

Por una

maternidad sin riesgos

**cómo superar los obstáculos en
la atención a la salud materna**

por Elizabeth I. Ransom y Nancy V. Yinger



Population Reference Bureau

Agradecimientos

Esta publicación fue preparada por Elizabeth I. Ransom y Nancy V. Yinger, del Population Reference Bureau (PRB), en colaboración con Justine Sass. Vijay Rao se encargó de las tres figuras que aparecen en el texto. Susan Adamchak, Lori Ashford, Liz Creel, David Ransom y Marjorie Ransom repararon los borradores e hicieron comentarios sobre el documento. Margaret Blabey ayudó a comprobar los datos. La publicación no hubiera sido posible sin la asesoría y las generosas aportaciones de expertos en salud materna y directores de programas en todo el mundo, cuyos nombres son demasiados numerosos para mencionarlos en su totalidad.

Se agradece en forma especial la revisión hecha por las siguientes personas:

Oona Campbell, ponente de alto nivel, Programa de Salud Materna, Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Jerker Liljestrand, principal especialista en salud, Unidad de Salud, Población y Nutrición, Banco Mundial

Florence Mirembe, profesora asociada, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Makerere

Ellen Mitchell, investigadora asociada, IPAS

Fred Sai, profesor, Escuela de Medicina de la Universidad de Ghana

Theresa Shaver, asesora de maternidad sin riesgo y supervivencia infantil, NGO Networks for Health

Mary Ellen Stanton, asesora de alto nivel sobre salud reproductiva, Centro sobre Población, Salud y Nutrición, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Ellen Starbird, jefe, División de Política y Evaluación, Centro sobre Población, Salud y Nutrición, USAID

Ann Starrs, vicepresidenta, Family Care International

Sereen Thaddeus, directora de comunicación para el cambio de las conductas, Programa de Salud Materna y Neonatal, Centro de Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins

PRB agradece el apoyo proporcionado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Esta publicación fue financiada por el Centro de Población, Salud y Nutrición de dicho organismo, a través del programa MEASURE *Communication* (HRN-A-98-000001-00).

Diseño: Heather Lilley, PRB

Traducido por: Ángeles Estrada

Fotografías de la cubierta: © CARE/Scott Faiia, Nepal; Banco Mundial/Curt Carnemark, Botswana; M/MC Photoshare/Harvey Nelson, Etiopía; CARE/Kim Johnston, Ecuador; y CARE/Gardiner Offutt, Tanzania.

Foto de la cubierta: © Proyecto de garantía de calidad, Nicaragua.

Este informe también puede verse en inglés, español y francés en www.measurecommunication.org, o bien en www.prb.org

© Julio 2002, Population Reference Bureau

Estas y otras muchas publicaciones pueden obtenerse en los sitios Web de PRB (www.prb.org) y MEASURE *Communication* (www.measurecommunication.org). Para pedir publicaciones (o recibir un catálogo gratuito), pónganse en contacto con:

Population Reference Bureau

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520,
Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: 202-483-1100

Fax: 202-328-3937

E-mail: popref@prb.org

Sitio Web: www.prb.org

Todos los materiales son gratuitos para el público de países en desarrollo y organismos que colaboran con USAID, aunque nos reservamos el derecho de limitar las cantidades.

Population Reference Bureau

Desde su creación en 1929, el PRB ha estado a la vanguardia en proporcionar información objetiva y oportuna sobre tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias. Mediante una gran variedad de actividades (como publicaciones, servicios de información, conferencias y talleres y apoyo técnico), el PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, los educadores, los medios de comunicación y los ciudadanos de todo el mundo interesados en velar por el bien público. Se trata de una organización sin fines de lucro, que no aboga por ninguna causa específica. La labor del PRB está financiada por contratos gubernamentales, donaciones de fundaciones y contribuciones a nivel individual y empresarial, así como por la venta de publicaciones. El PRB está regido por una junta directiva cuyos miembros representan diferentes intereses comunitarios y profesionales.

Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna

Resumen ejecutivo	2
<i>Figura 1. Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, 1995</i>	2
Introducción	5
Alcance del problema	6
<i>Cuadro 1. Riesgo de muerte durante la vida de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, 1995</i>	6
Causas de muertes maternas	7
<i>Figura 2. Causas directas de muertes maternas</i>	7
<i>Recuadro 1. Aborto, planificación familiar y mortalidad materna</i>	8
Consecuencias de la morbilidad y mortalidad maternas	9
Apoyo internacional para las políticas que promueven la maternidad sin riesgos	10
¿Qué pueden hacer los gobiernos?	11
<i>Recuadro 2. Nueva función de la atención antenatal</i>	12
Evaluar la situación local	13
Reforzar los establecimientos y recursos existentes	14
Vigilar el progreso	15
<i>Recuadro 3. Muchos obstáculos impiden que se reciba atención: la historia de Tahera</i>	17
<i>Figura 3. Atención capacitada durante el parto y muertes maternas (comparaciones regionales)</i>	18
Programas que promueven la salud y la supervivencia maternas	19
<i>Retraso 1. Reconocer los signos de peligro</i>	19
<i>Retraso 2. Decidir cuándo hay que buscar ayuda</i>	21
<i>Recuadro 4. Papeles de ambos sexos y la maternidad sin riesgos</i>	23
<i>Recuadro 5. Las madres adolescentes: un grupo con necesidades especiales</i>	24
<i>Retraso 3. Obtener la atención adecuada</i>	26
<i>Retraso 4. Atención en los establecimientos de salud</i>	29
Conclusión	32
Apéndice: Recursos técnicos	33
Referencias	34

