		24,3		100					

Fuente: Informe de los países a OPS 1993

CUADRO 7

PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS/
UNIDAS DE 15-49 AÑOS, PORCENTAJE DE COBERTURA PRENATAL
Y DEL PARTO INSTITUCIONAL EN 17 PAISES DE LA REGION
DE LAS AMERICAS 1989 Y 1991 *

Países	prevalencia anticonceptivos		% cobertura prenatal		% parto institucional	
	1989	1991	1989	1991	1989	1991
Bahamas	...	...	95(1)	95(1)	95(1)	95(1)
Bolivia	30,3	...	...	70,0	...	39,5
Brasil	65,8	65,8	69,6	...	70,	...
Chile	18,5	18,4	...	...	98,8	...
Colombia	...	66,0	...	78,2	78,6	80,3
Costa Rica	...	85,9	41,2	34,0	93,8	96,4
Cuba	70,0	70,0	102,7	97,9	99,8	99,8
Ecuador	52,8	...	47,3	46,4	23,4	22,9
Guatemala	23,0	25,8	40,0	34,3	22,6	28,0
Honduras	40,5	46,7	65,0	72,6	40,5	45,6
Nicaragua	35,3	30,8	93,0	81,4	39,5	40,3
Panamá	54,0	58,0	70,4	87,5	84,4	84,9
Rep. Dominicana	...	...	90,0	90,0	70,0	85,0
Peru	46,0	59,0	55,0	63,9	60,0	45,5
Trinidad Tobago	52,7	...	64,0	63,9	98,7	98,7
Uruguay	(14,4 a 52,2)*		88,1	82,9*	99,0	...
Venezuela	13,8	14,5	...	3,6	98,9	99,0

* O Circa 1989 y 1991.

** Rango declarado por MS/Uruguay.

FUENTE: Informe de los Ministerios de Salud a OPS, 1993.

CUADRO 8: PORCENTAJE DE COBERTURA DE ATENCION PRENATAL, DE SEROLOGIA DE VDRL EN EMBARAZADAS, NUMERO DE CASOS DE SIFILIS CONGENITA, PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON VACUNACION ANTITETANICA, NUMERO DE CASOS DE TETANOS NEONATAL, EN 14 PAISES DE LAS AMERICAS - 1989 y 1991-

PAIS	% DE COBERTURA AT. PRENATAL (%) (a)		PREVALENCIA DE VDRL (%) (a)		No. CASOS DE SIFILIS CONGENITA (b)		% EMBARAZADAS c/ANTITETANICA (a)		No. DE CASOS (a) DE TETANOS NEONATAL	
	1989	1991	1989	1991	1989	1991	1989	1991	1989	1991
Bahamas	+95 (1)	+95 (1)	85.5	96.0(2)	...	...	79.2	80.1	...	...
Brasil	69.6	...	...	62.0	732 (3)	...	...	62	392	254
Costa Rica	39.9	34.0 (2)	...	...	33	35	6.6	5.2	...	...
Chile	...	...	...	...	2.722	3.294 (2)	...	...	...	...
Ecuador	47.3	46.4	...	...	13	15	26.2	18.8	56	59
Honduras	65.0	72.6	23.2	26.8(2)	...	102	19.4	29.7	20	13
Nicaragua	93.0	81.4	...	...	1	3	...	...	...	...
Panamá	70.4	87.5	...	...	24	33	23.1	23.7	...	...
Peru	55.0	63.9	...	...	-	...	10.0	20.1	183	95
Rep. Dominicana	90.0	90.0	...	...	...	...	87	87	18	12
Trinidad y Tobago	64.0	63.9	64	63.9	3	2	18.7	19.3	1	-
Uruguay	88.1	82.9	....	6.3	107	139	...	84.3	...	...
Venezuela	98.8	99.0	43.8	71.7	98	112	28.1	50.3	46	36
Guatemala	40.0	34.4	...	...	...	...	...	18.0 (2)	103	60 (2)

FUENTE: (a) Base de Datos de la Unidad de Crecimiento-Desarrollo y Reproduccion Humana del Programa Especial de Salud Materno Infantil y Poblacion OPS/OMS, Fasciculos I, II y I

