

comité ejecutivo del
consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



105a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1990

Tema 4.11 del programa provisional

CE105/17, Rev. 1 (Esp.)
6 junio 1990
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

En la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud celebrado en septiembre de 1988 se presentó el segundo informe de avance sobre el estado de la ejecución de la política de acción de la Organización en asuntos de población. Como producto de este informe, el Consejo Directivo aprobó la Resolución XIII en la cual se pidió al Director, entre otros aspectos, proponer a los Cuerpos Directivos en 1990 un plan de acción para reducir la mortalidad materna en las Américas. Esta resolución es la base política del plan que se presenta en este documento.

El nivel de mortalidad materna en los países de la Región de las Américas tiene variaciones sustanciales. Puede relacionarse con la calidad de los servicios, la disponibilidad de los recursos necesarios para su prevención y para el acceso de la mujer a un nivel de atención con una adecuada capacidad resolutive y está condicionado por las diferencias sociales y económicas de la población y de la mujer en particular.

El plan busca cambiar la situación para el año 2000 a través de:

- Una mejoría de la salud reproductiva de la madre, medida en términos de la reducción de la muerte materna en una proporción superior al 50%.
- Un aumento significativo de las coberturas de atención y de la calidad de la misma, a través de un compromiso y decisión política de favorecer el desarrollo de la infraestructura de servicios de salud, la vigilancia epidemiológica de la muerte materna y el aumento de la capacidad de los países para gerenciar y ejecutar los planes nacionales correspondientes.

Las estrategias de intervención estarán dirigidas a la promoción de las condiciones de salud de la mujer y a los aspectos instrumentales de capacitación, investigación, sistemas de información y mejoramiento de servicios. Específicamente se refieren a

la organización de los recursos, que deberá cerrar la brecha existente en los países, medida en términos de cobertura, calidad, acceso y equidad en la prestación de los servicios de salud materna.

La instrumentación de estas estrategias se hará a través de planes nacionales de reducción de la mortalidad materna con los siguientes componentes básicos: educación a través de los medios de comunicación masiva; planificación familiar con enfoque de riesgo reproductivo y acceso universal a los métodos de regulación de la fecundidad; mejoramiento del control prenatal y de la atención del parto y posparto; participación comunitaria y de los grupos de mujeres organizadas; participación de las sociedades científicas; investigación, orientada al desarrollo y evaluación de tecnologías; vigilancia epidemiológica de la muerte materna; y evaluación de los procesos, del costo y del impacto de las intervenciones.

Los planes nacionales de reducción de la mortalidad materna serán reforzados por actividades de cooperación subregionales y regionales y la participación internacional.

La coordinación de la cooperación técnica a los países será de la responsabilidad de la Oficina Sanitaria Panamericana a través de su Programa Regional de Salud Maternoinfantil.

Para el financiamiento del plan, deberá buscarse fondos nuevos de recursos nacionales e internacionales. Su monto se estima en US\$300 millones por año para los primeros cinco años de la ejecución del plan.

Se pide al Comité Ejecutivo que analice esta presentación de la situación de la salud reproductiva en la Región y los objetivos, metas y estrategias propuestas en este documento para orientar la respuesta de los Países Miembros y de la OPS. Además, se solicita al Comité que comente sobre sus líneas de acción, su financiamiento y su evaluación, a fin de que se pueda recomendar a la Conferencia Sanitaria Panamericana un plan concreto para reducir la mortalidad materna en la Región.

INDICE (cont.)

	<u>Página</u>
I. Introducción	1
II. La situación de la salud reproductiva de la mujer en la región	2
III. Objetivos y metas.	11
IV. Estrategias de intervención.	16
V. Líneas y políticas de acción	21
VI. Planes nacionales, subregionales y participación internacional.	25
VII. Financiamiento	30
VIII. Evaluación del plan.	32
IX. Bibliografía	35

ANEXOS:

- I. Apéndice estadístico
- II. Análisis de costos
- III. Descripción de modelos alternativos de atención y
comité de vigilancia de muerte materna

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

I. INTRODUCCION

La mujer durante su período reproductivo está expuesta a mayor riesgo de enfermar; especialmente cuando no existen condiciones sociales apropiadas, alimentación adecuada, cobertura universal y servicios de salud materna de buena calidad que le garanticen una maternidad segura. En poblaciones con fecundidad elevada estos riesgos se incrementan debido a que las mujeres comienzan su vida reproductiva a edades más tempranas, tienen un mayor número de embarazos, los continúan teniendo hasta edades muy avanzadas, algunos de ellos no deseados y recurren con frecuencia al aborto.

La muerte de una mujer por motivo de la maternidad debe ser entendida como expresión de la relativa desventaja que experimentan importantes sectores femeninos de la Región de las Américas en el logro de sus derechos fundamentales y de la maternidad deseada. Además, es el resultado terminal de un proceso específico de salud-enfermedad, que en ocasiones se inicia en la niñez y constituye una tragedia familiar y social.

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.

La mortalidad materna representa aún un problema social y de salud relevante en la América Latina y el Caribe. Las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio y el aborto figuran frecuentemente entre las primeras causas de defunción de las mujeres en edad fértil en los países de la Región.

Cualquier programa para reducir la mortalidad materna deberá inscribirse en un escenario socioeconómico marcado por una situación de profunda crisis financiera y agobiantes deudas externa y social. De allí que todas las propuestas para resolver los problemas sociales y de salud de la mujer, deben ser realistas, de manera que las soluciones alternativas que se propongan, incluyan el señalamiento de nuevas fuentes de recursos y las vías para una amplia participación social.

Por otra parte, la reducción y control de la morbilidad y la mortalidad materna no puede aislarse de la integralidad de la atención que deberán tener las mujeres y los niños. Deberá además constituirse en un factor que contribuya a la descentralización y al fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

En tal sentido las iniciativas de la Maternidad sin Riesgo y el desarrollo de los sistemas locales de salud se refuerzan mutuamente. Concilian objetivos programáticos complementarios que tienden a fortalecer la infraestructura de los servicios, haciendo posible una atención más humana y de mejor calidad de la salud de la mujer.

II. LA SITUACION DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER EN LA REGION

A. Mortalidad materna

Existen diferencias en calidad de la información recogida y en la capacidad y calidad del análisis y utilización de la información.

A esto se agrega la disponibilidad y accesibilidad de la información para su análisis y utilización; por ejemplo en la información enviada por los países para la publicación de Las condiciones de salud en las Américas (OPS 1990) de los 43 países y territorios que enviaron datos, 27 informaron sobre sus cifras de mortalidad infantil y sólo 19 lo hicieron respecto a la mortalidad materna (OPS/OMS, 1989).

El subregistro de muertes maternas, aún en países desarrollados se ha calculado hasta un 37% (Kooning 1988), llegando en otros de menor desarrollo a más del 70% (Laurenti, 1988, Illia, 1987, Walker, 1985, Siqueira, 1984). Producto del desconocimiento del total de las muertes maternas, de la asignación y codificación equivocada de la causa de la muerte y de su ocurrencia después de los 42 días del posparto.

A pesar de dicho subregistro, algunas de las cifras notificadas por los países de América Latina y el Caribe son de 6 a 120 veces mayores que las registradas en América del Norte (OPS-OMS, 1989). Además con diferencias en los países por ingreso, escolaridad, grado de urbanización, área geográfica y otras variables.

B. Descripción de la situación de la Región

Para 1990 la población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años de edad, en la Región de las Américas es de 186 millones; de estas mujeres en riesgo reproductivo un poco más de 15 millones habrán dado a luz un hijo vivo. Durante este episodio reproductivo, se calcula que más de 28.000 mujeres perderán la vida por aborto, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, toxemia, hemorragia e infección.¹ Si todas estas mujeres tuvieran condiciones de vida y de atención de su salud reproductiva similares a las del país con la menor tasa de mortalidad materna de la Región, se podrían evitar más de 27.400 de estas muertes (OPS-OMS, 1990 y Anexo I).

¹ Ajustando el número de muertes maternas registradas con base en el Subregistro general de muertes y a estimaciones hechas en las investigaciones de mortalidad materna de algunos países de la Región (Ver Anexo III).

La inequidad de las condiciones sociales de la mujer latinoamericana y del Caribe, agravada por el efecto del crecimiento demográfico, la urbanización acelerada, la pobreza urbana y rural, las condiciones de empleo de la mujer, su baja escolaridad, la aún insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud y el alto nivel y la estructura de la mortalidad materna y sus relaciones con la cobertura del parto y la prevalencia de anticoncepción, son factores todos que condicionan y determinan una pérdida anual estimada de más de 1,0 millón de años potenciales de vida¹ social y afectiva útil de las mujeres de la Región (OPS 1990 y Anexo I).

1. Aspectos demográficos

Para 1990 la población estimada para la Región superará los 725 millones. De estos, 449 millones habitarán los países de América Latina y el Caribe. El crecimiento global de la población de la Región durante el quinquenio 1985-1990, ha sido estimado en 2% con diferencias subregionales: 2,8% para América Latina, 2% para el Caribe y 0,8% para América del Norte (CELADE-OPS, 1989), determinando períodos de duplicación de la población cada 25, 35 y 87 años respectivamente, hecho que debe ser tomado en cuenta al planificar las acciones que en este plan se proponen.

Este crecimiento se ha dado con un proceso acelerado de urbanización, que ha ubicado el 72% de la población de la Región en las áreas urbanas y para el año 2000 esta proporción alcanzará un 75%. Se estima que 93 millones de latinoamericanos de las áreas urbanas están en condiciones de pobreza. En algunos países más del 50% de la población está afectada, coexistiendo con una situación de desocupación abierta urbana del 11% a la que se agrega 19% más de población en estado de subempleo (CELADE-OPS, 1990).

De la población rural, estimada en 200 millones de personas (CEPAL-OPS, 1990), un 70% vive en condiciones de pobreza y un 40% del total en indigencia.

En términos de servicios de salud el crecimiento anormal urbano, sin una solución previa de las necesidades de la población rural, ha determinado que 130 millones de personas en América Latina y el Caribe no tengan acceso regular a los servicios primarios de salud (Macedo 1988).

2. La fecundidad

En el período de 1950 a 1990 se ha producido un descenso de la fecundidad en todas las subregiones, aunque a un ritmo variable según los países (CELADE-OPS, 1989). Este descenso trae consigo un rejuvenecimiento de la población y a un aporte mayor a la fecundidad del grupo de mujeres de 20 a 29 años; lo cual tiene implicancias por el menor riesgo a

¹ Utilizando el promedio de años potenciales de vidas perdidas calculado con base en los datos del Cuadro 3 del anexo estadístico).

salud que esto ocasiona. Debido a los contingentes mayores de poblaciones jóvenes en América Latina, el número de nacimientos pasó de 7,3 millones a 12,1 millones en el mismo período. Para la próxima década se espera que el número absoluto de nacimientos sea prácticamente constante o aún disminuya, registrándose una cifra probable de 12,6 millones.

3. La fecundidad de la adolescente

Este fenómeno de especial interés para la sociedad actual, ocurre con grandes variaciones en los países de América Latina y el Caribe. Se han observado diferencias en la tasa específica de fecundidad que oscila entre 10 por mil mujeres de 15 a 19 años en Uruguay, hasta 133 por mil en Guatemala. Los países con tasas elevadas de fecundidad, también exhiben tasas altas para el adolescente. En los últimos años se ha registrado un aumento de la fecundidad en el adolescente de 15 a 19 años de edad en algunos países de la Región; siendo muy marcado en Argentina, Cuba y Chile, países de fecundidad baja. En los países de fecundidad media baja* y media alta** se han registrado descensos en el período comprendido entre 1950-1980, pero aún conservan tasas superiores a 100 por mil, con excepción de los ascensos en la década de los 80 en Brasil, Panamá y República Dominicana registrados por estudios recientes (CELADE, 1989).

El fenómeno en el Caribe es igualmente preocupante, pues las tasas también son altas y están contribuyendo con 22 al 27% del total de nacimientos.***

4. Aborto

Se estima para América latina una tasa de 65 abortos por mil mujeres en edad fértil, siendo ésta aún mayor en las zonas urbanas (Henshaw 1987) lo cual supondría una proporción de un aborto por cada 2 ó 3 partos para la subregión. Este fenómeno, junto con su ilegalidad, está probablemente contribuyendo con las altas tasas de muerte materna, de 26 por mil mujeres de 15 a 44 años en Chile y Cuba hasta 120 a 164 por mil en Honduras, Paraguay y Perú (CELADE, 1990).

5. Planificación familiar

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la Región es alto. Más del 90% de las mujeres de 15 a 44 años de la Región conocen al menos un método anticonceptivo, según la última información disponible. La prevalencia de uso varía desde 71% en Costa Rica y 65% en Puerto Rico, similar al de 68 a 73 los Estados Unidos de América y Canadá, seguidos por Brasil y Colombia, 66 y 65%, México, Panamá, República Dominicana,

* Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, República Dominicana y Venezuela

** El Salvador, Haití, Paraguay, Perú

*** Comunicación personal de la Oficina del CPC en Barbados

Venezuela, Jamaica, Martinica y Trinidad y Tabago con 23% a 57% hasta Haití con sólo 7% (CELADE, 1989). Se desconoce la prevalencia en Argentina, Chile, Cuba y Uruguay; se supone que su uso puede ser elevado por los bajos niveles de fecundidad de estos países.

Otro aspecto es la demanda aún no satisfecha, que es alta en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe entre 21% en México (ENFS-87) y 68% en Guatemala (ENSMI-87); ésta se mide por la proporción de mujeres que declararon en el momento de las encuestas que no desean otro hijo o desean espaciar los nacimientos y no usan anticonceptivos.

Cualquier esfuerzo por reducir la mortalidad materna, deberá considerar en forma muy importante el cubrir la demanda no satisfecha de servicios de regulación de la fecundidad.

6. Servicios de salud

A pesar de los avances observados, la cobertura y calidad de los servicios de atención prenatal y del parto y la prevalencia de anti-concepción para un número grande de países aún es inadecuado (Cuadro 1 del Anexo I--Apéndice Estadístico).

En cuatro países las coberturas conocidas de atención prenatal no superan el 50%; en ocho países éstas se ubican entre 50 y 90%; sólo en 4 países de la Región son mayores de 90% (Cuadro 1). De manera similar en siete países menos del 50% de las embarazadas reciben atención institucional del parto; los cuatro países con el 60% del total de la población en la subregión tienen una cobertura institucional del parto que varía entre 70 y 90%, y en ocho países de América Latina y del Caribe la cobertura es mayor del 95% (Cuadro 1).

La evaluación de las condiciones de eficiencia de los servicios de atención maternoinfantil realizada en 1985-1989 en quince países de la Región mostró que los servicios de atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria eran deficientes, observándose que sólo el 39% y el 8% respectivamente estaban en condiciones aceptables (OPS/OMS-HPM, 1989).

Estas condicionantes sociales laborales, educativas y de servicio están determinando cifras de mortalidad materna, que aún con el sub-registro reconocido son de 6 hasta 120 veces mayores que las del Canadá (Cuadro 1) y, además, está determinado que el riesgo de muerte por causas maternas durante toda la vida de la mujer sea de 1:73 para América del Sur; de 1:140 para el Caribe; comparado con 1:6366 para los Estados Unidos de América y el Canadá, y de 1:9850 para Europa del Norte (Rochat 1987).