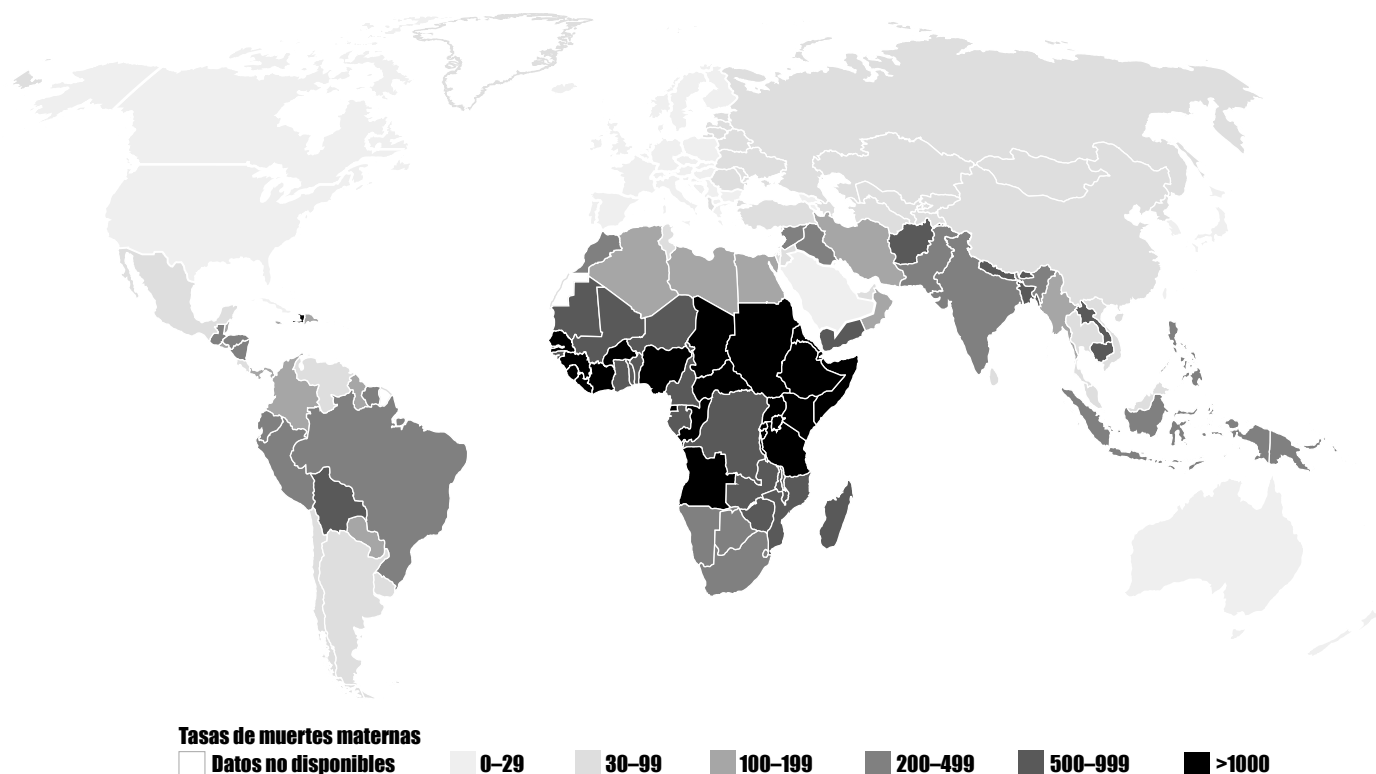
Resumen ejecutivo

En todo el mundo la gente celebra el nacimiento de un nuevo ser. Las sociedades esperan que las mujeres tengan hijos y honran su papel de madres; pero en la mayor parte del planeta, el embarazo y el parto son procesos peligrosos. En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente por causas relacionadas con la creación de una nueva vida, y ello sólo muestra parte de la gravedad del problema, ya que por cada mujer muerta, otras 30 sufren devastadores problemas de salud, como daño en los órganos reproductivos o infertilidad. El 99 por ciento de estas muertes tiene lugar en las regiones menos desarrolladas, y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto. Es una situación trágica que no tiene por qué continuar.

Se ha demostrado que se pueden reducir los riesgos que la maternidad supone para la mujeres. En la última década, los expertos han llegado en su mayoría a la conclusión de que existen una serie de estrategias para ayudar a salvar vidas, que pueden aplicarse incluso en contextos de pocos recursos. Lo que hace falta es que los gobiernos se comprometan a hacer que sea una prioridad.