CUADRO 9: NUMERO ESTIMADO DE MUERTES MATERNA DE PAISES DE LA REGION, UTILIZANDO TASAS AJUSTADAS OBTENIDAS DE FUENTES DIFERENTES (*) - CIRCA 1990 -

PAISES (**)	MORTALIDAD (***) MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS -TASA REGISTRADA-	MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS -TASA AJUSTADA-	NACIDOS (****) VIVOS (en miles)	MUERTES NUMERO ESTIMADO -
GRUPO 1 (MORTALIDAD MATERNA BAJA: MENOS DE 20)				
Canada (1988) (2)	4,0	4,0	...	18
Estados Unidos (1987)(2)	6,6	6,6	...	251
Puerto Rico (1986) (5)	16,0	22,2	78	17
GRUPO 2 (MORTALIDAD MATERNA MEDIA: DE 20 a 49)				
Costa Rica (1987) (1)	26,0	34,7	106	37
Cuba (1991) (2)	36,0	36,0	181	65
Chile (1991) (2)	34,5	34,5	301	104
Panamá (1991) (3)	...	55,0	68	37
Uruguay (1991) (2)	38,0	38,0	54	21
GRUPO 3 (MORTALIDAD MATERNA ALTA: DE 50 A 149)				
Argentina (1990)(4)	52,0	101,0	678	688
Brazil (1989) (6)	72,0	135,5	3.250	4.398
Colombia (1990) (7)	107,0	160,5	861	1.382
El Salvador (1990)(11)	140,0	280,0	182	510
Guatemala (1990)(12)	106,0	240,0	350	840
Guyana (1987)(8)	60,0	264,1	26	69
Honduras (1991)(3)	...	221,0	189	418
Jamaica (1987)(9)	114,4	115,0	65	75
México (1989)(10)	58,1	145,2	2.569	3.730
Nicaragua (1991)(13)	100,0	220,0	149	328
República Dom. (1991)(14)	84,0	210,0	213	443
Trinidad y Tabago (1991)(5)	67,9	94,4	31	29
Venezuela (1991)(11)	60,0	120,0	569	683
GRUPO 4 (MORTALIDAD MATERNA MUY ALTA: DE 150 o mas)				
Bolivia (1991)(12)	...	390,0	293	1.143
Ecuador (1991)(13)	150,0	225,0	328	738
Haiti (1990)(3)	340,0	410,0	213	873
Paraguay (1990)(3)	150,0	307,0	150	461
Peru (1990)(3)	...	298,0	759	2.262
T O T A L				(****) 19.633

(*) Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas del orden de la unidad.

(**) Los grupos de países se constituyen en base a la tasa de mortalidad materna registrada.

(***) Información suministrada por los países y disponible en la base de datos de la Unidad. Crecimiento-Desarrollo y Reproducción Humana del Programa Especial de Salud Materno Infantil y Población, OPS/OMS, Fascículos I, II y III.

(****) Para el cálculo de los nacimientos se utilizaron datos de CELADE para la población y tasa de natalidad (CELADE-OPS, 1989).

(*****) Mas 6 muertes de Suriname y 3 de Bahamas.

... Datos no disponibles.

Cuadro 9 (Cont.)