C. Situación de la salud materna en los países de la Región

El nivel de mortalidad materna en los países de la Región de las Américas tiene variaciones sustanciales. Puede relacionarse con la calidad de los servicios, la disponibilidad de los recursos necesarios para su prevención como la disponibilidad de sangre y el acceso a un nivel de atención con adecuada capacidad resolutive.

Tabla A

INDICE DE NECESIDADES DE SALUD Y MORTALIDAD MATERNA EN PAISES
SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS¹

Indice de necesidades de salud ²	MORTALIDAD MATERNA (tasa por 100,000 nacidos vivos)			
	Baja	Media	Alta	Muy alta
	(Menos de 20)	(20-49)	(50-149)	(150 ó más)
Bajo (2.79 a 1.29)	Canadá (4.0) EE.UU. (9.8)	Cuba (26) ³		
Medio (0.83 a 0.5)		Bahamas (21) Chile (48) Costa Rica (26) Panamá (49) Uruguay (26)	Argentina (69) Suriname (88) Trinidad y Tabago (80)	
Alto (-0.09 a 0.83)			Brasil (140) Colombia (100) Guyana (80) Jamaica (115) México (82) Venezuela (60)	Ecuador (160) Perú (303)
Muy alto (-0.90 a 1.99)			El Salvador (148) Guatemala (104) Honduras (117) Nicaragua (73) Rep. Dominicana (100)	Bolivia (480) Haití (230) Paraguay (270)

- 1) Excluye algunos países y territorios del Caribe Oriental, Anguila, Antigua, Dominica, Granada, Monserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente, British Virgin Islands, que no informan muertes maternas o informan cifras pequeñas, del orden de la unidad por tanto no se incluyen en el cuadro.
- 2) OPS-OMS, Los Servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos. Cuaderno Técnico No. 14, 1988 Washington, D.C. (ver Cuadro 9 en Anexo I).
- 3) Cuba se incluye en este cuadro bajo el supuesto que su índice de necesidades de salud sea bajo.

El aborto como causa de muerte materna, constituye la primera causa de muerte en cinco países de los 25 analizados y la segunda en ocho más (Cuadro 2).*

La toxemia ocupa el primer lugar como causa de muerte en tres países y la segunda en siete más,** la hemorragia ocupa el primer lugar en cinco países y el segundo en uno más,*** indicando deficiencias importantes en cobertura y calidad de los servicios (Cuadro 2).

La operación cesárea, cuando supera cierto límite, se transforma en un problema adicional.****

Con base en los diferentes niveles de mortalidad materna registrados y al índice de necesidades de salud, propuesto por el programa de Desarrollo de Servicios de Salud de OPS en 1988, se agruparon los países por categorías (Tabla A). Posibilitando la identificación de cuatro escenarios donde deberá aplicarse el plan de reducción de la mortalidad materna cada grupo de países fue caracterizado mediante variables demográficas o indicadores socioeconómicos de servicios de salud y estructura de la mortalidad materna.¹

* La primera causa de muerte materna en Argentina, Chile, Jamaica, Trinidad y Tabago y Uruguay; la segunda causa en Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, Panamá Guyana y Venezuela.

** Primer lugar en Brasil, Costa Rica y Venezuela; segundo lugar en Canadá, Colombia, Ecuador, Jamaica, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago.

*** Primer lugar en Paraguay, Perú, Suriname y Guyana y el segundo en México.

**** Más de la mitad de los 176 hospitales en un estudio colaborativo del Centro de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) que abarcó 16 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela), durante el período 1981-1985, exhibieron una proporción de cesáreas entre 17 y 29,4%.

1) Los datos utilizados fueron tomados fundamentalmente de los documentos enviados por los países durante 1989 para la publicación "Las condiciones de salud en las Américas"; para los datos faltantes se utilizaron otras fuentes de información (ver bibliografía).

Este índice fue preparado en OPS, utilizando indicadores de cinco categorías socioeconómicas y de salud (cinco indicadores demográficos, cuatro indicadores del estado de salud, cuatro indicadores de los recursos de los servicios de salud y tres indicadores económicos y de gasto en salud). El índice ha sido utilizado para hacer una comparación entre grupos de países y no por su valor absoluto per se.

1. El primer grupo está conformado por 10 países: Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú.

Estos países se caracterizan por tener índices de necesidades de salud altos o muy altos, y tasas de mortalidad materna registrados, altas o muy altas, que superan ampliamente las 100 muertes por 100.000 nacidos vivos, salvo en un país, Nicaragua, donde el subregistro pudiera ser mayor.

La población de estos 10 países estimada en 81,6 millones de habitantes para 1990, corresponde al 11% de la población total de la Región. Los 18 millones de mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años, de estos países darán a luz 2,7 millones de hijos vivos, 18% del total de la Región, como resultado de las tasas de fecundidad global que varían entre 3,7 y 6,1 hijos por mujer. El nivel de urbanización es muy variable, estimándose la población urbana entre 30 y 68% con una concentración en las capitales y las grandes ciudades y una gran dispersión en las áreas rurales.

Los 10 países de este grupo concentran la mayor proporción de población en condiciones de pobreza, con cifras que oscilan entre un 50 y 80% del total de sus habitantes. El producto nacional bruto por habitante en 1987 varió en ellos entre US\$360 y \$1.285 (Banco Mundial, 1989).

El porcentaje del producto bruto interno (PBI) destinado a salud para 1987 fue menor del 3% en todos los países.

Las coberturas de servicio son bajas: las de atención institucional del parto oscila entre 22 y 41%, mientras que la prevalencia de anticoncepción se ubica entre 5 y 46% de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años. La concentración de atención prenatal también es baja, de 1,2 a 2,0 consultas por nacido vivo, y el porcentaje de cesáreas fluctúa entre 9,5 y 11,8% del total de partos. En suma, los escasos recursos existentes y la baja cobertura están influyendo en gran medida en las altas cifras de mortalidad materna y en su estructura por causas.

Las tasas de mortalidad materna en estos 10 países fluctúan entre 73 y 480 muertes por 100.000 nacidos vivos (Cuadro 1). Las causas de muerte materna predominantes son: la hemorragia, el aborto y la toxemia, apareciendo después las complicaciones del puerperio y la sepsis.

2. El segundo grupo de países está integrado por el Brasil, Colombia, Jamaica, Guyana, México y Venezuela. Se caracterizan estos países por altas tasas de mortalidad materna y un alto índice de necesidades de salud. Totalizan una población estimada para 1990 superior a los 295,2 millones de habitantes--39,5% de la población total de las Américas.

Las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de estos países se calculan en 68,9 millones para 1990. Las tasas globales de fecundidad se ubican alrededor de 3,4 hijos por mujer. Para 1990 el número de nacimientos se estima en 7,5 millones, 50% de los nacimientos de la Región. La población urbana estimada para 1990 es del 77% y para el año 2000, del 80% (N.U., 1989).

El PNB por habitante en 1987 osciló entre US\$940 en Jamaica y US\$3.230 en Venezuela (Banco Mundial, 1989); entre 20 y 50% de la población de estos países se ubica bajo el nivel de pobreza. El porcentaje del PIB gastado en salud está por debajo del 3% (OPS-OMS, 1990).

La cobertura de atención prenatal fluctúa entre 95 y 33%, la atención institucional del parto oscila entre 38 y 98% y la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años se ubica entre 38 y 66%. El número de consultas prenatales por parto se registró entre 2,3 y 2,9 (OPS, 1990).

La mortalidad materna es alta; sus tasas oscilan entre 60 y 140 por 100.000 nacidos vivos.

Como causas actuales de mortalidad materna, aparecen la toxemia, la hemorragia, las complicaciones del puerperio y el aborto. Esta estructura se relaciona con la cobertura de atención prenatal que es deficiente tanto en cantidad como en calidad, y se refleja en el alto número de toxemias. A pesar que dos tercios de las gestantes se atienden en instituciones, la contribución significativa a la elevada mortalidad materna de la hemorragia del embarazo, parto o puerperio, puede estar señalando la debilidad de los servicios del primer nivel de referencia para atender las complicaciones del embarazo y parto y la carencia de sangre a nivel institucional.

El aborto como causa de muerte materna no está cuantificado plenamente por la influencia de circunstancias de tipo legal y punitivo en la mayoría de estos países. El subregistro es amplio y se supone que su tasa debe ser muy alta. La práctica ilegal del mismo en condiciones no quirúrgicas contribuye a aumentar las muertes por infección y hemorragia.

La presencia de complicaciones puerperales dentro de las cinco primeras causas de muerte materna indicaría, entre otras cosas, carencias o dificultades para la atención en los servicios institucionales en condiciones de asepsia.

3. El tercer grupo está integrado por nueve países: Argentina, Bahamas, Costa Rica, Cuba, Chile, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay. Entran estos países en este grupo por tener una mortalidad materna alta o media y un índice de necesidades de salud medio bajo. La mayoría de ellos están ubicados cerca a los límites inferiores de las diferentes categorías.

Para estos países se estima una población de 66,6 millones en 1990, 9,2% del total de la Región: las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (25% del total de la población) serán 16,6 millones en 1990, 17,7 millones en 1995 y 18,8 millones en el año 2000 (N.U., 1989).

La tasa global de fecundidad varía entre 2,4 y 3,2 hijos por mujer (OPS-OMS, 1990); los nacimientos se estiman en 1,5 millones, 12,5% del total regional para 1990. La población está concentrada en el área urbana, con cifras que llegan en algunos países al 82%.

Estos países presentan una proporción de población bajo el nivel de pobreza del 17 al 45%. El PNB por habitante en 1987 varió de US\$1.310 en Chile a US\$4.210 en Trinidad y Tabago (Banco Mundial, 1989). Estos países destinan entre 3,1% y un 11% de su PBI a salud.

Los recursos de salud disponibles por estos países se aproximan más a los niveles considerados aceptables.

Las coberturas de atención prenatal son elevadas, 89 a 98%, al igual la atención del parto institucional, que oscila entre 70 y 99,8%.

La prevalencia de anticoncepción para los países que informaron varía entre 43 y 72% para mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años, (OPS-OMS, 1990).

En las tasas de mortalidad materna registrada en cuatro países, la primera causa de muerte fue el aborto (Argentina, Chile, Trinidad y Tabago y Uruguay). La toxemia y la hemorragia continúan contribuyendo en forma significativa en todos los países, indicando la necesidad de una mejoría en la calidad de la atención prenatal y del parto.

4. El cuarto grupo de países está constituido por los Estados Unidos de América y el Canadá, con las tasas más bajas de muerte materna y el menor índice de necesidades de salud.

Estos dos países concentran 275,8 millones de personas, el 38% del total de la población de la Región (CELADE, 1989). Para 1990 se estiman 26,3% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, un total de 72,6 millones (CELADE, 1989). Un 74,3% de esta población vive en áreas urbanas. El número de nacimientos estimados para 1990 será un poco más de 3,3 millones. Las tasas globales de fecundidad para 1990 fueron estimadas en 1,7 para el Canadá y 1,9 para los Estados Unidos de América (Banco Mundial, 1989).

El producto nacional bruto por habitante en 1987 fue de US\$15.160 para el Canadá y de US\$18.530 para los Estados Unidos de América (Banco Mundial, 1989). Los gobiernos centrales de estos dos países destinaron a la salud en el mismo año, 1,5% del PBI en el Canadá, equivalente a US\$227 por habitante, y 2,9% del PBI en los Estados Unidos de América, US\$537 por habitante (estimaciones hechas con base en datos del Banco Mundial, 1989).

El porcentaje de la población bajo el nivel de pobreza es de 17% en los Estados Unidos de América. En el Canadá, 83% de la población tiene más de nueve años de escolaridad (OPS-OMS, 1990).

El Canadá tiene un sistema de cobertura universal con acceso a toda la población. En los Estados Unidos de América esto también es válido, pero existe una capacidad desigual de acceso y compra de servicios de salud especialmente para la población bajo el nivel de pobreza y no cubierta por los seguros de salud.* En los Estados Unidos de América en los últimos años se ha implantado una red de centros de atención del parto de bajo riesgo que, si bien no cubre un porcentaje elevado de partos, podría ser un mecanismo para disminuir la morbilidad durante el período perinatal por exceso de intervenciones y aumentar la atención para las poblaciones no protegidas y de mayor riesgo (Rooks, 1989).

La tasa de mortalidad materna del Canadá, 4 por 100.000 nacidos vivos, es la más baja de la Región y una de las más bajas del mundo, tiene una estructura de causas de muerte donde predomina la toxemia, las causas indirectas y las complicaciones del puerperio. La tasa de mortalidad materna en los Estados Unidos de América fue de 9,6 por 100.000 nacidos vivos (U.N. 1989), la segunda más baja de la Región. Las causas principales fueron las complicaciones del puerperio, el aborto y causas indirectas.

El acceso limitado a los servicios de una proporción de la población de mayor riesgo y de menor ingreso, el costo de atención y un exceso de intervención (medido por el porcentaje de cesáreas) podrían explicar las diferencias en la mortalidad materna entre los Estados Unidos de América y el Canadá.

III. OBJETIVOS Y METAS

El cambio de la situación de salud de la mujer y la mejoría de su salud reproductiva¹ están condicionados por las acciones sectoriales e intersectoriales de promoción y desarrollo de la población femenina y por aquellas medidas relativas al incremento de la cobertura y de la calidad de la atención.

* Según estimaciones, existen 37 millones de personas (9,7 millones mujeres en edad fértil), sin cobertura de seguro de salud o de programas del Gobierno, pero con acceso teórico a servicios de salud (Wesbury 1990).

- 1) Para que exista una salud reproductiva adecuada se deben dar las siguientes circunstancias: que las personas puedan planificar o regular su fecundidad, que las parejas puedan tener relaciones sexuales sin el temor a un embarazo no deseado o a contraer una enfermedad, que las mujeres tengan embarazos y partos de bajo riesgo y que los resultados sean favorables en términos de supervivencia y bienestar de la madre y el niño (adaptado de Fathalla, 1988).

Las dos áreas de acción de este plan (sectorial e intersectorial) implican para los países un compromiso político explícito en términos de legislación, políticas instrumentadas y programas de acción. A nivel internacional requieren de una concertación de todos los gobiernos para apoyar e implementar medidas convergentes y reflejar programática y financieramente la prioridad asignada a la salud de la mujer.

Todo esto justifica un esfuerzo para obtener una proporción mayor del gasto público para salud, asignando al problema de la muerte materna la máxima prioridad.

A. Objetivos

Se plantea como objetivos de cambio de la situación para 1995 y para el año 2000 los siguientes:

- Mejorar las condiciones de salud de la mujer en la Región, a través del incremento de la cobertura y de la calidad de los servicios de salud reproductiva con el fin de reducir las tasas actuales de mortalidad materna en un 50% o más para el año 2000.
- Aumentar la capacidad y la calidad de la atención institucional del parto, mediante el reforzamiento del primer nivel de referencia, el incremento del rendimiento del recurso cama instalado y la habilitación de casas de parto de bajo riesgo.¹
- Incrementar el conocimiento y la participación social para una maternidad sin riesgo y movilizar a la comunidad para la identificación de las embarazadas y para lograr su atención oportuna y adecuada.
- Establecer un sistema regional de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas.
- Incrementar la capacidad de los países para el diseño, operación y evaluación de sus programas de reducción de la muerte materna.
- Mejorar la atención del parto domiciliario mediante la educación permanente de las parteras tradicionales y de otro personal que accidentalmente lo atiende.

1) Se considera parto institucional el atendido en hospitales y en esta establecimientos de baja complejidad atendidos por personal de enfermería y con la participación de la comunidad, que en este plan se denomina "casas de parto" (Anexo II).