La investigación muestra que pueden salvarse vidas y reducir el sufrimiento materno si los sistemas de salud responden a las complicaciones mortales del

Figura 1. Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, 1995



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra: OMS, 2001).

embarazo y el parto, en el momento que se presentan. Una de las mejores formas es asegurarse de que exista atención capacitada durante el parto. Sólo la mitad de los partos en los países menos desarrollados son atendidos por personal de salud debidamente preparado, lo que exige que los médicos, enfermeras o parteras estén capacitados, no sólo para asistir en partos normales, sino para tratar las complicaciones mortales del embarazo y el parto. Ello, y el buen funcionamiento de los sistemas de salud y transporte, permitirá a dicho personal atender debidamente a las mujeres o estabilizar su situación hasta que puedan ser remitidas para recibir la atención apropiada.

Asegurar que las mujeres reciban la debida atención durante el parto es parte esencial de los programas de maternidad sin riesgos. Pero dicha atención por personal preparado sólo es eficaz si existen sistemas de salud que respondan a las necesidades de la mujer y a los obstáculos a que se enfrenta en el camino a recibir tratamiento de emergencia.

Los sistemas de salud eficaces ponen la atención obstétrica a disposición de todas las mujeres, y ello incluye las intervenciones quirúrgicas y técnicas necesarias para abordar situaciones que ponen en peligro su vida durante el embarazo y el parto, o después del nacimiento del niño. La atención antenatal y otros servicios pueden ayudar a detectar y tratar algunas de las complicaciones del embarazo. El uso de métodos anticonceptivos previene la muerte materna, al reducir el riesgo que suponen el embarazo y el parto. Al evitar los embarazos no planeados, se protege la salud de la mujer, ya que aproximadamente una cuarta parte de las muertes maternas son debidas a abortos en condiciones de riesgo. Los métodos anticonceptivos también permiten que la mujer retrase la maternidad, ponga espacio entre un hijo y otro, y se proteja de enfermedades de transmisión sexual, incluidos el VIH y el SIDA.

Sin embargo, la existencia de personal capacitado no garantiza su uso. Las mujeres sufren múltiples retrasos en la búsqueda y obtención de atención de emergencia; pierden la oportunidad de poner a salvo su vida, por no reconocer los signos de complicaciones mortales (**Retraso 1**); o por posponer la decisión de buscar atención (**Retraso 2**); o bien porque tardan demasiado en llegar al lugar donde se proporciona (**Retraso 3**); o reciben atención deficiente o con demasiada lentitud en los establecimientos de salud (**Retraso 4**).

Para reducir dichos retrasos se necesita voluntad política y acciones a nivel local y nacional, lo que es posible incluso en lugares de bajo ingreso. La reducción de la mortalidad materna también exige un esfuerzo sostenido y bien coordinado. Los gobiernos y las comunidades pueden contribuir a reducir el riesgo, evaluando las condiciones locales y mejorando los recursos existentes y las redes de atención sanitaria, así como vigilando el progreso realizado y ayudando a las mujeres a superar los obstáculos que les impiden recibir la atención que puede salvarles la vida. Existen muchos datos de investigación y experiencia a nivel de programas, que demuestran que el embarazo y el parto no tienen por qué poner a la mayoría de las mujeres en considerable riesgo. Se necesita reforzar el apoyo y el compromiso necesarios para que el proceso de traer nuevos seres a este mundo presente menor peligro para la madre.

Para reducir el riesgo, los expertos en salud materna recomiendan las siguientes opciones normativas, si bien las autoridades encargadas de la toma de decisiones deben elegir las que consideren más pertinentes para sus países.

Retraso 1. Ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro

- elevando el reconocimiento por parte de la comunidad sobre las complicaciones que indican que la vida de la mujer está en peligro; y
- educando a las mujeres, sus compañeros y familias sobre el momento apropiado para buscar ayuda cuando surjan complicaciones y dónde deben buscarla.

Retraso 2. Ayudar a las mujeres y a sus familias en la decisión de buscar atención

- alentando a las familias y comunidades a establecer planes de acción para emergencias obstétricas;
- elevando la condición social de la mujer, para que se sientan capacitadas para tomar decisiones críticas sobre su salud;
- mejorando los lazos entre las comunidades y los proveedores de atención sanitaria;
- mejorando la relación entre los curanderos tradicionales y los proveedores capacitados;
- mejorando la relación interpersonal del personal de salud y la comunidad, basándose en la forma en que ésta define la atención de calidad;
- educando a las mujeres y a sus familias sobre dónde pueden buscar ayuda en caso de complicaciones;
- alentando a las comunidades a crear planes de seguros, para afrontar juntos los costos relacionados con la asistencia de emergencia; y
- alentando a las adolescentes y mujeres solteras o separadas, así como a los diversos grupos étnicos y lingüísticos que dudan en utilizar los establecimientos de salud por obstáculos de índole sociocultural, a que utilicen dichos servicios.