- (1) Se ajusto la tasa en base a un 25% de subregistro identificado en un estudio de mortalidad materna en Costa Rica, 1992.
 - (2) Son datos registrados en que se estima que el subregistro es proximo a cero (0).
 - (3) Datos ajustados por el pais.
 - (4) Para Argentina se ajusto la tasa en base al subregistro de causas materna identificado en las investigaciones de Capital Federal (Ministerio de Salud y Accion Social, 1992) y de Cordoba (Illia y otros, 1987).
 - (5) Se hizo la correccion en base a un 39% de subregistro en un estudio en E.U. de America (Kooning, 1988).
 - (6) Datos ajustados por el pais en base a diferenciales de subregistro por regiones.
 - (7) Se hizo la correccion en base a un 50% de subregistro a partir de estudios realizados en el pais
 - (8) Se utilizaron los datos suministrados por Ken Antrobus provenientes de informacion recolectada en el seminario de directores del area materno infantil (tasa 26.41 por 10.000 nacidos vivos).
 - (9) Para Jamaica se utilizo la cifra de un estudio reciente (University of West Indies, 1989).
 - (10) Se ajusto la tasa aplicando los resultados en cuanto al subregistro de una investigacion hecha por Bobadilla y colaboradores en Mexico, D.F., 1989.
 - (11) Se ajusto la tasa aplicando los resultados en cuanto al subregistro de las investigaciones de Argentina (Capital Federal): Ministerio de Salud y Accion Social, 1982 y Cordoba: Illia y otros, 1987).
 - (12) Se ajusto la tasa en base a estudios realizados en el pais.
 - (13) El ajuste se ha realizado en base a la tasa estimada que surge del estudio realizado en Honduras.
 - (14) La tasa se estimo en base a los resultados de los estudios de Brasil.
- N O T A:** Para algunos paises los ajustes realizados a las tasas pueden aproximarse mas a la realidad que en otros. Esto se debe a la diferente calidad de la informacion disponible, que en muchos casos dificulta el tratamiento de los datos, y al hecho que no en todos los paises se dispuso de investigacion sobre el tema que identificaran con mayor precision el nivel y los tipos de subregistro.

CUADRO 10

Investigaciones realizadas o en progreso de los Centros de Colaboración del Programa de Reproducción Humana de la OMS (*) en la Región de las Américas 1991-1992(*)

SEGUN TIPO DE INVESTIGACION						
	1991		1992		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
Ciencias básicas	91	24	57	21	148	23
Clínicas	190	50	121	45	311	48
Epidemiológica	31	8	43	16	74	11
Social y del comportamiento	34	9	30	11	64	10
Desarrollo de pruebas	34	9	19	7	53	8
TOTALES	380	100	270	100	650	100
SEGUN TEMA DE LA INVESTIGACION						
Biología de la Reproducción	103	32	62	26	165	29
Anticoncepción	84	26	62	26	146	26
Salud Materna e Infantil	68	21	64	27	132	24
Enfermedades de la Reproducción	35	11	24	10	59	11
Aborto	23	7	14	6	37	7
Enfermedades de transmisión de sexo	10	3	12	5	22	3
TOTALES	323	100	238	100	561	100
* Financiados con Fondos Regulares de OMS y de otras agencias.						

CUADRO 11

**INVESTIGACIONES DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE
PERINATOLOGIA (CLAP/OPS) POR TOPICO Y
TIPO DE ESTUDIO 1991-1992**

PREVENCION E INTERVENCIONES	TOPICOS	EPIDEMIOLOGICOS
<p>. Desarrollo, Evolución, Implementación de Juegos Participativos para la Promoción de la Salud Perinatal.</p> <p>. Adolescencia y Reproducción: Bases para Educación en Salud.</p> <p>. Guía para Normalización del Embarazo de Alto Riesgo.</p> <p>. Normalización del Control Perinatal contenidos, cronograma y evaluación de calidad e impacto.</p> <p>. Normalización del Parto y el Puerperio. Propuesta para distintos niveles de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad Materna ● Morbilidad ● Factores de Riesgo 	<p>. Riesgo Antenatal: Determinación de Factores Asociados al Parto Prematuro.</p> <p>. Intervalo Intergenético y Antecedentes en la Base de Datos de 200,000 Nacimientos.</p> <p>. Riesgo Intraparto: Identificación de factores.</p> <p>. Seguimiento de Adolescentes entrevistados en el postparto.</p> <p>. Identificación y Comportamiento de Factores de Riesgo Perinatal en Maternidades de Latinoamérica.</p> <p>. Epidemiología de la Cesárea. Evolución en maternidades latinoamericanas.</p> <p>. Epidemiología de la Salud Perinatal en SILOS con participación comunitaria.</p>
<p>SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenciones Normativas 	<p>DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>Partograma: Diseño de Modelos Simplificados.</p>

CUADRO 12

**INVESTIGACION EN SALUD MATERNA POR TOPICO Y TIPO DE ESTUDIO
EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1991-1992 PROGRAMA MATERNIDAD
SEGURA, DIVISION DE SALUD FAMILIAR, OMS**