B. Metas

De acuerdo con la situación general de salud de la población femenina y con los niveles de mortalidad materna de los cuatro grupos de países, se han elaborado metas diferentes para cada uno.

1. Metas de reducción de las tasas de mortalidad materna para 1995 y el año 2000

- a) Para los grupos 1, 2 y 3¹ se proponen metas de reducción de 30% para 1995 y de 50% para el año 2000.
- b) Para el grupo 4² las metas son de 40% en 1995 y 60% para el año 2000.

Estas metas son porcentajes acumulados para los 10 años del período; corresponden a reducciones calculadas sobre las cifras declaradas y corregidas por subregistro.

Para el cuarto grupo, la meta que se propone para los Estados Unidos de América se basa en la hipótesis de una reducción de su tasa actual de 9,6 a 4 por 100.000 nacidos vivos en el año 2000, nivel de la cifra actual del Canadá.

-
- ¹ 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 Tabago y Uruguay
 - ² Grupo 4: Canadá y los Estados Unidos de América

2. Metas de servicios

Grupo de Países	Cobertura prenatal (%)		Número de controles por prenatal ¹		Cobertura institucional del parto ²		Prevalencia de uso de anticonceptivos ³		Cobertura del puerperio (%)		Condiciones de eficiencia de servicios de Salud Maternoinfantil ⁴		
	Año	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Primero		75	85	3	5	55	60	40	50	30	40	60	70
Segundo		80	90	4	5	80	90	65	70	40	50	60	70
Tercero		100	100	5	5	Mantener 100		70	70 ⁶ 50	50	70	70	85
Cuarto ⁵		100	100	5	5	Mantener 100		Mantener 70	72	-	-	-	-

1/ Número de controles prenatales considerados como el mínimo eficiente.

2/ Se entiende por parto institucional cualquier parto atendido en hospitales y en centros especiales de maternidad, como los casas de parto de bajo riesgo. Se promoverá el parto natural y el no sobrepasar 15% del total de partos terminados por operación cesárea.

3/ Prevalencia de uso en mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años.

4/ Porcentaje de servicios en condiciones de eficiencia para la atención materna, con un nivel aceptable (mayor que el 80%).

5/ Aumentar los niveles de cobertura y concentración de la atención prenatal en los grupos más desposeídos de la población.

6/ Caribe Inglés, Costa Rica, Chile y Panamá

7/ Argentina, Cuba y Uruguay

3. Metas de infraestructura

Las metas de reforzamiento de la infraestructura se han formulado en forma conjunta para los tres primeros grupos de países y para el primer quinquenio del plan:

- Reforzamiento del primer nivel de referencia¹

Para 1995 se habrán equipado 1.338 consultorios para atención ambulatoria, 1.391 hogares para embarazadas de alto riesgo, 1.362 hospitales y 197 casas de parto.

- Rendimiento de recursos cama²

Para 1995 el porcentaje ocupacional de las camas obstétricas de los hospitales menores de 50 camas deberá alcanzar el 60% y las camas obstétricas de hospitales mayores deberá elevarse al 80%.

- Capacitación de recursos humanos³

Para 1995 se habrán capacitado 4.904 médicos, 4.884 enfermeras o auxiliares de enfermería y 36.200 parteras tradicionales.

- Vigilancia epidemiológica (instituciones informando)⁴

Para 1995 el 60% de las instituciones que atienden partos estarán notificando mensualmente a las autoridades de salud correspondientes las muertes maternas ocurridas durante el período.

En 1995, 25 países de la Región estarán notificando semestralmente a la OPS las muertes maternas ocurridas durante el período.

1) En 1984 existían 6.056 hospitales en América Latina y el Caribe, (OPS-OMS, 1988, Cuaderno Técnico No. 14, pág. 99, Cuadro 2-39). Se estima un 90% (5.450) que atienden partos de estos, un 25% (1.362) serían reforzados en los primeros cinco años del plan (Ver anexos I y II).

2) El porcentaje ocupacional de los hospitales de menos de 50 camas se estima entre 40 y 50% y el de los hospitales mayores por encima de 70%. Esta meta se propone únicamente para los países de los grupos 1 y 2.

3) La meta de capacitación para médicos y personal de enfermería abarca los países de los grupos 1, 2 y 3; la de capacitación de parteras tradicionales está propuesta para los grupos 1 y 2.

4) Estas metas se refieren a los países de los grupos 1, 2 y 3.

IV. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las estrategias de intervención propuestas se han agrupado en "generales" y "específicas", cubriendo ámbitos intersectoriales o sectoriales.

A. Estrategias generales

1. Para la promoción de las condiciones de salud de la mujer

- Actualizar la legislación existente de protección de la salud de la mujer y la familia para hacer explícito el derecho de la mujer a la atención de su salud y a la protección de su salud reproductiva. Ello incluye la oportunidad, la cobertura, los costos y la accesibilidad de la atención.
- Desarrollar programas de salud integral de la mujer en los ámbitos institucional y comunitario que incluyan educación para la salud sexual.
- Revisar la legislación nacional sobre aborto para facilitar su atención con un contenido preventivo y la atención gratuita y oportuna de sus complicaciones.
- Reforzar y mejorar los conocimientos y acciones de la comunidad y de los grupos organizados de mujeres para promover las mejores condiciones de salud de la mujer.
- Utilizar los medios de comunicación social, de grupo o intersectorial para promover los programas de salud de la mujer y fomentar una mayor y mejor utilización de los servicios de salud.
- Desarrollar los programas de alimentación complementaria para las gestantes con problemas nutricionales.
- Desarrollar programas integrales de regulación de la fecundidad con acceso irrestricto a todos los usuarios (hombres y mujeres) que lo deseen, respetando la decisión informada de los mismos, ofreciendo todos los métodos cuya eficacia e inocuidad estén debidamente comprobadas.
- Incluir en los programas de salud del adolescente el desarrollo de acciones de educación para la salud sexual.
- Prevenir los embarazos no deseados e instruir a las portadoras de ciertas enfermedades que se agravan por el embarazo sobre los riesgos que generan en esas condiciones.

- Promover el reconocimiento en los prestadores de servicios de salud sobre la importancia de las acciones de fomento y prevención dentro de los programas de atención integral de la mujer.
- Instaurar y mantener en operación los comités de mortalidad materna a nivel nacional, regional y local.

2. De capacitación

- Elaborar o mantener actualizadas las normas existentes para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y para la regulación de la fecundidad, según una clasificación apropiada del riesgo.
- Formar y capacitar al personal de los servicios de salud y de la comunidad en salud de la mujer y en salud materna, asegurando el desarrollo de programas de educación continua, conjuntamente con las universidades, sociedades científicas y otras instituciones formadoras de personal de salud.

3. Para la investigación en mortalidad materna

- Apoyar investigaciones sobre mortalidad materna con base poblacional dirigidas al mejoramiento del registro de datos y al conocimiento y utilización de la información; al estudio epidemiológico de las causas médicas y sociales y a la investigación de servicios de salud, incluyendo la percepción de la comunidad. Para este efecto, se facilitará la participación de las instituciones, las sociedades científicas, los centros de investigación y los propios trabajadores de los servicios de salud.

4. Para mejorar los sistemas de información

- Asegurar la existencia de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica sobre muertes de mujeres en edad fértil para que proporcione información suficiente en cantidad y calidad que permita conocer la magnitud del problema, la estructura de sus causas y las determinantes sociales de la mortalidad materna.
- Mejorar el sistema de registro y de información de todas las acciones de salud relativas al embarazo, el parto, el puerperio y la planificación familiar, mediante la extensión del registro, la recopilación y la utilización de la información a los niveles periféricos y a la propia comunidad.

B. Estrategias específicas para el mejoramiento de los servicios

1. Estrategias comunes para los tres primeros grupos de países

- Promover en el personal de salud la atención humanizada de la mujer.
- Establecer alternativas para eliminar las barreras económicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud, adecuando la organización y funcionamiento de los servicios conforme a la realidad local y a las necesidades de los usuarios.
- Reorganizar los servicios de atención materna con base en la cobertura universal, el enfoque de riesgo, el reforzamiento del sistema de referencia y la contrarreferencia y el transporte para asegurar la atención continua, completa y oportuna, dando prioridad al embarazo de alto riesgo.
- Mejorar las condiciones de eficiencia operativa de los servicios de atención materna, reforzando la capacidad resolutive del primer nivel de referencia.
- Reforzar la infraestructura física, el equipamiento y la dotación de suministros y medicamentos de los servicios de salud materna, y asegurar el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos e instalaciones.
- Aumentar la cobertura, concentración y calidad de la atención prenatal, poniendo énfasis en la captación de gestantes del área rural y urbano-marginal.
- Desarrollar una red de hogares para gestantes de alto riesgo con cobertura nacional¹.
- Garantizar el acceso y seguimiento de los usuarios de planificación familiar.
- Brindar atención integral para la prevención del aborto, garantizando la atención médico-quirúrgica para los casos de aborto incompleto.
- Mantener un porcentaje de cesáreas inferior al 15% del total de parto.

1) Instituciones de baja complejidad, ubicada cerca a los hospitales del primer nivel de referencia, que albergan embarazadas de alto riesgo en la(s) semana(s) previa(s) al parto, administradas por personal auxiliar y la comunidad.

- Garantizar el seguimiento del puerperio, buscando disminuir las complicaciones y consecuentemente la muerte durante este período.
- Poner en marcha y/o reforzar redes nacionales o regionales de bancos de sangre institucionales y comunitarios¹ en coordinación con los programas nacionales de prevención y control de SIDA.
- Integrar en el Sistema de Salud a las parteras tradicionales, en los países que utilizan este personal, mediante un sistema de educación permanente para complementar sus conocimientos y garantizar la atención del embarazo y del parto domiciliario en condiciones adecuadas.
- Promover el reconocimiento en los prestadores de servicios de salud sobre la importancia de las acciones de fomento y prevención dentro de los programas de atención integral de la mujer.
- Instaurar y mantener en operación los comités de mortalidad materna a nivel nacional, regional y local.

2. Relativas a los países del primer grupo

- Apoyar el desarrollo de los grupos de embarazadas de alto riesgo con una activa participación comunitaria.
- Aumentar la cobertura institucional del parto² según enfoque de riesgo, aprovechando la capacidad subutilizada, reforzando el primer nivel de referencia e implantando el alta precoz.
- Aumentar la cobertura institucional del parto mediante la utilización de casas de parto para la atención del parto de bajo riesgo.³

-
- 1) "Banco de sangre comunitario" se refiere a los "walk-in banks" de la OMS, donde no se utilizan depósito de sangre y se basa en donantes reconocidos de la comunidad.
 - 2) "Parto institucional" se define como aquel que se atiende en hospitales y casas de parto.
 - 3) "Casa comunitaria de parto" es una institución que atiende los partos de bajo riesgo, bajo la responsabilidad directa de una auxiliar de enfermería secundada por parteras tradicionales, con supervisión médica continua y el acceso garantizado al primer nivel de referencia (ver Anexo II).

- Coordinar acciones preventivas y promocionales con los programas de control de vectores y captar precozmente a las embarazadas que viven en áreas endémicas.
- Realizar un esfuerzo especial para mejorar la prestación de servicios y cobertura de actividades de planificación familiar.

3. Relativas a los países del segundo grupo

- Aumentar la captación precoz y buscar activamente a las embarazadas mediante la participación de la comunidad, y dar cabida a la atención institucional de un número mayor de embarazos de bajo riesgo.
- Aumentar los recursos para proporcionar un mínimo de cinco consultas prenatales.

4. Relativas a los países del tercer grupo

- Perfeccionar la estrategia del enfoque de riesgo para la atención del período prenatal del parto y del puerperio.
- Mejorar la calidad de los servicios para la atención del embarazo, del parto y del puerperio normales, así como de las enfermedades intercurrentes.
- Aumentar la cobertura de la atención a los grupos desprotegidos y de alto riesgo.
- Racionalizar el uso de tecnologías.
- Incluir en los programas de salud materna las atenciones de protección psicológica.

5. Relativa a los países del cuarto grupo

- Mejorar la atención prenatal y la atención natural y conservadora del parto.
- Reducir el porcentaje de operación cesárea a niveles inferiores al 15% del total de partos.
- Aumentar los centros de atención del parto en las áreas deprimidas de las grandes ciudades para la atención de la población no cubierta por los sistemas de seguridad social.

V. LINEAS Y POLITICAS DE ACCION

El plan regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas es un compromiso compartido entre los Países Miembros y OPS. Este demanda recursos adicionales. Para llevarlo a cabo, los países deberán desarrollar las siguientes líneas y políticas de acción, entendidas como conjuntos de estrategias para viabilizar el plan.

A. Mobilización de recursos

El cumplimiento de las estrategias de acción propuestas en el presente documento requieren de un enfoque intersectorial. Por lo tanto, además del mejoramiento de las condiciones de vida de la población femenina, se debe efectuar un esfuerzo más amplio, de corto a mediano plazo, para impulsar las acciones de ampliación de la infraestructura, de dotación de equipos, de insumos, de medicamentos y de anticonceptivos, a fin de estar en condiciones de enfrentar las mayores demandas de salud.

Los gobiernos deberán canalizar mayores recursos económicos del país y de la cooperación internacional hacia los sectores sociales, de la economía y, fundamentalmente, para salud y educación.

B. Participación social y movilización popular

El propósito de esta línea de acción es propender a la concertación nacional en torno a la mujer, formando una gran alianza en favor de la vida y del bienestar de la mujer en su función reproductiva, particularmente de las más pobres.

La actitud de la mujer latinoamericana y del Caribe ha venido cambiando positivamente en los últimos años, reclamando cada vez más un papel protagónico en el cuidado de su salud y de su propia familia. De allí que un componente de la acción será estimular el autocuidado en la salud femenina y abrir un amplio espacio para la participación de la población en las decisiones relativas a la salud.

Esta participación deberá incluir asimismo el estímulo y la actitud receptiva de los servicios para los reclamos o críticas de parte de las usuarias.

Todas las organizaciones sociales, los medios de comunicación, los partidos políticos, los sindicatos, los gobiernos locales, las instituciones científicas y académicas, los colegios profesionales, las organizaciones no gubernamentales, los sectores de la producción y las entidades religiosas deben comprometerse en una gran cruzada nacional para mejorar las condiciones de vida de las mujeres.

Esta concertación nacional en favor de las mujeres debe buscar fundamentalmente vincular al sector institucional con las justas

expectativas de reivindicación social de los sectores populares, reconociendo que la salud es un derecho social universal.

En América Latina y el Caribe existe tradición solidaria que es necesario integrar y desarrollar a través de las organizaciones de base. Dentro de ellas destacan los grupos organizados de mujeres y las organizaciones de las comunidades urbano-marginales y campesinas.

C. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud

En el contexto del proceso de descentralización iniciado por muchos países de América Latina y el Caribe, los sistemas locales de salud son identificados como una estrategia operativa para la puesta en práctica de políticas y programas en un área geográfica y poblacional bien definida. Esto orienta a acciones multisectoriales y de participación social mediante las cuales en el marco de la planificación social se buscan soluciones a las necesidades de salud identificadas por la propia comunidad.