Retraso 3. Ayudar a las mujeres a obtener la atención adecuada

- alentando a las comunidades a que tengan planes de transporte para casos de emergencia;
- mejorando las carreteras y otros sistemas de transporte;
- mejorando los sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria; y
- creando residencias de espera para alojar a las mujeres a punto de dar a luz.

Retraso 4. Asegurarse de que las mujeres reciban atención en los establecimientos de salud

- mejorando la calidad de la atención, incluida la capacidad técnica y de relación interpersonal del personal de salud, así como su desempeño profesional y su estímulo para proporcionar buen servicio;
- estableciendo protocolos nacionales para el tratamiento de complicaciones obstétricas;
- capacitando al personal de salud de dichos establecimientos para reconocer las complicaciones que pueden ser mortales para las madres, y proceder a admitirlas como pacientes;
- asegurándose de que exista un suministro sostenible de medicamentos, de equipo esencial y de sangre, así como el nivel adecuado de personal en los establecimientos de salud, para atender casos de emergencia;
- proporcionando atención 24 horas al día en los establecimientos que ofrecen atención obstétrica de urgencia;
- mejorando los sistemas de remisión de pacientes de la comunidad a los establecimientos de salud;
- mejorando la comunicación entre las unidades que proporcionan atención sanitaria para que exista mayor remisión de pacientes; y
- asegurándose de que el programa nacional de estudios para los proveedores de atención sanitaria incluya elementos prácticos sobre el tratamiento obstétrico en casos de emergencia.

Introducción

“Ningún país manda a sus soldados a la guerra para defenderlo sin procurar que regresen sanos y salvos, pero durante siglos se les ha pedido a las mujeres que luchen para renovar los recursos humanos, sin darles protección alguna”.

—Fred Sai, antiguo presidente de la Federación Internacional de Planificación Familiar¹

En todo el mundo la gente celebra el nacimiento de un nuevo ser. Las sociedades esperan que las mujeres tengan hijos y honren su papel de madres, pero en la mayor parte del planeta el embarazo y el parto son procesos peligrosos. En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente al traer hijos al mundo. Para muchas mujeres sus años de procreación pueden durar décadas, si bien el embarazo y el parto, así como los 42 días siguientes al nacimiento del bebé, son los momentos de mayor peligro.

Está demostrado que los riesgos que la maternidad conlleva se pueden reducir². En la última década los expertos han llegado a la conclusión de que en general existe una serie de estrategias para salvar vidas, que pueden aplicarse incluso en contextos de pocos recursos³. Los gobiernos del mundo entero han firmado convenciones internacionales a favor de una reducción considerable de la mortalidad materna⁴; pero, en el 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció que, “a pesar del progreso realizado por algunos países, los índices de morbilidad y mortalidad materna siguen a niveles inaceptablemente altos en la mayoría de los países”⁵. Lo que falta es que los gobiernos se comprometan a considerar la maternidad sin riesgos como tema prioritario.

Esta publicación describe el estado actual de la salud materna, proporciona un panorama general de los esfuerzos realizados para combatir la morbilidad (es decir, las lesiones sostenidas durante el embarazo y el parto) y la mortalidad a nivel internacional; sugiere formas en que los gobiernos pueden reducir la mortalidad materna; y pone de relieve algunos programas que están dando resultado en superar los obstáculos a dicha supervivencia. El énfasis está en el éxito logrado al respecto, como lo muestran los relatos de mujeres cuyas vidas se salvaron gracias a programas innovadores.

Cuadro 1. Riesgo de muerte durante la vida de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, 1995

Región	Riesgo de muerte durante la vida
África subsahariana	1 en 13
Asia meridional	1 en 54
Oriente Medio y África septentrional	1 en 55
América Latina y el Caribe	1 en 157
Asia oriental y el Pacífico	1 en 283
Europa oriental central/Comunidad de Estados Independientes y del Báltico	1 en 797
Países industrializados	1 en 4.085

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra, 2001).

Alcance del problema

Las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud –que expide cálculos revisados de mortalidad materna a nivel mundial cada cinco años– sugieren que 515.000 mujeres mueren anualmente por dichas causas⁶. El 99 por ciento de las muertes tienen lugar en los países menos desarrollados, lo que hace que la mortalidad materna sea el indicador de salud que refleja mayor disparidad entre el mundo desarrollado y el de en vías de desarrollo⁷. La peor situación es la de las mujeres del África subsahariana, donde una de cada 13 muere por causas relacionadas con el embarazo a lo largo de su vida, comparado con una de cada 4.085 en los países industrializados (ver el Cuadro 1).

Lamentablemente, la muerte es sólo parte del problema. Por cada mujer muerta, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidad por el embarazo y el parto, lo que representa como mínimo 15 millones de mujeres al año. El efecto total acumulado se calcula que asciende a 300 millones de mujeres afectadas, o más de una cuarta parte de las mujeres adultas en el mundo en desarrollo⁸. Entre los problemas relacionados con el embarazo se encuentran la anemia grave, la infertilidad y las lesiones en el útero y el tracto reproductivo ocasionadas durante el parto⁹. Algo que puede ser especialmente devastador son las fistulas obstétricas (desgarros entre la pared de la vagina y el tracto urinario o el recto, que pueden causar incontinencia permanente si no se tratan)¹⁰. Muchas mujeres consideran demasiado vergonzoso hablar de estos y otros trastornos, o buscar tratamiento¹¹; y dicha “cultura del silencio” es mayor en lugares donde la mujer no tiene poder para tomar decisiones y actuar libremente para cuidar su salud¹².