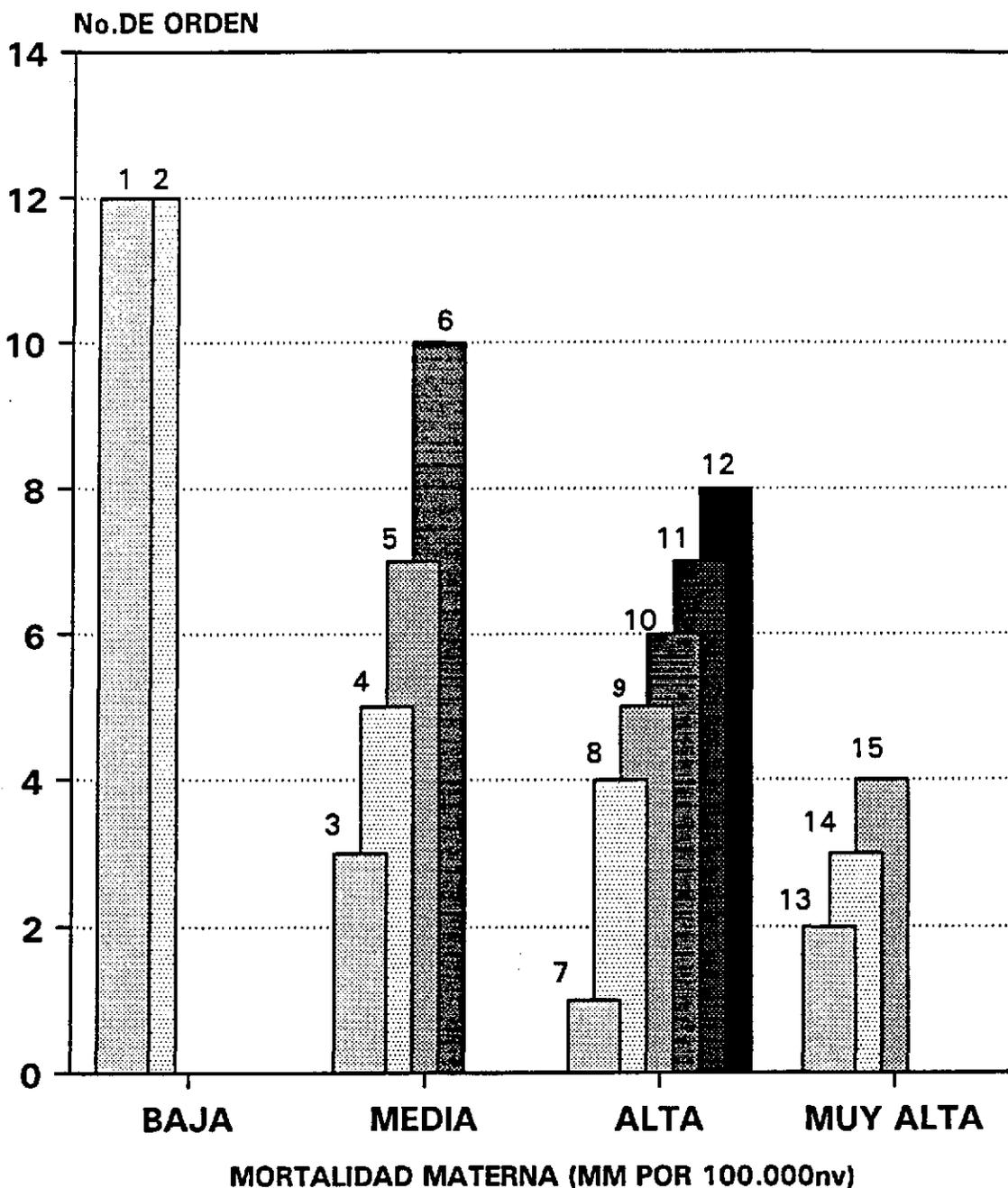
<p>PREVENCION E INTERVENCIONES</p>	<p>TOPICOS</p>	<p>EPIDEMIOLOGICOS</p>
<p>SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO</p> <p>México: Patrones de fecundidad y mortalidad materna y su costo social.</p>	<p>*Mortalidad materna</p> <p>*Morbilidad</p> <p>*Hemorragia</p> <p>*Anemia</p> <p>*Pre-eclampsia y eclampsia</p> <p>*Infecciones</p> <p>*Parto Obstruido</p>	<p>TRATAMIENTO</p> <p>Argentina: Inyección en la vena umbilical para la retención de placenta.</p> <p>Argentina, Colombia y Venezuela: Estudio comparativo del tratamiento de la eclampsia con diazepam y sulfato de magnesio.</p>
<p>Perú: Enfoque interdisciplinario para atención prenatal y de planificación familiar con base comunitaria.</p> <p>Ecuador: Efecto del calcio en la prevención de la hipertensión del embarazo en adolescentes.</p> <p>Jamaica: Aspirina en dosis bajas para la prevención y tratamiento de la eclampsia.</p> <p>Bolivia: Mejoramiento de la utilización de los servicios rurales del Ministerio de Salud.</p> <p>Cuba: Estudio del impacto de los hogares maternos.</p>		<p>Colombia: Factores de riesgo en la mortalidad materna.</p> <p>Guatemala: Mortalidad materna.</p> <p>La importancia de la mala nutrición en la mortalidad materna y el tamaño del feto.</p> <p>México: Análisis de la mortalidad materna en las Áreas rurales de Morelos.</p> <p>Brasil: Mortalidad materna en la región de Marilia São Paulo.</p> <p>Bolivia: Mortalidad materna en hospitales provinciales.</p> <p>Argentina: Estudio de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva en Matanza, Buenos Aires.</p>