En el caso específico de la salud materna es indispensable la definición de las jerarquías de los servicios en relación con los grados de riesgo reproductivo. Por ello es imprescindible que exista una estrecha coordinación entre las unidades del primer nivel de atención y las unidades de atención hospitalaria que atienden a cada conglomerado geográfico poblacional. Es indispensable la existencia de establecimientos de salud dotados de una capacidad resolutoria suficiente. Un avance importante fue la publicación del texto "Funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia" producido por la OPS/OMS y cuya aplicación inmediata, o al corto plazo, podrá contribuir a una reducción considerable del número de muertes maternas.

Continua siendo urgente la necesidad de elaborar o mantener actualizadas y en operación las normas existentes para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y para la regulación de la fecundidad, según una clasificación apropiada del riesgo.

D. Desarrollo de recursos humanos

Dado que la atención a la salud de la mujer constituye una actividad prioritaria, es necesario efectuar un esfuerzo a fin de garantizar una atención idónea en todas las áreas.

Para ello será conveniente desarrollar actividades formativas y de capacitación en las instituciones universitarias, las sociedades científicas y los centros de investigación.

1. A nivel formativo, se deberá comprometer a las universidades y a otras instituciones formadoras de recursos humanos en salud para que reformulen sus contenidos de sus currículos y proporcionen suficientes

conocimientos que promuevan actitudes y desarrollen habilidades y destrezas de manera que los futuros profesionales o trabajadores de salud estén en condiciones de enfrentar las necesidades de salud más frecuentes entre las mujeres.

2. A nivel del posgrado, habrá que estimular a las instituciones universitarias para que desarrollen programas y currículos y participen en el proceso de capacitación permanente del personal de los servicios de salud en aspectos gerenciales, metodológicos y técnicos, sobre bases científicas, para una mejor atención de la salud de la mujer.

3. A nivel de servicios, la capacitación del personal deberá ser asumida como un proceso de educación permanente que involucre a la totalidad de los profesionales, a las auxiliares de enfermería y a otro personal que se desempeña en los establecimientos del primer nivel de atención y en los hospitales de mediana y mayor complejidad.

Un énfasis especial deberá darse a la capacitación del personal del primer nivel de referencia en lo concerniente al conocimiento y a la aplicación de las "funciones obstétricas esenciales".

4. A nivel de la comunidad, algunos países deberán dar un mayor énfasis a la capacitación permanente de las parteras tradicionales, para que contribuyan a la detección y referencia de los embarazos de riesgo, deriven los partos que necesitan atención de mayor complejidad y notifiquen los eventos demográficos ocurridos en su comunidad.

E. Educación para la salud

El desarrollo de actividades de educación para la salud ha sido restringido en la mayoría de los países, por lo que se deberá intensificar los esfuerzos en términos cuantitativos y cualitativos, con miras a generar comportamientos positivos en torno a la salud reproductiva. Las acciones en esta área deberán abarcar contenidos de educación sexual, cuidado o higiene del embarazo, del parto y del puerperio, puericultura y planificación familiar, garantizando así los derechos reproductivos de la mujer, la familia y la sociedad.

Estas acciones deberán aplicarse a través de:

- El sistema educativo formal en las escuelas primaria y secundaria.
- Los medios de comunicación masiva;
- Las organizaciones no gubernamentales;
- Los propios establecimientos de salud.

F. Sistemas de información, registro, control y evaluación

- Asegurar la existencia de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica sobre muertes de mujeres en edad fértil, para que proporcione información suficiente en cantidad y calidad que permita conocer la magnitud del problema, la estructura de sus causas y las determinantes sociales de la mortalidad materna.
- Mejorar el sistema de registro y de información de todas las acciones de salud relativas al embarazo, el parto, el puerperio y la planificación familiar, mediante la extensión del registro, la recopilación y la utilización de la información a los niveles periféricos y a la propia comunidad (respetando o protegiendo la confidencialidad de los usuarios de los servicios).

G. Investigación

Se deberá promover investigaciones referidas a:

- El mejoramiento del registro de datos y análisis estadístico de los mismos;
- La estructura de causas de muerte y causalidad social;
- El uso de encuestas para la aplicación de métodos indirectos para la medición de la mortalidad materna;
- La atención domiciliaria del parto por parteras tradicionales y otro personal de la comunidad;
- Investigaciones de servicios de salud destinadas a evaluar intervenciones para la reducción de la mortalidad materna;
- Investigaciones sobre costos eficiencia y costo efectividad de las distintas alternativas.

En la situación actual de los países de la Región las investigaciones de servicios de salud merecen una prioridad, por cuanto son investigaciones orientadas a la acción y pueden conducir rápidamente a medidas que mejoren la eficiencia, eficacia y la equidad de los mismos.

En este proceso de investigación deben participar conjuntamente los agentes de salud, las universidades, las sociedades científicas y los centros de investigación.

VI. PLANES NACIONALES, SUBREGIONALES Y PARTICIPACION INTERNACIONAL

A. Plan nacional

Para llevar a cabo el plan nacional de reducción de la mortalidad materna deberá existir compromiso y voluntad política de los gobiernos y de la sociedad.

El Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna debe operar bajo el liderazgo del sector salud, con la colaboración de otros sectores que potencialicen la efectividad de las acciones y concilien el apoyo de las entidades financiadoras.

Dicho plan debe estar coordinado con otras acciones prioritarias intrasectoriales (vg. programas de nutrición, control de la malaria) y extrasectoriales (vg. educación, saneamiento, transporte y comunicación). Deberá contar con un órgano asesor del Gobierno para la ejecución del plan, que podrá ser una comisión inter-institucional integrada por representantes de instituciones del sector salud, de otros sectores y de las organizaciones de mujeres.

Dependiendo de la situación epidemiológica y de las condiciones socioeconómicas y de servicio, los países deberán poner distinto énfasis en las actividades principales del plan.

Componentes básicos

1. Educación a través de los medios de comunicación masiva.
2. Planificación familiar con enfoque de riesgo reproductivo y acceso universal a los métodos modernos y efectivos de regulación de la fecundidad para mujeres y hombres.
3. Mejoramiento del control prenatal, de la atención del parto y del posparto, para lo cual es necesario:
 - Capacitación del personal responsable de las acciones;
 - Implantación de las funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia;¹
 - Implantación de los programas gratuitos o subvencionados para la atención de la salud de la mujer y de los grupos desprotegidos de la población;
 - Refuerzo de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

1) Fueron definidas siete funciones básicas: funciones quirúrgicas; funciones de anestesia; funciones de tratamiento médico; transfusión sanguínea; funciones para vigilancia clínica del parto; funciones de apoyo en planificación familiar, control de embarazos de alto riesgo, y referencia oportuna.

4. Participación comunitaria y de los grupos de mujeres organizadas.
5. Participación de las sociedades científicas.
6. En los países donde la mortalidad materna es baja, la investigación será orientada de preferencia al desarrollo y evaluación de tecnologías. En el resto de los países, el énfasis deberá ponerse en la investigación de servicios de salud de base comunitaria, en la evaluación de la entrega local de anticonceptivos, atención prenatal y del parto domiciliario por parteras tradicionales, y en la investigación operacional.

En casi todos los países de la Región se pueden identificar algunos temas de investigación cuyos resultados podrían determinar un impacto sobre la mortalidad materna, a saber:

- Funcionamiento de los hogares maternos;
 - Causas prevalentes de muerte materna;
 - Técnicas para controlar la elevada incidencia de cesárea;
 - Comités de auditoría de muertes maternas;
 - Costos.
7. Evaluación y control, que tendrá las siguientes características:
 - No se debe crear un sistema paralelo de registro;
 - El control y la vigilancia epidemiológica deberá realizarse permanentemente, utilizando como mecanismo los comités de auditoría de muertes maternas con ámbito institucional y comunitario;
 - La evaluación debe tener una periodicidad mínima anual;
 - Los indicadores de evaluación y control y de la vigilancia epidemiológica deberán surgir de los datos que proporcionan los servicios locales de salud al sistema nacional de información;
 - La evaluación incluirá la variación de las tasas, los indicadores de proceso, el análisis de costos y de impacto sobre la muerte materna y los cambios de comportamiento de los usuarios y prestadores de servicios.
 8. El Plan Nacional deberá incluir una estrategia de financiamiento y un análisis de costos, con un componente de análisis de factibilidad.

B. Actividades regionales y subregionales

Para apoyar el plan nacional se requiere un conjunto de actividades regionales y subregionales entre las cuales se puede mencionar:

1. Guías normativas elaboradas por el nivel regional, que se puedan adaptar a nivel subregional y en las normas locales.
2. Desarrollo de una red de centros de referencia para el apoyo de la capacitación del personal.
3. Promoción de la incorporación de la morbilidad y mortalidad materna como temas de estudio y discusión dentro de las actividades de las sociedades científicas de la subregión.
4. Promoción de la cooperación técnica entre los países de las diferentes subregiones, estimulando el intercambio de recursos humanos, de experiencias, de tecnologías, de actividades de capacitación, de investigación y de evaluación.
5. Estímulo a la incorporación de las publicaciones científicas de los países en los sistemas de información médica internacional, promoviendo el intercambio de bibliografías dentro de la subregión.
6. Desarrollo de la articulación docente-asistencial-comunidad y promoción del intercambio de experiencias con currículos entre escuelas de medicina, de enfermería y de otras profesiones de la salud.
7. Estímulo al intercambio entre las organizaciones de mujeres y los estratos formales del sector salud y los organismos internacionales.
8. Promoción del desarrollo de bancos de datos subregionales y la implantación del sistema informático perinatal, capacitando al personal de salud de los países de la subregión.
9. Realización de talleres de capacitación de todo el personal que interviene en los registros de defunciones, en torno a la importancia de precisar los datos referidos de las muertes de mujeres en edad fértil.
10. Apoyo al desarrollo de investigaciones colaborativas de servicios de salud en relación con la morbilidad y la mortalidad materna.

C. Participación internacional

El reconocimiento de la importancia que tiene la tragedia de las muertes de mujeres en edad fértil a causa del embarazo, del parto, del puerperio o del aborto fue motivo de una declaración de la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en 1985. Esta reunión precedió al Taller de Nairobi, de febrero de 1987, que propuso estrategias para una maternidad sin riesgo. Como corolario de este taller surgió una iniciativa

conjunta entre el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, quienes se comprometieron a apoyar estrategias para promover en el mundo, y especialmente en los países en desarrollo, una maternidad sin riesgo.

Posteriormente, otros organismos internacionales participaron de este compromiso--el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, junto con agencias bilaterales de cooperación.

En los países esta iniciativa encontró eco en los grupos organizados de mujeres que trabajan en salud de la mujer y derechos reproductivos, y que cuentan con una red mundial que articula los grupos de los diferentes países. La red correspondiente a América Latina y el Caribe ha iniciado una campaña para la reducción de la mortalidad materna con acciones educativas y de denuncia a diferentes niveles en todos los países que la constituyen.

En el problema de la mortalidad materna incide un amplio espectro de condicionantes, además de las referentes a salud, que sobrepasan en ocasiones la capacidad de los países para solucionarlos; entre ellos se destacan el nivel educativo de la población, la legislación existente y aplicada, las diferentes estructuras sociales, las posibilidades técnicas y financieras y el nivel de participación social de la mujer. Estos condicionantes, y la cada vez mayor interdependencia entre los países, hacen necesaria la cooperación internacional, la solidaridad entre países, la ayuda mutua y la cooperación para el desarrollo.

Esta cooperación se puede concretar en apoyo técnico, suministros, equipos y aporte financiero para el mejoramiento de los servicios y como un área de especial interés, la investigación de servicios de salud para evaluar el impacto de las intervenciones para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas.

Esta cooperación internacional deberá considerar una participación de las organizaciones de mujeres para que sea asimilada la realidad y las necesidades de las mujeres a nivel regional y nacional.

Actualmente la mayoría de los países de la Región, reciben fondos de cooperación internacional para actividades de salud materna y salud de la mujer. Se destacan las contribuciones de la OPS/OMS, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Fundación W. K. Kellogg, The Pew Charitable Trusts, Fundación Carnegie, y de la Agencia Internacional de Cooperación de Japón.

Además, algunos países reciben ayuda bilateral de la Comunidad Económica Europea y de los Gobiernos de Italia, Holanda y Suecia.

D. Papel de la OPS

El Programa Regional de Salud Maternoinfantil (HPM), Unidad Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana (GDR), será el responsable ante el Director por la coordinación de la cooperación de la Organización para la programación, ejecución y evaluación de las actividades regionales y subregionales y por la cooperación técnica a los países necesaria para el diseño de la ejecución y evaluación de los planes nacionales.

El Programa de Salud Maternoinfantil tendrá actividades de coordinación horizontal con otros programas de la OPS: Mujer, Salud y Desarrollo (PWD), Desarrollo de Servicios de Salud (HSD), Desarrollo de Recursos Humanos (HSM), y Evaluación de la Situación de Salud y sus Tendencias (HST). Además, desarrollará actividades de coordinación vertical con las Representaciones de la OPS/OMS en los países y con los niveles directivos de la Organización. Fuera de la Organización se articulará con los organismos de cooperación multi- o bilateral, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de mujeres.

El Secretariado de la OPS tendrá el apoyo de un Grupo Técnico Asesor (TAG) para la ejecución y desarrollo del plan. Este grupo, nominado por el Director de la OPS, estará constituido por cinco a siete profesionales de reconocido prestigio en el Continente. Participará directamente en todo el proceso de planificación, programación, ejecución y evaluación del plan. Además colaborará con los gobiernos y la Organización para movilizar los recursos multi- o bilaterales para el financiamiento del plan.

HPM deberá reforzar su infraestructura a nivel nacional, subregional y regional. Se estima como necesidades adicionales cinco consultores internacionales para los niveles regionales y subregionales, más ocho consultores nacionales que se ubicarían en los países pertenecientes al grupo uno o dos según necesidades (ver Capítulo II).

Toda la cooperación técnica se enmarca dentro de los mandatos, objetivos, metas, líneas de acción y estrategias mencionadas en capítulos anteriores una vez que sean aprobados por los Cuerpos Directivos.

VII. FINANCIAMIENTO

A. Costos estimados del plan

La disminución del número de muertes maternas, los años de vida útil ahorrados, la salud agregada a un número grande de mujeres y los beneficios familiares y sociales que son los resultados directos del mejoramiento integral de la salud materna, no son mensurables en términos monetarios.

Como se menciona en otras partes del documento, el plan demandará, además del aumento de la eficiencia de los recursos, la reasignación de otros, y la obtención de nuevos recursos nacionales e internacionales.

Para la ejecución de este plan se ha llegado a una primera estimación que tiene como principal finalidad ofrecer una idea sobre la magnitud del esfuerzo que habrá de realizarse para captar alrededor de US\$300 millones por año, para reducir la brecha entre las coberturas de planificación familiar, atención prenatal, parto y posparto observadas y las deseables--menos de un dólar por habitante y por año, y apenas una 120ava parte del gasto total de salud de la Región. Existen otras estimaciones hechas por el Banco Mundial en donde el costo per cápita por año se sitúa alrededor de US\$1,50.(1)

Los costos que se presentan en el Anexo II se basan en un modelo matemático que estima la brecha entre las coberturas de atención observadas y las metas propuestas en el Plan. Este modelo u otra alternativa que pueda desarrollarse deberán refinarse hasta obtener en el futuro un sistema que puede medir los costos en términos de costo-eficiencia y costo-eficacia. Para el efecto se ha iniciado el diálogo con el Banco Mundial a fin de continuar avanzando en este campo.

Los cálculos se hicieron utilizando valores unitarios obtenidos de un estudio hecho en un país de la Región, y pueden estar subvalorando o sobrevalorando el costo total de las intervenciones (Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, 1989).