Causas de muertes maternas

La mayoría de las muertes maternas tienen lugar después del parto, generalmente durante las 24 horas siguientes. Aproximadamente la cuarta parte ocurre durante el embarazo, y alrededor del 15 por ciento en el parto¹³. La causa más común es la hemorragia –la rápida y grave pérdida de sangre antes, durante o después del parto.

Se considera que la hemorragia es una causa “directa” de muerte porque está directamente relacionada con el embarazo y el parto. Las cuatro quintas partes de las muertes maternas se deben a causas directas: hemorragia, infección, complicaciones relacionadas con abortos en condiciones de riesgo y trastornos de hipertensión. (Ver el Recuadro 1, en la página 8, para mayor información sobre la relación entre la mortalidad materna y los abortos en

condiciones de riesgo.) La Figura 2 muestra el grado en que cada una de estas causas directas contribuye a la mortalidad materna¹⁴.

El 20 por ciento restante se debe a causas indirectas, es decir enfermedades como la malaria, la anemia o la diabetes, que empeoran con el embarazo¹⁵.

La mayor parte de las muertes por causas directas puede prevenirse, si las mujeres reciben atención capacitada en momentos cruciales durante el embarazo y el parto. Desafortunadamente, muchas mujeres dan a luz sin ser debidamente asistidas por un profesional de la salud (como un médico, enfermera o partera) que sepa qué hacer en los partos normales y cómo tratar las complicaciones mortales del embarazo o el parto –o

estabilizar a la mujer para luego referirla al lugar donde puedan proporcionarle la atención adecuada¹⁶. Los expertos calculan que alrededor del 15 por ciento de los partos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico preparado, pero, por el momento, en los países menos desarrollados dicho personal se encuentra presente tan sólo la mitad de las veces¹⁷.

La mortalidad materna se ve afectada por el contexto social, económico y político del sistema de atención sanitaria, y la realidad cultural y biológica de las mujeres que buscan atención médica. Esta compleja interrelación significa que, incluso cuando se dispone de atención capacitada, puede que las mujeres no la busquen, o no la reciban¹⁸. Las mujeres sufren retrasos en dicha atención que las ponen en riesgo en diferentes momentos durante el embarazo y el parto¹⁹. Puede que las mujeres y sus familias, o las personas que las cuidan, quizás no reconozcan los signos de complicaciones mortales; o que

Figura 2. Causas directas de muertes maternas



Fuente: OMS, *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial* (Ginebra: OMS, 1999).

Recuadro 1. Aborto, planificación familiar y mortalidad materna

Alrededor del 13 por ciento de las muertes maternas en todo el mundo se debe a complicaciones resultantes de abortos en condiciones de riesgo¹, aunque en algunas áreas las cifras llegan a representar hasta la tercera parte. Muchas de ellas se registran en países donde el aborto está restringido por la ley y tienen lugar en condiciones que ponen a la mujer en riesgo. La Organización Mundial de la Salud calcula que 19 de cada 20 abortos en tales circunstancias ocurren en las naciones menos desarrolladas², y puede que las estadísticas sean bajas y que dichos abortos sean la razón de muchas muertes atribuidas a causas no relacionadas con la maternidad.

Los métodos anticonceptivos previenen la muerte materna al reducir el número de veces que la mujer queda embarazada y da a luz³. También proporcionan importante protección contra embarazos no planeados, que suelen resultar en abortos en condiciones peligrosas, lo que pone en peligro la vida de la madre o la deja infértil, con el estigma social que ello conlleva y el peligro de ser abandonada. Los métodos anticonceptivos también permiten a la mujer retrasar el inicio de la maternidad, poner mayor espacio entre un hijo y otro, y protegerse contra enfermedades de transmisión sexual, incluidos el VIH y el SIDA (si usa condones).

Pero, sea cual sea la situación legal del aborto, se pueden salvar muchas vidas si existen servicios post-aborto de alta calidad para tratar y controlar las complicaciones⁴. Las mujeres que se exponen a abortos en condiciones de riesgo pueden necesitar atención médica para combatir la sepsis, las

hemorragias o el trauma resultante; también pueden sufrir problemas a largo plazo, como la inflamación pélvica e infertilidad⁵. La atención post-aborto reduce la morbo-mortalidad materna al proporcionar tratamiento de emergencia para las complicaciones, así como asesoría y servicios de planificación familiar, tratamiento no discriminatorio y contacto con los servicios de salud reproductiva.