CUADRO 13

INVESTIGACIONES POR TOPICO Y TIPO DE ESTUDIO
DEL PROGRAMA DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
TECNOLOGICO EN SALUD DE OPS
1991-1993

PREVENCION E INTERVENCIONES	TOPICOS	EPIDEMIOLOGICOS
<p>. ANTIGUA Y BARBUDA: La prevención y el control de la anemia en mujeres en estado grávido.</p> <p>. CHILE: Seguimiento de madres adolescentes y sus hijos 2 A 5 años después del parto.</p> <p>. COSTA RICA: Mortalidad Perinatal Casualidad y Factores de Riesgo.</p> <p>. PERU: Patrones de Alimentación y Niveles de Consumo de Nutrientes en Gestantes de Lima Metropolitana: Datos para materiales educativos.</p> <p>. VENEZUELA: Atención prenatal, neonatal y al año con seguimiento hasta los tres años en 600 familias de los barrios pobres de Caracas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mortalidad Materna ● Morbilidad ● Factores de Riesgo 	<p>. BRASIL: Edad materna como factor de riesgo para malformaciones congénitas.</p> <p>. PERU: Prevención y determinantes de anemia con una muestra representativa de mujeres grávidas de Lima.</p> <p>. MEXICO: Los efectos anticonceptivos de la lactancia y el espaciamiento entre nacimientos y la tasa de mortalidad infantil.</p>
<p>SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO</p> <p>. BARBADOS: Factores sicosociales determinantes de los patrones de la lactancia materna en mujeres sanas de Barbados.</p> <p>. MEXICO: La paternidad Adolescente: Causas y consecuencias psicosociales.</p> <p>. BRASIL: Aspectos asociados con la esterilización femenina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Intervenciones Normativas 	<p>DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO</p> <p>. VENEZUELA: Prevalencia de Alteraciones Cromosómicas Fetales Detectadas por Amniocentesis Genética.</p> <p>. BRASIL: Estudio de la Diabetes del embarazo.</p>