En el Plan no se propone construcciones nuevas ni instalaciones de nuevas camas hospitalarias. Se pretende mejorar la eficiencia, buscando mayor y mejor utilización de la capacidad instalada.

Se propone la habilitación de casas para la atención de parto de bajo riesgo y de hogares de embarazadas para albergar a las gestantes de alto riesgo; esto implica costos de instalación, de funcionamiento y mantenimiento.

Se establecen costos para transporte y comunicaciones como uno de los mecanismos para asegurar la referencia de pacientes.

Se valora las actividades de formación y utilización de recursos humanos, adquisición de equipos, de suministros y de medicamentos. Se cuantifican y se valoran actividades promocionales de difusión del conocimiento, de mejoría del sistema de información, de investigación y de cooperación técnica. El modelo matemático y el desglose de costos aparecen en el Anexo II de este documento.

(1) Herz y Measham. The Safe Motherhood Initiative, Documento de trabajo del Banco Mundial.

B. Presupuesto estimado

Para alcanzar las coberturas propuestas en los primeros cinco años se debe agregar al gasto actual en atención de la salud reproductiva de la mujer en los países de la Región, las siguientes cantidades, según objeto del gasto:

	<u>Millones</u>	<u>%</u>
Atención prenatal	168,2	11,3
Atención del embarazo de alto riesgo en hogares maternos	98,5	6,6
Atención del parto normal en casas de parto	11,9	0,8
Atención hospitalaria del parto	1.077,5	72,1
Capacitación de recursos humanos	18,1	1,2
Instalación de casas de partos y hogares maternos	11,0	0,7
Transporte	66,5	4,5
Equipos para hospitales y consultorios	21,3	1,4
Promoción y educación	10,0	0,7
Información	5,0	0,3
Investigación	4,0	0,3
Cooperación técnica	<u>2,0</u>	<u>0,1</u>
	1.494,0	100,0 *
	=====	=====

La proporción mayor del gasto (66%) se debe invertir en la atención hospitalaria del parto. Cualesquier alternativa estratégica para hacerla más eficiente o reemplazarla, afectará directamente y en forma sustantiva al monto total del plan. Debe considerarse la posibilidad de reducir un segmento de la mortalidad materna, a través de buenos servicios de planificación familiar y de atención adecuada al aborto complicado.

C. Estrategia financiera

El plan deberá elaborar una estrategia financiera a nivel regional y de cada país con base en:

1. La búsqueda de fuentes de financiamiento nacionales e internacionales factibles, con la contribución estimada de cada una.
2. Alternativas para reducir los costos, especialmente los correspondientes a la atención del parto. En esta se debe incluir la racionalización de la utilización de las camas obstétricas existentes y del recurso total de camas y el reforzamiento de las maternidades periféricas y las casas de parto.
3. Estimación de los costos reales para el Estado, las particulares y la población en general.

4. En lo posible, análisis del costo-eficiencia de los recursos y de su costo efectividad de las distintas estrategias de abordaje.

VIII. EVALUACION DEL PLAN

Como se menciona a lo largo de este documento, la base de datos que existe en relación con las muertes maternas y al registro de eventos que se relacionan con esta, como son los indicadores económicos, sociales, educativos, de acceso a servicios de concentración de acciones y de registros hospitalarios, entre otros, aún es débil. Por lo tanto, si se intenta hacer un seguimiento adecuado de las acciones contenidas en este plan será necesario en el corto plazo revisar, adecuar y organizar el sistema y los procesos que le den factibilidad a las actividades de seguimiento, ajuste y evaluación a nivel local, regional y nacional, así como a nivel interamericano, y que permitan la evaluación de los insumos, procesos, servicios y el impacto de este plan.

Deberán revisarse y seleccionarse los criterios e indicadores que permitan medir y comparar nacional e internacionalmente los aspectos más importantes del plan que se propone en términos de: la relevancia que el plan y sus programas tengan en función de las necesidades humanas y las prioridades y políticas de salud y sociales; lo adecuado de las estrategias y curso de acciones propuestas; los insumos y recursos destinados a la operación del plan; el cumplimiento de actividades, así como la eficiencia en el uso de los recursos, que implicaría buscar el menor costo y el mayor impacto.

También se deberá hacer seguimiento y evaluación del logro de los objetivos a largo y corto plazo y de las metas propuestas, en tal forma que se detecten oportunamente las desviaciones y se tomen las medidas correctivas a tiempo. Por la importancia que tiene en este caso el aspecto de costos será necesario prestar especial énfasis al análisis de evaluación de costos de las distintas estrategias que se proponen a los países. Se espera que durante la vigencia de este plan logren desarrollarse o refinarse los modelos existentes que permitan medir el impacto que se espera de este plan, no sólo en términos de prevención de las muertes maternas y la disminución de las mismas sino también los cambios en la magnitud y perfil de la morbilidad relacionada con el proceso reproductivo, para también poder medir o al menos estimar la contribución de estas acciones a la mejoría en el estado de la mujer en la sociedad, y al desarrollo socioeconómico y al bienestar de toda la población.

Sin ser exhaustivo, se propone en principio evaluar los siguientes aspectos:

- Compromiso político a la disminución de la mortalidad materna;
- Recursos asignados por el sector salud al plan/programa de reducción;

- Grado de equidad en la distribución de los recursos a nivel de zonas geográficas y grupos prioritarios;
- Apoyo internacional, donaciones, préstamos concesionarios;
- Aumento en las tasas de alfabetismo femenino;
- Estudios sobre capacidad instalada y operando;
- Disponibilidad y cobertura de servicios de planificación familiar, prenatal, atención de parto y posparto;
- Evaluación de la capacitación y desempeño de las parteras empíricas capacitadas, y de los mecanismos que los dejan al sistema institucional de salud;
- Evaluación de condiciones de eficiencia de los servicios, en especial los del primer nivel de referencia hospitalaria;
- Existencia y operación de comités de estudio y vigilancia de la muerte materna;
- Proporción de embarazos de alto riesgo captados y referidos, así como la frecuencia y proporción de operación cesárea por institución y en general;
- Morbilidad del proceso reproductivo;
- Mortalidad materna;
- Mortalidad perinatal;
- Costos unitarios;
- Costo eficiencia y eficacia.

A través de discusiones con grupos técnicos se buscará el consenso entre representantes de países para determinar cuáles de éstos se recomendarán a los países, para ser procesados, analizados y reportados, tanto a nivel local y nacional como para fines de comparación internacional.

El Secretariado Técnico de la OPS, con base en la información que los países proporcionen y de otras fuentes propone presentar cada dos años, o con la prioridad que los Cuerpos Directivos de la Organización lo determinen, informes de progreso de la ejecución del plan.

En este informe se analizará el grado de implementación de los planes nacionales; los avances en los sistemas de registro de la información sobre muerte materna, y los logros en las metas de cobertura de servicios y en las metas de infraestructura.

Como un mecanismo adicional para la evaluación del impacto del Plan Regional sobre la Mortalidad Materna se deberá montar un sistema regional de vigilancia de la muerte materna. Toda muerte materna que ocurra en cualquier parte del país deberá ser estudiada por un comité de mortalidad materna y notificada inmediatamente a la autoridad nacional de salud, que informará semestralmente en la Organización. Esta información será el dato básico para la operación y monitoreo del sistema.

IX. BIBLIOGRAFIA

Anuario de recursos y actividades de salud del Ministerio de Salud, 1989, Informe sobre salud reproductiva de la mujer. Ministerio de Salud del Ecuador, 1990.

Asociación Demográfica costarricense, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, Costa Rica, 1989.

Atención de la Mujer, Nicaragua. En: Informe sobre salud reproductiva de la mujer. Ministerio de Salud de Nicaragua 1990. La tasa de mortalidad materna utilizada fue la de 1985.

Cabezas, E. Hogares maternos: La experiencia cubana. La Habana, 1990. Documento preparado por el Taller sobre Mortalidad Materna OPS/CLAP, Montevideo, Uruguay, Febrero 1990

CELADE-OPS. Las Américas: Fuentes, calidad de la información demográfica, tamaño, crecimiento y composición de la población, 1980-2000. Capítulo para el libro "Las condiciones de salud en las Américas". Noviembre 1989, OPS, Washington, D.C., EE.UU.

CELADE-OPS. La población urbana y rural y sus condiciones de vida. Capítulo para el libro "Las condiciones de salud en las Américas", Enero 1990. OPS, Washington, D.C. EE.UU.

CELADE. La fecundidad: Niveles, tendencias y determinantes próximas. Capítulo para el libro "Las condiciones de salud en las Américas", Enero 1990, CELADE, Santiago, Chile.

Cervantes, R., et al. Mortalidad materna y perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. OPS/OMS, 1988.

CLAP/OPS. El nacimiento por cesárea hoy. En: Bol. Centro Latino Americano de Perinatología, OPS/OMS 3(9), 1989. Montevideo, Uruguay.

Dept. of Child Health, University of West Indies. Perinatal Mortality and Morbidity Study, Final Report, Mona, Jamaica 1989.

Encuesta, INE-ENDSA 1989. En: Informe sobre salud reproductiva de la mujer, Dirección de Salud Maternoinfantil, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia

Farnot, U. Auditoría médica de las defunciones maternas en Cuba, 1990. Documento de trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana presentado en el Taller sobre Mortalidad Materna, OPS/CLAP, Montevideo, Uruguay, Febrero, 1990.

Farfán, N. Estrategias de atención del parto domiciliario por parteras tradicionales. Documento de trabajo preparado por el Taller sobre Mortalidad Materna, OPS/CLAP, Montevideo, Uruguay, Febrero, 1990.

Fathalla, M.F. "Research Needs in Human Reproduction," WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Research in Human Reproduction Biennial Report 1986-1987, Geneva, 1988.

Henshaw, S. (1987). Aborto inducido: Una perspectiva mundial. En: Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Citado por CELADE 1990 en la fecundidad, niveles, tendencias y determinantes próximos, capítulo para el libro "Condiciones de salud en las Américas", Enero 1990, OPS, Washington, D.C.

Illia M.M., et al. Mortalidad materna en el gran Córdoba. Córdoba, 1987. (mimeogr.)

Informe sobre salud reproductiva de la mujer, Ministerio de Salud del Ecuador, 1990. Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) 1988.

Institute for Resources Development, Macrosystem Inc. Demographic and Health Surveys Program, Newsletter Winter 1988, Columbia, Maryland, EE.UU., 1988.

Institute for Resources Development Macrosystem Inc. Demographic and Health Survey Program, Columbia, Maryland, USA, 1989.

Koonin, L., et al. Maternal Mortality, Surveillance, United States, 1980-1985. En: Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC, 1988, Dic. 37 (SS5) pp. 19-29.

Lamanti, R., et al. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 años no Municipio de Sao Paulo (con enfase a mortalidade materna). Relatorio final (la parte). Centro da la OMS para clasificacao de doencas, 1988. (mimeogr.)

Macedo, C. La deuda social, En: Bol. of Sanit. Panam. 105(1), 1988, Washington, D.C., EE.UU.

Martínez, N. Mortalidad materna en América Latina, Situación Actual y estrategias para su reducción. En: Reunión sobre estrategias para la reducción de la morbimortalidad maternoinfantil en América Latina (Cocoyoc II), Habana, Cuba, Dic. 1989.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Dirección de Estadística. Indicadores de producción, rendimiento y costos hospitalarios, 1988, Guatemala 1989.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Demographic Health Surveys.

Institute for Resource Development/Westinghouse, Guatemala. Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil 1987, Informe preliminar.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Dirección de Salud Maternoinfantil. Informe sobre salud reproductiva de la mujer, 1990.

OPS/CLAP. El nacimiento por cesárea hoy. En: Bol. CLAP-OPS-OMS Vol 3 1989, 101-114.

OMS/OPS, Programa de Salud Maternoinfantil. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna en las Américas, Agosto 1989. OPS-OMS, Washington, DC. 1989. (Fascículo 4).

OMS/OPS. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington D.C., 1980

OPS/OMS. Programa de Salud Maternoinfantil. Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. OPS, 1987 (Fascículo 2)

OPS/OMS. Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos. En: Cuaderno Técnico 14 (P.152) 1988, OPS. Washington D.C.

OPS/OMS. XXIII Reunión del Comité Regional de las Américas. Resolución XIII, 30/9/88.

OPS/OMS. Washington, 1988 Análisis de Indicadores Básicos, Cuadro 2.39, Pág. 85

OPS/OMS. Programa de salud maternoinfantil. Funciones obstétricas esenciales en el primer nivel de referencia. Washington: OPS, 1989. (Fascículo 3)

OPS/OMS. Programa de Salud Maternoinfantil: Reunión regional sobre prevención de la mortalidad materna, 12-15 abril, 1988. Informe final. Campinas SP, Brasil: OPS, 1988.

OPS/OMS. Programa de Salud maternoinfantil "Evaluación de los servicios de salud maternoinfantil. Condiciones de eficiencia en países de América Latina, 1985-1987". Presentado en Taller Regional sobre evaluación de servicios de salud maternoinfantil, Caraballeda, Venezuela, del 24 al 28 de agosto, 1987.

OPS/OMS. Las condiciones de salud de las Américas. Informes de los países 1989.

OPS/OMS. Plan de acción conjunta en salud maternoinfantil para la subregión Andina: Taller de programación de salud maternoinfantil con

énfasis en la prevención de la mortalidad materna y perinatal. Informe final. Quito, OPS/OMS/UNFPA/UNICEF, 1989.

OPS/OMS. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Publicación Científica No. 353, OPS, 1978.

OPS/OMS Programa de Salud Maternoinfantil. Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Fasc. 2 Desarrollo Mundial 1989, Banco Mundial.

PAHO/WHO-HST. Leading courses of death according to years of potencial life lost before age 65, by those dying at ages 15-49 by country. Printout from TIS-PAHO 1990.

Pardo, F. Experiencia local en atención materna en Bogotá, documento de trabajo presentado en la reunión de mortalidad materna OPS/CLAP, Montevideo, Feb 12-24, 1990.

Programa de Salud Maternoinfantil: Informe final reunión subregional sobre prevención de la mortalidad materna en Centroamérica y Panamá. Managua, 5-8 set. 1989, OPS, 1989. (Fascículo 5)

Rochat R., et al. Maternal mortality in the United States: Report from the Maternal Mortality Collaborative study in Journal Obstet. Gynecol 1988; 72:91-7.

Rocks, P., et al. Outcomes of care in Birth Centers. The National Birth Center Study in The New England Jour of Med. Vol. 321 (No. 26, pag. 1804) Dec. 28, 1989.

Rosemberg, M. et al. Reproductive mortality in the United States: Recent trends and methodologic considerations en ASPH, July 1987-Vol 77. No. 7.

Schwarcz, R., et al. Partograma con curvas de alerta: guía para la vigilancia del parto. Salud Perinatal Boletín del CLAP, 1987; 2(8): 93-6.

Secretaría de Salud de México, Dirección maternoinfantil. Datos estadísticos sobre Salud. Morbilidad y mortalidad materna. México 1990.

Secretaría de Salud de México, Dirección General de Planificación Familiar. Demographic Health Surveys, Institute for Research Development Macrosystems Inc. Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud 1987. México 1989.

Secretaría de Salud de México, Dirección Maternoinfantil. Informe sobre salud reproductiva de la mujer, México 1990.

Secretaría de Salud y Asistencia Social de República Dominicana, Informe sobre salud reproductiva de la mujer, 1990.