En Egipto se realizó un proyecto que elevó la atención médica después del aborto y el uso de planificación familiar entre dichas pacientes, en las alas de obstetricia y ginecología de dos hospitales⁶. El proyecto fomentó el uso del método de aspiración manual con anestesia local, que ha resultado ser el tratamiento más eficaz en función del costo y el más aconsejable en términos médicos para tratar abortos incompletos. También se mejoró el conocimiento de los promotores de salud y sobre los signos de peligro en complicaciones debidas a abortos incompletos, y se reforzó la asesoría impartida por el personal del hospital a las pacientes sobre la obtención de métodos anticonceptivos. Si bien antes del proyecto pocas pacientes eran informadas de las opciones de planificación familiar a su disposición, al término del mismo, más de la mitad había hablado de ello con sus proveedores de atención médica. El proyecto también tuvo un gran efecto positivo en los procedimientos para controlar la infección; a modo de ejemplo, si bien el sondeo realizado antes del proyecto reveló que tan sólo el 60 por ciento de los médicos se ponía guantes estériles para cirugía, al concluir el proyecto su uso era casi universal.

Referencias

1. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade* (Washington, DC: Family Care International, 1998): 56.

2. "Unsafe abortion – a major public health problem", *Safe Motherhood* 28, no. 1 (2000): 4.

3. Barbara Shane, *Planificación familiar: Salvando las vidas de madres y niños* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1997): 1.

4. Jerker Liljestrand y Kristina Gryboski, "Maternal mortality as a human rights issue," publicado en *Reproductive health and rights: reaching the hardly reached* (Washington, DC: PATH y Women's Reproductive Health Initiative, 2001).

5. "Unsafe abortion – a worldwide problem," *Safe Motherhood* 28, no. 1 (2000): 1.

6. Dale Huntington, Ezzeldin Osman Hassan, Nabil Attallah, Nahid Toubia, Mohamed Naguib y Laila Nawar, "Improving the medical care and counseling of postabortion patients in Egypt," *Studies in Family Planning* 26, no. 6 (1995): 350-62.

las mujeres tengan dificultad en tomar la decisión de buscar atención médica; o que teman que las traten de mala manera en los establecimientos de salud; o que les cobren demasiado; o que el tratamiento sea deficiente. También puede que las mujeres no alcancen a llegar a tiempo a las instalaciones de salud, aunque también los partos en dichas instalaciones pueden conllevar riesgos evitables, causados por atención obstétrica de baja calidad o falta de materiales médicos o de sangre. Todos estos retrasos están relacionados entre sí y son un reflejo del nivel de desarrollo socioeconómico del país.

Consecuencias de la morbilidad y mortalidad maternas

La gran mayoría de las mujeres que mueren o sufren lesiones serias por causas relacionadas con la maternidad, se encuentran en la plenitud de su vida, por lo que su morbo-mortalidad tiene graves consecuencias sociales y económicas para sus familias y comunidades. Las familias se ven privadas de la función esencial de la mujer en la atención del hogar y el cuidado de los niños y otros familiares, por lo que cuando la madre muere, tiende a reducirse el estado nutritivo de la familia²⁰. Asimismo puede que los niños que sobrevivan tengan menor asistencia a la escuela. La pérdida de salud materna —por anemia o malnutrición, ocasionada por el embarazo y el parto— también afecta la salud de los niños. Los bebés de madres malnutridas suelen tener poco peso al nacer, lo que puede ocasionar retrasos en el desarrollo, discapacidad e incluso una muerte temprana.

La investigación ha demostrado que los recién nacidos que pierden a su madre tienen menores probabilidades de sobrevivir²¹. Por otra parte, los aproximadamente 8 millones de mortinatos y muertes de recién nacidos que ocurren anualmente a nivel mundial se deben principalmente a la deficiente atención que recibe la madre durante el embarazo y el parto. Nos referimos a las muertes que tienen lugar justo antes del parto, durante el mismo o en la primera semana de vida²².

La supervivencia de los niños mayores también se ve afectada por la pérdida de la madre. Por ejemplo, un estudio en Bangladesh descubrió que los niños menores de 10 años tenían 10 veces más probabilidades de morir si perdían a sus madres, que si éstas permanecían vivas²³. Por otra parte, cuando muere una madre, la comunidad pierde un miembro productivo y el trabajo (remunerado o no) que ésta contribuye; y el país pierde lo invertido en la salud y educación de la mujer, y su contribución a la economía.

Finalmente, las complicaciones del embarazo y el parto constituyen una considerable carga para los sistemas de salud, y las muertes y lesiones ocasionadas por ambos procesos representan gran parte de las necesidades de salud reproductiva. Según un estudio de morbilidad mundial, las muertes maternas constituyen el 50 por ciento de la falta de salud reproductiva²⁴, que se define como un estado de total bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad, en todo lo relativo al sistema reproductivo, y sus funciones y procesos²⁵.

Apoyo internacional para las políticas que promueven la maternidad sin riesgos

“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

—Artículo 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Desde que se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, por lo menos 14 convenciones y conferencias internacionales han reiterado y afirmado el derecho a la maternidad sin riesgos, e indicado el papel esencial para la salud de la mujer de las intervenciones con dicho fin. Al adoptar esas convenciones, los gobiernos prometen mejorar la salud materna y responsabilizarse de poner en práctica los planes de acción correspondientes.