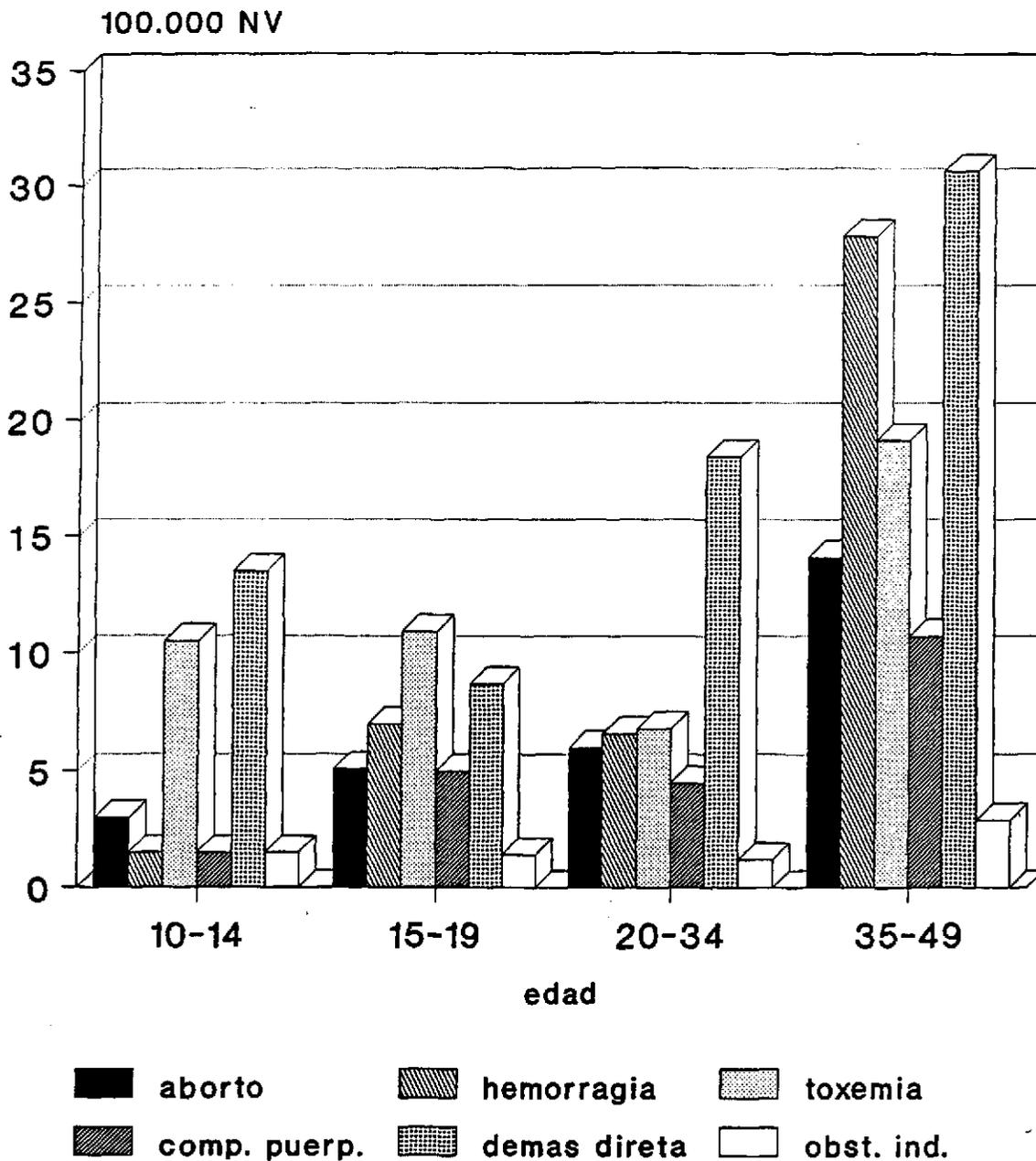
GRAF. 1 LUGAR OCUPADO POR LAS M. MATERNA EN LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTES DE MUJERES DE 10-49 ANOS, SEGUN NIVEL DE MM



TIS, OPS/OMS.

1. Canadá; 2. Estados Unidos; 3. Panamá; 4. Costa Rica; 5. Bahamas, Cuba, Chile; 6. Uruguay; 7. Honduras; 8. México, Nicaragua, Venezuela; 9. Argentina, Brasil, Guyana; 10. Colombia, República Dominicana; 11. El Salvador, Trinidad y Tobago; 12. Suriname; 13. Paraguay; 14. Ecuador; 15. Perú.

**GRAF. 2 TASA DE MORTALIDAD MATERNA
POR EDAD SEGUN CAUSA DE 21 PAISES
DE LA REGION CIRCA 1989**



BASE DE DATOS OPS/OMS