Siqueira, A., et al. Mortalidade materna no Brasil. Rev Saúde Publ., S. Paulo, 1984;18:448-65.

Tanaka, A., et al. Situação de Saude materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saude Publ. S. Paulo, 23(1): 67-75, 1989.

Tavara, L. Grado de avance de las actividades para disminuir la tasa de mortalidad materna en el hospital de apoyo "María Auxiliadora". Lima, 1990, documento de trabajo presentado en la Reunión Mortalidad materna OPS/CLAP, Montevideo, Uruguay, 12 a 24 de febrero 1990.

U.N. World Population Prospects 1988. N.U; Nueva York 1989.

U.N. Demographic Year Book 1986. Naciones Unidas, Nueva York 1988.

U.N. Demographic Year Book 1989

UNICEF. Estado mundial de la infancia 1989. Nueva York; UNICEF,1989.

United Nations Demographic Yearbook, 38th ed., 1986. Nueva York: United Nations, 1988.

United Nations. Fertility behaviour in the context of development. Population Studies, 1987: 100.

United Nations. World population prospects 1988. NY: United Nations, 1989.

WHO World Health Statistics Annual 1988 - WHO Geneva 1988.

World Bank. World Development Report 1989. Published for the World Bank Oxford University Press, Washington D.C.

APENDICE ESTADISTICO

CUADRO 1

MORTALIDAD MATERNA E INDICADORES DE SERVICIOS DE
SALUD REPRODUCTIVA EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION,
CIRCA 1987

País	Mortalidad materna por 100.000 N.V.	Prevalencia de anticoncepción mujeres casadas- unidas de 15-49a	Cobertura de atención prenatal	Cobertura atención parto
Argentina	69	-	-	93,4
Bahamas	21	-	-	-
Bolivia	480 h)	30,3 i)	50,3 i)	37,8 j)
Brasil	140	66 d)	69,6	70
Canadá	4	63 1984)	-	99
Colombia	100 a)	65 d)	76	75
Costa Rica	26	69 k)	90	93
Chile	48	43 e)	-	98,1
Cuba	26,1	-	98	99,8
Ecuador	160 m)	44 d)	52,5 n)	55,6 n)
Estados Unidos de América	9,6 a)	68 1987)	-	99
El Salvador	148	47 d)	34	50
Guatemala	104	23 d)	34	22
Guyana	60	28	33	90
Haití	230	7	-	20 f)
Honduras	117	21,3	66,2	26
Jamaica	115 b)	51	95 b)	81,6 b)
México	82 c)	53 d)	62 c)	77,4 c)
Nicaragua	103 g)	5	92 g)	73,3 g)
Panamá	60	59 e)	89	96
Paraguay	270	-	-	22 f)
Perú	303	46 d)	61	49
Rep. Dominicana	100	50 d)	51,7 p)	52,4 p)
Uruguay	26	-	-	96
Venezuela	58,7 r)	38	31,4 r)	96,9 r)

- a) U.N. Demographic Year Book 1989
b) University of West Indies, 1989.
c) Secretaría de Salud de México, 1990.
d) Institute for Resources Development Macrosystem Inc. 1989.
e) UNICEF 1989.
f) OPS/OMS Desarrollo Mundial 1989, World Bank.
g) Ministerio de Salud de Nicaragua 1990.
h) Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Bolivia 1990.
i) Encuesta INE-ENDSA 1989.
j) Encuesta INE, ENDSA 1989.
k) Asociación Demográfica Costarricense 1989.
m) Ministerio de Salud del Ecuador, 1990.
n) Ministerio de Salud del Ecuador, 1990.
p) Secretaría de Salud y Asistencia Social de República Dominicana, 1990.
r) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 1990.

CUADRO 2

ESTRUCTURA SEGUN CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ALGUNOS PAISES
DE LA REGION DE LAS AMERICAS (ALREDEDOR DE 1986)

País	Total de muertes maternas	Porcentaje de defunciones maternas por causas obstétricas directas					
		Aborto	Toxemia del embarazo	Hemorragia del embar. y del parto	Complic. del puer- perio	Otras Obstetric. Directas	Indirectas
Argentina (1986)	369	35	-	14	14	35	2
Brasil (AI)(1986)	1.814	13	29	16	16	19	7
Canadá (1984)	11	9	9	9	55	9	9
Colombia (1984)	642	23	20	17	9	30	1
Costa Rica (1988)	15	7	27	27	13	26	-
Cuba (1986)	73	22	8	3	16	18	33
Chile (1987)	135	35	12	8	24	16	5
Ecuador (1987)	355	8	26	23	11	30	2
El Salvador (1984)	99	7	5	7	8	72	1
Estados Unidos (1987)	251	18	14	13	33	16	6
Guatemala (1984)	236	17	10	2	15	56	-
Guyana (1984)	17	29	18	41	6	6	-
Honduras (1983)	79	9	88	3
Jamaica (1984)	14	64	21	7	-	8	-
México (1986)	1.681	9	20	25	9	35	2
Panamá (1987)	22	23	18	5	-	49	5
Paraguay (AI)*(1986)	140	14	18	31	17	16	4
Perú (1983)	536	11	8	33	14	33	1
Puerto Rico (1987)	11	-	22	9	45	24	-
Rep. Dominicana (1985)	106	17	25	16	-	34	8
Suriname (1985)	7	14	14	71	-	1	-
Trinidad y Tabago(1986)	18	50	28	6	6	4	6
Uruguay (1986)	14	36	7	7	14	36	-
Venezuela (1980-1983)	291	23	23	15	15	18	6

Fuentes: Informes oficiales de mortalidad disponibles en el sistema de información técnica de la OPS.

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

CUADRO 3

NUMERO ESTIMADO DE MUERTES MATERNAS PARA 1990 DE PAISES Y TERRITORIOS SELECCIONADOS DE LA REGION, UTILIZANDO TASAS AJUSTADAS OBTENIDAS DE CINCO FUENTES DIFERENTES¹

País	Tasa ajustada	Nacimientos ²	Muertes maternas
Argentina (1986)	140	669	936
Bolivia	600	293	1.758
Brasil (1986)	200	4.086	8.172
Canadá (1986)	6	371	22
Chile (1987)	67	301	202
Colombia (1984)	200	861	1.722
Costa Rica (1988)	36	80	29
Cuba (1988)	36	181	65
Ecuador (1987)	300	328	984
El Salvador (1984)	300	182	546
Estados Unidos de América(1987)	13	3.738	486
Guatemala (1984)	300	350	1.050
Guyana (1984)	200	26	52
Haiti	600	213	1.278
Honduras (1983)	300	189	567
Jamaica (1984)	115	65	75
México (1986)	200	2.569	5.138
Nicaragua	300	149	447
Panamá (1987)	60	68	40
Paraguay (1986)	300	150	450
Perú (1983)	300	759	2.277
Puerto Rico	20	78	16
República Dominicana(1985)	300	213	639
Trinidad y Tabago (1986)	111	31	34
Uruguay	36	54	19
Venezuela	200	569	1.138
TOTAL			28.142

- ¹
- Para Argentina se utilizó el ajuste al subregistro del estudio de Córdoba (Illia 1987).
 - Para Brasil, Colombia, Guyana, México y Venezuela se utilizó la tasa estimada para Brasil (Laurenti 1988).
 - Para Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú se utilizó la tasa estimada para Perú.
 - Para Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico, Trinidad y Tabago, Estados Unidos de América y Uruguay se hizo la corrección con base en 39% de subregistro de un estudio en Estados Unidos de América (Kooning 1988).
 - Para Jamaica se utilizó la cifra de un estudio reciente (University of West Indies 1989). Para Bolivia y Haití se utilizó una tasa estimada con base en los datos de Medicon (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Bolivia 1989).

- ² Para el cálculo de los nacimientos se utilizaron datos de CELADE para población y tasa de natalidad (CELADE 1989).

CUADRO 4

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR MUERTES MATERNAS
 EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION
 TIS-PAHO/WHO 1990

País	No. Muertes maternas 15-49 años	Años perdidos por muerte	Por muerte
Argentina (85)	* 357	12.428	34,8
Brasil (86) ^{1*}	1.790	64.195	35,9
Chile (87)	134	4.885	36,5
Colombia (84)	635	22.813	35,9
Ecuador (87)	346	12.430	35,9
El Salvador (84)	99	3.578	36,1
Guyana (84)	16	580	36,3
México (86)	1.660	58.460	35,2
Panamá (87)	22	795	36,1
Paraguay (86)	131	4.528	34,6
Perú (83)	564	18.820	33,4
Rep. Dominicana (85)	101	3.878	38,4
Suriname (85)	6	220	36,9
Venezuela (85)	289	6.678	25,8

¹ Area de información.

Promedio= 35,84 años de vida perdidos por cada muerte materna

CUADRO 5

LAS AMERICAS: POBLACION TOTAL, SEGUN REGIONES Y PAISES
1990-2000
(en miles)

	<u>1990</u>	<u>1995</u>	<u>2000</u>
Las Américas	725.192	780.803	835.533
América Latina	437.951	482.762	527.784
Argentina	32.322	34.264	36.238
Bolivia	7.314	8.422	9.724
Brasil	150.368	165.083	179.487
Colombia	32.978	36.182	39.397
Costa Rica	3.015	3.374	3.711
Cuba	10.608	11.091	11.504
Chile	13.173	14.237	15.272
Ecuador	10.587	11.934	13.319
El Salvador	5.252	5.943	6.739
Guatemala	9.197	10.621	12.222
Haití	6.504	7.149	7.838
Honduras	5.138	5.968	6.846
México	88.598	97.967	107.233
Nicaragua	3.871	4.539	5.261
Panamá	2.418	2.659	2.893
Paraguay	4.277	4.893	5.538
Perú	22.332	25.123	27.952
Rep. Dominicana	7.170	7.915	8.621
Uruguay	3.094	3.186	3.274
Venezuela	19.735	22.212	24.715
Caribe y otros territorios	11.361	12.146	12.919
Antillas	193	207	221
Bahamas	260	278	297
Barbados	261	272	285
Belice	182	201	221
Dominica	81	87	93
Granada	103	110	117
Guadalupe	340	346	354
Guyana Francesa	92	102	112
Guyana	1.040	1.119	1.197
Jamaica	2.521	2.706	2.886
Martinica	331	338	352
Puerto Rico	3.709	3.958	4.192
Santa Lucía	136	146	156
Suriname	403	435	469
Trinidad y Tabago	1.283	1.385	1.480
Otros territorios	426	456	487
América del Norte	275.880	285.895	294.830
Canadá	26.525	27.567	28.508
Estados Unidos	249.235	258.204	266.194
Otros territorios	120	124	128

Fuente: CELADE (1989)
Naciones Unidas (1989)

CUADRO 6

LAS AMERICAS: POBLACION FEMENINA DE 15 A 49 AÑOS PARA PAISES
 AGRUPADOS SEGUN LA ETAPA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA
 1970-2000

Población femenina 15-49 años
 (en miles)

Grupo y país	1970	1980	1990	2000
<u>Grupo 1</u>				
Bolivia	1.010	1.295	1.700	2.283
Haití	1.064	1.294	1.621	1.997
<u>Grupo 2</u>				
El Salvador	782	1.025	1.223	1.657
Guatemala	1.163	1.517	2.029	2.838
Honduras	568	783	1.168	1.660
Nicaragua	448	615	882	1.257
Paraguay	509	733	1.032	1.382
Perú	2.930	4.033	5.369	6.865
<u>Grupo 3</u>				
Brasil	22.267	30.239	38.672	47.771
Colombia	4.699	6.550	8.768	10.860
Costa Rica	377	567	767	976
Chile	2.229	2.880	3.515	4.008
Ecuador	1.315	1.861	2.598	3.427
México	11.406	16.148	22.905	29.171
Rep. Dominicana	944	1.340	1.799	2.251
Venezuela	2.330	3.596	4.931	6.408
Guyana	150	215	278	343
I. Barlovento	71	97	123	153
Jamaica	368	496	651	807
Suriname	77	76	90	113
Trinidad y Tabago	232	272	310	353
Otros territorios	140	188	225	264
<u>Grupo 4</u>				
Argentina	5.964	6.752	7.673	8.962
Cuba	1.942	2.427	3.008	3.012
Uruguay	689	694	739	808
Barbados	53	66	76	86
Guadalupe	71	76	88	89
Martinica	74	77	86	90
Puerto Rico	658	828	987	1.108
Estados Unidos de América	48.956	58.763	64.513	67.984

CUADRO 7

LAS AMERICAS: TASA BRUTA DE NATALIDAD, DE MORTALIDAD, DE
CRECIMIENTO NATURAL Y TOTAL, SEGUN PAISES, 1985-1990 Y 1995-2000
(Tasas por mil)

Países	1985-1990				1995-2000			
	TBN	TBM	TCN	TCT	TBN	TBM	TCN	TCT
<u>América Latina</u>								
Argentina	21	9	13	13	20	9	11	11
Bolivia	43	14	29	28	40	10	30	29
Brasil	29	8	21	21	24	7	17	17
Colombia	27	6	21	20	24	6	18	17
Costa Rica	28	4	24	26	23	4	19	19
Cuba	18	7	11	10	16	7	9	7
Chile	24	6	17	17	21	6	14	14
Ecuador	33	7	26	26	26	7	22	22
El Salvador	36	8	26	19	35	6	28	25
Guatemala	41	9	32	29	36	7	30	26
Haití	34	13	22	19	31	11	21	16
Honduras	40	8	32	32	3	6	27	27
México	29	6	23	22	24	5	19	18
Nicaragua	42	8	34	34	35	6	30	29
Panamá	28	5	23	21	23	5	18	17
Paraguay	35	7	26	29	31	6	25	25
Perú	34	9	25	25	26	7	21	21
Rep. Dominicana	31	7	25	22	25	6	19	17
Uruguay	18	10	8	6	17	10	6	5
Venezuela	31	5	25	26	26	5	21	21
<u>Caribe</u>								
Barbados	19	8	10	10	17	7	10	10
Guadalupe	20	8	12	3	18	8	11	5
Guyana	25	5	19	17	19	5	15	13
Islas Barlovento	27	6	21	14	21	5	16	15
Jamaica	26	6	20	15	20	5	15	13
Martinica	19	8	11	3	16	8	10	7
Otros territorios	23	6	17	14	19	6	13	13
Puerto Rico	21	7	14	15	18	6	12	12
Suriname	26	6	20	7	26	5	21	16
Trinidad y Tabago	24	7	17	12	19	7	12	11
<u>América del Norte</u>								
Canadá	14	7	7	11	13	8	5	8
Estados Unidos	15	9	6	9	15	9	6	7

Nota: (TBN) Tasa Bruta de Natalidad. (TBM) Tasa Bruta de Mortalidad. (TCN) Tasa de Crecimiento Natural y (TCT) Tasa de Crecimiento Total.

Fuente: CELADE (1989)
Naciones Unidas (1989)

CUADRO 8

USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES
ACTUALMENTE EN UNION 15-49Estadísticas seleccionadas de las encuestas DHS
América Latina y el Caribe

País	% Usando actualmente algún método ^a
Bolivia 1989	30
Brasil 1986*	66
Colombia 1986	65
Ecuador 1987	44
El Salvador 1986	47
Guatemala 1987*	23
México 1987	53
Perú 1986	46
República Dominicana 1986	50
Trinidad y Tabago 1987	53

a Excluye abstinencia prolongada

* Mujeres de 15 a 44 años

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.
Institute for Resources Development Inc.