Una de las principales expresiones que promueven la reducción de la mortalidad materna es la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo (Safe Motherhood Initiative, o SMI)²⁶. Se trata de una coalición de organizaciones internacionales y ONGs, fundada en 1987, que se esfuerza por fomentar mayor conciencia de la situación, establecer prioridades, estimular la investigación, movilizar recursos, proporcionar asistencia técnica y compartir información. La SMI colabora con entidades gubernamentales y no gubernamentales de más de 100 países. En la primera década de la iniciativa, las entidades asociadas a la SMI desarrollaron programas modelos, pusieron a prueba nuevas tecnologías y realizaron investigaciones en una amplia variedad de países y contextos.

Al comenzar, la meta de la iniciativa era reducir la mortalidad materna a la mitad para el 2000. Durante la década de 1990, varios acuerdos internacionales establecieron objetivos similares o de mayor reducción²⁷. Aparte de dichas metas estadísticas, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo hizo un amplio llamado a favor del “derecho de acceso a servicios apropiados de atención a la salud, que permitan a la mujer un embarazo y parto sin riesgos”²⁸. Si los gobiernos consideraran como prioridad el derecho de la mujer a recibir atención médica, muchas menos mujeres morirían en el parto.

En los años 80 y principios de los 90, las autoridades encargadas del establecimiento de políticas se concentraron en intervenciones de detección del riesgo prenatal y en capacitar a las parteras tradicionales sin previa preparación formal, con la esperanza de que ello salvara vidas femeninas; pero en la actualidad los expertos reconocen que, si bien la atención prenatal puede contribuir a la detección y tratamiento de ciertas afecciones que ponen a la

madre en riesgo²⁹, la mayoría de las mujeres que acaba muriendo no está dentro de las categorías denominadas de “alto riesgo”. Asimismo, debido a que toda mujer puede sufrir complicaciones imposibles de prevenir, en la actualidad no se recomienda este “enfoque de concentración en el riesgo”³⁰. El nuevo modelo de atención antenatal consiste en consultas con acciones que ayudan a salvar vidas femeninas, como son el establecer una relación entre el sistema de salud y la mujer y asesorarla sobre lo que debe hacer si surgen complicaciones que la ponen en riesgo de muerte³¹ (ver el Recuadro 2 en la página 12). Los investigadores también están actualmente reconsiderando la eficacia de capacitar a las parteras tradicionales, puesto que, a no ser que dispongan de educación médica y de los debidos suministros y equipo, estos miembros de la comunidad podrán asistir en partos normales, pero generalmente no estarán en condiciones de hacer frente a las complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre³². En lugares donde las mujeres normalmente dan a luz en casa con ayuda de una partera, los investigadores recomiendan ahora capacitar a esta última para que sepa reconocer las complicaciones mortales y remitir a las mujeres a recibir atención urgente de proveedores capacitados. Asimismo, en algunos países los expertos recomiendan sustituir a la partera por promotores de salud con mayor preparación.

¿Qué pueden hacer los gobiernos?

Existe la impresión entre los gobiernos y los donantes que los programas de maternidad sin riesgos son caros³³, pero, según la Organización Mundial de la Salud, un paquete materno-infantil, o un programa integral de maternidad sin riesgo elaborado con los recursos existentes costaría únicamente \$3 dólares estadounidenses por persona, por año, en un país de bajo ingreso³⁴. Asimismo, un informe reciente muestra que, si existe suficiente compromiso político, pueden reducirse las muertes maternas incluso en lugares de bajo ingreso. Una comparación de 64 países reveló que las reducciones en los índices de mortalidad materna estaban estrechamente relacionadas con factores como la proporción de partos asistidos por personal sanitario capacitado, y no tanto con el nivel de riqueza. El estudio concluyó que “...en último término, lo esencial puede ser generar suficiente voluntad política y social a nivel nacional e internacional para acabar con esta evitable tragedia”³⁵.

Honduras proporciona un ejemplo de un país que ha logrado mejorar la salud materna mediante un esfuerzo concertado para reducir el riesgo. Cuando un estudio de mortalidad materna en 1990 reveló un número extremadamente alto de muertes, el gobierno consideró la corrección de dicha situación una alta prioridad de sanidad pública. Al aplicar la nueva política, el Ministerio de Salud:

- ofreció atención obstétrica de emergencia en un mayor número de centros de salud y hospitales de distrito de zonas rurales;
- elevó el número de personal de salud asignado a zonas apartadas y creó centros de parto en las mismas, aparte de lograr que un mayor número de mujeres con complicaciones obstétricas fueran referidas a dichas instalaciones;
- capacitó a las parteras tradicionales para que pudieran reconocer las emergencias obstétricas y promovió su integración en el sistema de salud, al permitirles quedarse con las mujeres que llevaban al hospital;

Recuadro 2. Nueva función de la atención antenatal

En la última década los expertos se han dado cuenta de que el acceso a la atención antenatal y su uso no ayuda realmente a prever qué mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto¹. Las evaluaciones de riesgo pueden calificar incorrectamente en categorías de “alto riesgo” a mujeres que no desarrollan dichas complicaciones y pasar por alto a otras que acaban por tenerlas². Si bien es posible detectar y tratar afecciones crónicas durante el embarazo (como la anemia, la diabetes y la presión arterial alta), es imposible, incluso para un proveedor capacitado, predecir la mayoría de las emergencias obstétricas; por otra parte, las evaluaciones de riesgo crean una falsa sensación de seguridad entre las mujeres en la categoría de bajo riesgo, porque los trabajadores de salud suponen que tendrán partos normales.