CUADRO 9

INDICE DE NECESIDADES EN SALUD POR ESTRATO Y NIVEL DE NECESIDAD
 35 PAISES Y TERRITORIOS, REGION DE LAS AMERICAS, ALREDEDOR DE 1984

Rango	País	Indice de necesidad	Estrato	Nivel de necesidad
1.	Haiti	-1.99099		
2.	Bolivia	-1.73970		
3.	Guatemala	-1.47766	-0,9 y menos	MUY ALTA
4.	Nicaragua	-.95835		
5.	República Dominicana	-.94612		
6.	Honduras	-.90169		
7.	Perú	-.86259		
8.	El Salvador	-.81263		
9.	México	-.58185		
10.	Ecuador	-.46888		
11.	Belice	-.45763		
12.	Paraguay	-.41158	-0,01 a -0,8	ALTA
13.	Brasil	-.34489		
14.	Colombia	-.24551		
15.	Jamaica	-.14477		
16.	Santa Lucía	-.14153		
17.	Venezuela	-.12300		
18.	Guyana	-.09605		
19.	San Cristóbal-Nieves	.05305		
20.	Granada	.13136		
21.	Suriname	.13669		
22.	San Vicente	.22198		
23.	Panamá	.25583		
24.	Costa Rica	.28410		
25.	Dominica	.31675	0,0 a 0,9	MEDIA
26.	Antigua	.51301		
27.	Chile	.56817		
28.	Trinidad y Tabago	.57354		
29.	Monserrat	.67439		
30.	Bahamas	.70838		
31.	Argentina	.76423		
32.	Islas Vírgenes (RU)	.83791		
33.	Barbados	1.29690		
34.	Canadá	2.57252	1,0 y más	BAJA
35.	Estados Unidos de América	2.79661		

Fuente: OPS/OMS, Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos. Cuaderno Técnico No. 14, Washington, D.C., 1988.

ANALISIS DE COSTOS PARA LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DEL PLAN

La cuantificación de los costos del plan para la reducción de la mortalidad materna presenta los siguientes aspectos:

Los cálculos se hacen utilizando valores unitarios estimados que pueden subvalorar o sobrevalorar el costo de las intervenciones.¹⁾

En el plan no se proponen construcciones nuevas ni instalaciones de camas hospitalarias nuevas. Se pretende mejorar la eficiencia buscando mayor y mejor utilización de la capacidad instalada.

Se propone la habilitación de casas para la atención de parto de bajo riesgo y de hogares de embarazadas para albergar a las gestantes de alto riesgo; ello significa costos de instalación, funcionamiento y mantenimiento.

Se establecen costos para transporte y comunicaciones como uno de los mecanismos para asegurar la referencia de pacientes.

Se valoran las actividades de formación y actualización de recursos humanos, adquisición de equipos, suministros y medicamentos. Se cuantifica y valoran las actividades promocionales, de difusión del conocimiento, la mejoría del sistema de información, el monitoreo y la evaluación.

Se reconoce que es un modelo aplicado en un país y que debe ser validado o modificado para hacerlo consistente con otros modelos que se encuentran en discusión actualmente y se propone a fin de ofrecer una idea de la magnitud del esfuerzo a realizar.

1. Ajustes anuales necesarios a nivel de cada país

Para estimar el costo del plan en cada país se sugiere hacer un ajuste inicial de acuerdo con los costos reales de cada país, que son afectados por:

- La devaluación;
- La inflación;
- La gratuidad o subvención de la atención, según los precios corrientes;
- Los incrementos salariales;
- Los ingresos proyectados por cuotas de recuperación o cobros por servicio.

1) Para los costos de consulta prenatal y egresos por parto hospitalario, se utilizaron los datos de "producción, rendimiento y costo hospitalario" 1988-1989 que produce periódicamente el Ministerio de Salud de Guatemala.

2. Atención prenatal

Tomando como base la cobertura actual de control prenatal informada por los países, las metas establecidas para 1995, la concentración de intervenciones y un costo estimado de US\$5 por control, se calcula que:

- Los países del primer grupo¹⁾ requieren \$6,2 millones por año y \$31,0 millones en los 5 años;
- Los del segundo grupo²⁾ necesitan \$17,4 millones por año y \$87,0 millones en los 5 años;
- Los del tercer grupo³⁾ precisan de \$6,3 millones por año y \$32,1 millones por año para los 5 años;
- Para el cuarto grupo⁴⁾ de países no se estimaron los costos.

El costo total anual para los tres primeros grupos de países sería de \$33,7 millones y para el quinquenio totalizaría \$168,2 millones, para satisfacer la brecha de necesidades existentes entre los niveles actuales y las metas establecidas. (Estos datos aparecen en el Cuadro 2.1 de este Anexo).

3. a) Costos estimados de la permanencia de embarazadas de alto riesgo en hogares maternos (Cuadro 2.4).

Costo estimado en millones de US\$

Permanencia Tiempo/Costo	Primer grupo	Segundo grupo	Costo total
6 días US\$48	18,5	80,0	98,5

b) Costo de instalación de los hogares maternos (Cuadro 2.2):

Primer grupo	\$ 2,0
Segundo grupo	\$ 8,7
Costo redondeado	US\$10,8 millones

-
- 1) Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana
 - 2) Brasil, Colombia, Guyana, México y Venezuela
 - 3) Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tabago y Uruguay
 - 4) Canadá y los Estados Unidos de América

4. Instalación de las casas de atención de parto normal (Cuadro 2.2)

Costo estimado por cama \$200:*

	<u>Camas</u>	<u>Costo</u>
Primer grupo	130	\$ 26.000
Segundo grupo	<u>461</u>	<u>92.200</u>
Costo total	591	\$118.200

5. Atención institucional del parto

El cálculo se hace para cubrir la brecha de atención entre el nivel de la cobertura actual y el programado para 1995.

Se estima que el 10% de las necesidades de parto institucional podrán atenderse en las casas de atención de parto de bajo riesgo a un costo estimado de \$20 por parto.

El primer grupo requerirá anualmente para la atención en casas de parto \$528.000 y para los 5 años, \$2,6 millones. Nótese que estos valores no incluyen el costo inicial de instalación que se calcula en otro acápite.

El costo de parto hospitalario anual en el primer grupo de países se estima en \$47,5 millones y para los 5 años en \$237,5 millones. El valor unitario promedio del egreso por parto quirúrgico o normal se estimó en \$200.

En el segundo grupo la atención programada en casas de parto se estimó en US\$1.9 millones anuales y para los 5 años en \$9,3 millones. La atención hospitalaria se calcula en \$168,0 millones al año y en \$840 millones para los 5 años.

El costo total anual para cubrir la brecha de parto institucional para estos dos grupos de países totaliza US\$218.0 millones y para los 5 años US\$1077.5 millones, de los cuales US\$11.9 millones corresponden a la atención en casas de parto. (Los cálculos aparecen en los Cuadros 2.3 y 2.4 de este Anexo).

(*) Esta suma podría elevarse hasta US\$1.000

6. Capacitación de recursos humanos

6.1 Capacitación de médicos y auxiliares de enfermería

Para la estimación del número necesario de médicos, auxiliares de enfermería y consultorios para la atención de embarazos de alto riesgo, se hizo el cálculo con base en módulos poblacionales de 100.000 y 250.000 habitantes.

6.1.1 Estimación de los recursos humanos y los consultorios por módulo

Población (1)	Mujeres en edad fértil (2)	Embarazos (3)	Embarazos de alto riesgo (4)	No. cesáreas aceptables (5)	Partos asistidos (6)
100.000	24.000	2.800	576	432	144
250.000	60.000	7.200	1.440	1.080	360

Consultas médicas (7)	Horas/Médico necesarias (8)	Horas día por año (9)	Médicos (10)	Consultorios (11)	Aux. enferm. (12)
5.760	1.440	6	1	1	1
14.400	3.600	15	2,5	2	2,5

- (1) Población total del módulo
- (2) 24 % de la población son mujeres en edad fértil
- (3) Los embarazos se calcularon utilizando una tasa de fecundidad de 120 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años
- (4) Los embarazos de alto riesgo corresponden al 20% del total
- (5) Cesáreas aceptables 15% del total de los embarazos
- (6) Partos asistidos 5%
- (7) Total de consultas para embarazadas de riesgo
- (8) Horas médico con rendimiento de 6 consultas por hora
- (9) Una hora día-año equivale a 240 hrs. de trabajo por año.
- (10) Médicos necesarios con base en jornadas de trabajo de 6 horas
- (11) En el módulo de 100.000 hab. las jornadas de trabajo serán de 6 horas y en el módulo de 250.000 hab. estas jornadas serán de 8 horas.
- (12) Auxiliares de enfermería calculadas en la misma proporción que los médicos.

6.1.2 Necesidades de recursos humanos que deben ser capacitados para la atención de la población de embarazadas de alto riesgo en consulta ambulatoria al año

Se utilizó como base de cálculo que la educación continuada a médicos costará \$350 por persona/año y \$250 para enfermera.

Países	Embarazos de riesgo	No. de médicos necesarios	Costo entre- namiento	Personal de enfermería	Costo
Primer grupo	453.660	882	308.700	862	215.500
Segundo grupo	1.958.120	3.400	1.190.000	3.400	850.000
Tercer grupo	358.700	622	217.700	622	155.500
Total	2.770.480	4.904	1.716.400	4.884	1.221.000

Costo en 5 años, en millones de US\$:

Países	Médicos \$	Enfermeras \$	Total \$
Primer grupo	1,5	1,1	2,6
Segundo grupo	6,0	4,3	10,3
Tercer grupo	1,1	0,8	1,9
Total:	8,6	6,2	14,8

Se requieren \$14.8 millones.

6.2 Capacitación de parteras tradicionales

El costo de la educación continua de las parteras tradicionales se estima en \$90 cada una por año.

Para el primer grupo se estima que el 15% del total de partos esperados serán atendidos por parteras tradicionales capacitadas. Para dar esta atención se ha calculado que se deben capacitar a 5.200 parteras a un costo de \$468.000

Para atender el 10% de los nacimientos (787.110) en los países del grupo dos, será necesario capacitar 31.000 parteras a un costo de \$2.790.000.

El tercer y el cuarto grupo de países no requieren capacitar parteras tradicionales.

6.3 Resumen de costos de capacitación de los recursos humanos en millones de dólares

Grupos de países

	Primero	Segundo	Tercero	Total
Médicos	1.5	6.0	1.1	8.6
Enfermeras	1.1	4.3	0.8	6.2
Parteras	0.5	2.8	-	3.3
Totales	3.1	13.1	1.9	18.1

6.4 Para divulgación técnico-científica se presupuesta un 10% del costo del rubro de capacitación, \$1.800.000.

7. Medicamentos

Para este plan se estiman \$10 por cada embarazada de riesgo, para adquirir medicamentos y fungibles; nótese que otros proyectos de cooperación ya existentes en la Región están subvencionando la adquisición de anticonceptivos.

Total estimado de embarazos de riesgo, 2.700.000; costo total por año, \$27.000.000; total estimado por los cinco años, \$135 millones.

8. Transporte

Los vehículos a adquirir para transporte de gestantes, complementarán los disponibles. Sus características tendrán que adecuarse a la topografía del sitio donde se utilicen. Podrán incluirse ambulancias, lanchas con motor fuera de borda y jeeps.

Se utiliza como base del cálculo los 6.056 hospitales del subsector público que existen en América Latina a mediados de la década de los años 1980. De éstos se estima que un 90% (5.450) atienden partos. Para cada hospital se estima que se debe comprar y mantener un vehículo adicional con la siguiente distribución y costos:

Países	Hospitales existentes	Hospitales que atienden partos	Costo en millones US\$
Area Andina	1.453	1.308	13,1
Cono Sur	1.735	1.561	15,8
Brasil	1.290	1.161	11,6
Itsmo Centroamericano	223	201	2,0
Caribe Latino	327	244	2,9
México	919	827	8,3
Caribe Inglés	109	98	1,0
Subtotal	6.056	5.450	54.7
Número para ajustes Mantenimiento durante los 5 años 20% del costo inicial			0.8 11.0
	Costo Total		66.5

9. Equipos

9.1 Equipo de consultorio para atender la brecha de control prenatal

Se estiman el equipamiento de un consultorio por cada 1.500 embarazos atendidos, calculándose que se necesita 1.338 consultorios en los primeros cinco años del plan. El costo unitario estimado por equipo según precios del catálogo UNICEF/UNIPAC-1988 y ABCO Hospital Equipment and Supplies fue de \$3.314, y el costo del total de \$4.334.346.

9.2 Equipos para funciones obstétricas del primer nivel de referencia

Se establece como aceptable que el 15% de los embarazos terminen en cesárea. Se calcula que en la población de embarazadas correspondiente a la brecha de atención requerirán cesárea: 39.600 mujeres del primer grupo de países, 140.000 del segundo grupo.

En un módulo de 100.000 habitantes que tendría 2.900 embarazadas habría 435 cesáreas al año, las que podrían atenderse con una dotación completa del primer nivel de referencia.

Con base en la estimación de cesáreas se calculan como necesidades un equipo para cada 100.000 habitantes y como necesidades totales las siguientes:

Grupo de países	Equipos	Costo en miles de dólares
Primer grupo	100	2.895
Segundo grupo	350	10.132

Costo total aproximado: 17 millones, con fletes y seguros.

9.2.1 Composición de los equipos

	Costo unitario	Catálogo
Equipo anestesia	12.000	ABCO
Equipo legrado	350	UNIPAC
Equipo minilaparatomía	200	UNIPAC
Instrumental quirúrgico	7.900	ABCO-UNIPAC
Equipo laboratorio y banco de sangre	8.500	UNIPAC

10. Costo de actividades de sistemas de información, investigación y cooperación técnica

Para las actividades de promoción se calculan \$18 millones para los cinco años del plan; para desarrollo de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la muerte materna se incluye \$5 millones; para investigación operativa principalmente se proponen \$4 millones y para la cooperación técnica el costo estimado será de \$2 millones.

11. Explicación del modelo matemático utilizado

Para el cálculo de costos de atención prenatal (Cuadro 2.1), en la columna 1 se estima el número de los embarazos esperados en 1995 con base en las tasas de natalidad de cada país; en la columna 2 aparece la cobertura actual de atención prenatal por país, el 0.0 se aplicó a los países de los que no se conocía información; la columna 3 corresponde a la cobertura programada para 1995; la columna 4 es el cálculo de la brecha (diferencia entre columnas 3 y 2); la columna 5 es esta diferencia expresada en números absolutos; la columna 6 es el costo total de una consulta a razón de 5 por cada embarazada; la columna 7 es el costo anual de acuerdo con la concentración de consultas 3 para los países del primer grupo y 5 para el segundo y el tercer grupo. La columna 8 es el cálculo del costo total para los cinco años.

En el Cuadro 2.2 se estiman los costos de instalación de las camas de hogares maternos, la columna 1 es el número de hogares por país, la columna 2 es el número de camas por hogar materno; la columna 3 es el costo por cama instalada \$200,00 y la columna 4 es el costo total.

En el Cuadro 2.3 se calculan los costos por país para reducir la brecha de atención institucional del parto. La columna 1 corresponde al número en miles de partos esperados; la columna 2 es la cobertura actual de parto institucional en porcentajes; la columna 3 es la meta porcentaje en 1995 del parto institucional; la columna 4 es la diferencia entre columnas 2 y 3; la columna 5 es el número de partos en miles que constituyen la brecha entre cobertura actual y programada para 1995; la columna 6 es el número estimado que ocurrirán en las casas de partos; la columna 7 es el número calculado para la atención en hospitales; las columnas 8 y 9 son los costos promedio de atención de parto en casa de parto a razón de US\$20 por parto y en hospitales de US\$200 por parto; columnas 10 y 11 son los costos anuales y quinquenales de la atención del parto institucional.

El Cuadro 2.4 estima los costos de atención de partos en casas de parto y los costos de permanencia de los gestantes en los hogares para alto riesgo obstétrico, la columna 1, número de partos en casas de partos; columna 2, número de días cama necesarios en promedio 1,5; columna 3, número de casas de parto necesarias con un giro de partos por cama de 200; columna 4, número de embarazos de alto riesgo; columna 5, número de camas necesarias; columna 7 costo total del parto en casas de parto; columna 8, costo total en hogares para gestantes de alto riesgo.

CUADRO 2.1

CALCULOS ESTIMADOS DE LOS COSTOS ANUALES Y QUINQUENIALES DE ATENCION PRENATAL POR PAIS DE LA BRECHA ENTRE LAS COBERTURAS ACTUALES Y LAS PROGRAMADAS

Países	Emb. Esp. (000) (1)	Cobert. Act	Cobert. Prog.	Brecha	Brecha en	Costo estimado (6)	Costo anual (000) (7)	Costo Total (000)
		% (2)	% (3)	% (4)	Número (000) (5)			5 años (8)
GRUPO UNO								
Bolivia	276,8	50,0	75,0	25,0	69,2	346,0	1.038,0	5.190,0
Perú	793,0	60,0	75,0	15,0	119,0	594,8	1.784,3	8.921,3
Ecuador	286,0	69,0	75,0	6,0	17,2	85,8	257,4	1.287,0
Rep. Dominicana	162,8	66,0	75,0	9,0	14,7	73,3	219,8	1.098,9
Nicaragua	117,0	45,0	75,0	30,0	35,1	175,6	526,5	2.632,5
Honduras	189,7	66,0	75,0	9,0	17,1	85,4	256,1	1.280,5
Guatemala	312,4	46,0	75,0	29,0	90,6	453,0	1.358,9	6.794,7
El Salvador	130,1	34,0	75,0	41,0	53,3	266,7	800,1	4.000,6
							6.241,1	31.205,4
GRUPO DOS								
Brasil	5.714,8	74,0	80,0	6,0	342,9	1.714,4	6.857,8	34.288,8
Colombia	793,0	76,0	80,0	4,0	31,7	158,6	634,4	3.172,0
México	2.696,7	62,0	80,0	18,0	485,4	2.427,0	9.708,1	48.540,6
Jamaica	55,5	75,0	80,0	5,0	2,8	13,9	55,5	277,5
Venezuela	514,3	80,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	000,0
Guyana	16,3	33,0	80,0	47,0	7,7	38,3	153,2	766,1
							17.409,0	87.045,0
GRUPO TRES								
Grenada	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Suriname	12,1	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dominica	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trinidad y Tabago	28,2	90,0	100,0	10,0	1,7	8,5	42,3	211,5
Argentina	652,9	70,0	100,0	30,0	195,9	979,4	4.896,8	24.483,8
Panamá	52,4	89,0	100,0	11,0	5,8	28,8	144,1	720,5
Chile	231,5	90,0	100,0	10,0	23,2	115,8	578,8	2.893,8
Costa Rica	79,7	90,0	100,0	10,0	8,0	39,9	199,3	996,3
Uruguay	51,2	70,0	100,0	30,0	15,4	76,8	384,0	1.920,0
Belice	7,5	80,0	100,0	20,0	1,5	7,5	37,5	187,5
Santa Lucía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cuba	199,6	98,0	100,0	2,0	4,0	20,0	100,0	500,0
							6.382,7	31.913,3
GRUPO CUAIRO								
Estados Unidos de América	4.556,6	98,0	100,0	2,0	91,1			
Canadá	421,6	99,0	100,0	1,0	4,2			

CUADRO 2.2

COSTOS POR PAIS DE LA INSTALACION DE LOS HOGARES DE ATENCION
 MATERNA PARA EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

Países	No. hogares (1)	No. camas (2)	Costo cama (3)	Total (4)
<u>Grupo A</u>				
Bolivia	155	1.238	200	247.527
Perú	443	3.546	200	709.138
Ecuador	160	1.279	200	255.755
República Dominicana	91	728	200	145.583
Nicaragua	65	523	200	104.627
Honduras	106	848	200	169.639
Guatemala	175	1.397	200	279.363
El Salvador	73	582	200	<u>116.341</u>
				2.027.972
<u>Grupo B</u>				
Brasil	3.194	25.552	200	5.110.440
Colombia	443	3.546	200	709.138
México	1.507	12.058	200	2.411.515
Jamaica	31	248	200	49.631
Venezuela	287	2.300	200	459.911
Guyana	9	73	200	<u>14.576</u>
				8.755.211

CUADRO 2.3

CALCULO ESTIMADO DE LOS COSTOS DE LA ATENCION DE PARTO INSTITUCIONAL POR PAIS, PARA REDUCIR LA DIFERENCIA ENTRE LA COBERTURA ACTUAL Y LAS METAS PROPUESTAS EN EL PLAN REGIONAL PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA

Países	Partos espera- dos en 1995 (000) (1)	Cobertura actual % (2)	Meta 1995 % (3)	Brecha % (4)	Brecha No. (000) (5)	N.en C.Part (000) (6)	N.en Hosp (000)(7)	Cost en C.P (000) (8)	Cost en Hosp (000) (9)	Cost Anual (000)(10)	Cost 5 años (000) (11)
GRUPO A											
Bolivia	235,3	28,0	55,0	27,0	63,5	6,4	57,2	127,1	11.434,6	11.561,7	57.808,3
Perú	674,1	49,0	55,0	6,0	40,4	4,0	36,4	80,9	7.279,7	7.360,6	36.803,1
Ecuador	243,1	53,0	55,0	2,0	4,9	0,5	4,4	9,7	875,2	884,9	4.424,4
República Dominicana	138,4	54,0	55,0	1,0	1,4	0,1	1,2	2,8	249,1	251,9	1.259,3
Nicaragua	99,5	41,0	55,0	14,0	13,9	1,4	12,5	27,8	2.506,1	2.534,0	12.669,3
honduras	161,2	26,0	55,0	29,0	46,8	4,7	42,1	93,5	8.417,0	8.510,5	42.552,6
Guatemala	265,5	22,0	55,0	33,0	87,6	8,8	78,9	175,3	15.773,1	15.948,3	79.741,7
El Salvador	110,6	50,0	55,0	5,0	5,5	0,6	5,0	11,1	995,3	1.006,3	5.031,6
								528,1	47.630,1	48.058,2	240.290,9
GRUPO B											
Brasil	4.857,6	70,0	80,0	10,0	485,8	48,6	437,2	971,5	87.436,4	88.408,0	442.039,8
Colombia	674,1	75,0	80,0	5,0	33,7	3,4	30,3	67,4	6.066,5	6.133,9	30.669,3
México	2.292,2	62,0	80,0	18,0	412,6	41,3	371,3	825,2	74.267,1	75.092,3	375.461,5
Jamaica	47,2	77,0	80,0	3,0	1,4	0,1	1,3	2,8	254,7	257,6	1.287,9
Venezuela	437,2	98,0	98,0	0,0	0,0						
Guyana	13,9	90,0	90,0	0,0	0,0						
								1.866,9	168.024,8	169.891,7	849.458,5
GRUPO C											
Grenada	0,0	0,0									
Suriname	10,3	80,0	85,0	5,0	0,5						
Dominica	0,0				0,0						
Trinidad y Labago	24,0	98,0	98,0	0,0	0,0						
Argentina	555,0	93,0	93,0	0,0	0,0						
Panama	44,5	96,0	96,0	0,0	0,0						
Chile	196,8	98,0	98,0	0,0	0,0						
Costa Rica	67,7	93,0	93,0	0,0	0,0						
Uruguay	43,5	97,0	97,0	0,0	0,0						
Belice	6,4	80,0	85,0	5,0	0,3						
Santa Lucía	0,0										
Cuba	169,7	99,0	99,0	0,0	0,0						
GRUPO D											
Estados Unidos de América	3.873,1	98,0	98,0	0,0	0,0						
Canadá	358,4	99,0	99,0	0,0	0,0						
								2.448,0	215.554,9	217.949,9	1.089.749,4

CUADRO 2.4

CALCULO ESTIMADO DE COSTO DE ATENCION DE PARTOS EN CASAS DE PARTO
 Y DE LA PERMANENCIA DE GESTANTES EN HOGARES PARA ALTO RIESGO OBSTETRICO

Países	No. de parto en casas	Días cama	No. camas necesarias	Embarazos de alto riesgo	Días camas	Camas necesarias alto riesgo	Costo parto normal	Costo embarazo
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
<u>Grupo A</u>								
Bolivia	6.353	9,529	31	47.056	376.448	1.238	127.051	2.258.688
Perú	4.044	6.066	20	134.810	1.078.480	3.545	80.886	8.470.880
Ecuador	486	729	2	48.620	388.960	1.279	9.724	2.333.760
República Dominicana	138	208	1	27.676	221.408	728	2.768	1.328.448
Nicaragua	1.392	2.088	7	19.890	159.120	523	27.845	954.720
Honduras	4.676	7.014	23	32.249	257.992	848	93.522	1.547.952
Guatemala	8.763	13.144	43	53.108	424.864	1.397	175.256	2.549.184
El Salvador	553	829	3	22.117	176.936	582	11.059	1.061.616
Totales			130				528.112	18.505.248
<u>Grupo B</u>								
Brasil	48.576	72.864	240	971.516	7.772.128	25.552	971.516	46.632.768
Colombia	3.370	5.055	17	134.810	1.078.480	3.546	67.405	6.470.880
México	41.260	61.889	203	458.439	3.667.512	12.058	825.190	22.005.072
Jamaica	142	212	1	9.435	75.480	248	2.831	452.880
Venezuela	-	-	-	87.431	699.448	2.300	-	4.196.688
Guyana	-	-	-	2.771	22.168	73	-	133.008
							1.866.942	79.891.236
							2.923.165	116.901.792
							=====	=====

DESCRIPCION DE MODELOS ALTERNATIVAS DE ATENCION
Y COMITE DE VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA

Hogares maternos para gestantes de alto riesgo

Son establecimientos contruidos y habilitados localmente para las mujeres embarazadas de las áreas rurales y urbano-marginales en quienes se ha detectado factores de riesgo a través de los niveles de atención primaria.

Estos hogares deben estar ubicados cerca del hospital de referencia y estarán conectadas a un sistema de alarma y transporte.

Estos hogares tienen como funciones:

- Educativas para las embarazadas mediante lecturas, charlas y cursos de psicoprofilaxis;
- Preventivas y asistenciales para hacer el seguimiento del embarazo de riesgo y prevenir las complicaciones;
- Docentes, para los estudiantes de medicina, enfermería y otras profesiones de la salud para recibir instrucción y contribuir a la prestación de servicios;
- Recreativas para las gestantes internadas.

El hogar deberá tener un responsable y personal de salud permanente que deberá efectuar una evaluación y seguimiento diario a las embarazadas internadas. Tendrá un comité de dirección con la participación de la comunidad y del gobierno local.

Un hogar prototipo deberá tener ocho camas, una estancia promedio de seis días, un giro de cama anual de 52 embarazadas y con una ocupación cercana al 85%.

CAPTACION Y COMPLEMENTACION DE PARTERAS TRADICIONALES

La partera tradicional es un recurso identificado por la comunidad como apropiado para la atención del parto y el recién nacido. Esta actividad le ha dado liderazgo y cierta autoridad en su medio, condiciones que los servicios de salud han aprovechado como un nexo de la comunidad con los servicios de salud.

La partera tradicional deberá vincularse a los servicios locales de salud mediante un proceso de educación permanente que permitirá complementar sus conocimientos de atención maternoinfantil. Se deberá dotar con el equipo mínimo para la atención del parto y el recién nacido con el fin de lograr una acción más efectiva y libre de riesgo para la salud de la madre y el niño. Deberá tener además una coordinación con los servicios de salud.

CASAS COMUNITARIAS PARA LA ATENCION DEL PARTO

Son establecimientos construidos, habilitados e instrumentados por la propia comunidad en donde se presta atención a gestantes, parturientas y puerperas a cargo de parteras tradicionales complementados o personal de enfermería.

Este personal ejerce actividades de atención prenatal y del parto de bajo riesgo, atención del puerperio y del recién nacido. Estas funciones son supervisadas periódicamente por los profesionales de la salud, quienes participan además directamente en actividades preventivas y promocionales en salud de la mujer, maternidad, regulación de la fecundidad y puericultura.

Para asegurar el acceso a los niveles de referencia se deberá contar con un sistema de transporte y comunicación.

Estas instituciones cuando cumplen con los requisitos básicos aseguran un entorno que cubre las necesidades psicofísicas de la gestante y su recién nacido. Contribuyen a parto natural y a mantener los valores culturales de las mujeres que las utilizan.

El prototipo de la casa comunitaria de atención del parto tendrá un promedio de tres camas con una permanencia no mayor de 24 horas después de ocurrido el parto.

COMITE DE MORTALIDAD MATERNA

Definición

Es un organismo técnico no punitivo y confidencial que tiene por objeto auditar los casos de muerte de mujeres en edad fértil para identificar la mortalidad materna, sus causas, su evitabilidad y previsibilidad.

Constitución

Los comités de mortalidad materna pueden actuar en tres niveles:

A nivel nacional o central

- El Director del programa nacional de salud maternoinfantil, quién lo preside.
- Un grupo de expertos constituidos por: dos médicos gineco-obstetras y dos médicos patólogos.(1)
- Un representante de la Dirección de Informática

A nivel regional

- El responsable del programa maternoinfantil a ese nivel lo presidirá.
- Un grupo de expertos obstetra y patólogos (1).
- El jefe de la unidad de estadística.

A nivel de servicios locales de salud

- El director del hospital quién lo presidirá.
- El jefe del departamento o servicios de obstetricia y ginecología.
- Un médico del departamento o servicios de obstetricia y ginecología.
- El jefe de estadística del hospital.

Funciones

Los comités de mortalidad materna deberán reunirse regularmente y tendrán las siguientes funciones:

- De auditoría: De toda muerte materna a través del examen de los registros, los informes, los certificados de defunción, las historias clínicas, las entrevistas a familiares, los exámenes de patología.

(1) En el grupo de expertos es conveniente la participación de un representante del colegio médico o asociación médica.

- Normativas:

- . Proponer registro único de hechos materno-perinatales;
- . Unificar terminología, definiciones, clasificaciones, procedimientos técnicos.
- . Promocionar el adecuado llenado del certificado de muerte materna y precisar la causa básica, causa intermedia y causa terminal.
- . Clasificar las muertes en prevenibles y no prevenibles.

- Educativas:

- . Estimular la educación continua y en servicio.
- . Estimular la educación formal e informal.

- De investigación:

- . Promover la investigación en morbilidad y mortalidad de la mujer.

- De asesoría:

- . Asesorar a las autoridades de salud en la asignación de recursos de acuerdo con los resultados de la evaluación de los casos de mortalidad materna.

- Informativas:

- . Elaborar informes confidenciales sobre las muertes maternas para su difusión a los distintos niveles.