Sin embargo, la atención antenatal sirve para establecer el necesario contacto entre las mujeres y el sistema de salud y facilitar otros servicios sanitarios esenciales³. Los investigadores recomiendan en la actualidad cuatro visitas durante el embarazo, concentradas en las siguientes intervenciones que se consideran efectivas:

- Asesoría sobre los signos de peligro que alertan de las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como sobre dónde buscar ayuda en caso de emergencia;
- Suministro de suplementos de folato y hierro donde exista deficiencia de este mineral o altos índices de anemia⁴;
- Suministro de bajas dosis de vitamina A, en países donde exista deficiencia⁵;
- Asesoría sobre la nutrición apropiada durante el embarazo⁶;
- En algunos lugares, tratamiento de ciertas afecciones que

Referencias

1. E.A. Yuster, “Rethinking the role of the risk approach and antenatal care in maternal mortality reduction”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 50 (suplemento 2, 1995): S59-61.
2. Theresa Shaver y Barbara Kinzie, “Antenatal care: old myths, new realities”, presentación en MAQ Mini-University, Washington, DC, 20 abril 2001, puede obtenerse en www.maqweb.org.
3. Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care: a reference manual for program managers* (Atlanta: CARE, 1998).
4. Guillermo Carroli, Cleone Rooney y José Villar, “How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and morbidity: an overview of the evidence”, *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 15 (suplemento 1, 2001): 1-42; F.E. Viteri, “The consequences of iron deficiency and anemia in pregnancy on maternal health, the fetus, and infant”, *Science News* 11 (1994): 14-18; Brian B. Johnson, *Program for the control of anemia in pregnant women: report on the results of the qualitative research* (Arlington, Virginia: MotherCare, 1996); y Lindsay H. Allen, “Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcomes”, *American Journal for Clinical Nutrition* 71 (suplemento, 2000): 1280S-84S.
5. Keith West y Joanne Katz, “Double-blind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or β -carotene on mortality related to pregnancy in Nepal”, *British Medical Journal* 318 (1999): 570-75.
6. Do Thi Ngoc Nga y Martha Morrow, “Nutrition in pregnancy in rural Vietnam: poverty, self-sacrifice and fear of obstructed labor”, publicado en *Safe motherhood initiatives: critical issues*, editores Marge Berer y T.K. Sundari Ravindran (Oxford, Inglaterra: Blackwell Science, 1999): 137-46; Justin C. Konje y Oladapo A. Lapidó, “Nutrition and obstructed labor”, *American Journal of Clinical Nutrition* 72 (suplemento, 2000): 291-97; y Mary A. Mackey, “Improving nutrition and reproductive health: the importance of micronutrient nutrition”, *Working Paper Series*, no. 5 (Washington, DC: The Futures Group, POLICY Project, 2000): 1.

- trabajó con las comunidades para lograr que la gente considerara más aceptable los partos en hospitales, y creó una demanda en ese sentido. Varias comunidades cuentan en la actualidad con residencias de espera, adyacentes a los hospitales, para alojar a las mujeres de áreas remotas que están a punto de dar a luz, o han sido remitidas al hospital, o solicitado dicho servicio; y
- mejoró el transporte de emergencia, así como las carreteras y sistemas de comunicación.

Honduras redujo su índice de mortalidad materna a casi la mitad entre 1990 y 1997, según un informe publicado en el 2000³⁶. Dicho logro no hubiera sido posible sin el compromiso de las autoridades encargadas del establecimiento de políticas y la coordinación de esfuerzos para fortalecer la capacidad de todo el sistema sanitario de mejorar la supervivencia materna. En el 2001 el gobierno hondureño asignó más del 7 por ciento del producto interno bruto a servicios sociales y de salud, lo que está por encima de lo invertido por la mayoría de los países latinoamericanos.

Los gobiernos pueden salvar vidas maternas si evalúan la situación local, vigilan el buen funcionamiento de los programas dirigidos a la salud de las muje-

afectan al embarazo, como la malaria, la tuberculosis, las infecciones de uncinaria, la deficiencia de yodo y las infecciones de transmisión sexual, incluidos el VIH/SIDA⁷;

- Administración de la vacuna contra el tétano, para proteger al recién nacido;
- Detección de los casos de mujeres que sufren violencia en el hogar, para asesorarlas y referirlas a los lugares donde pueden proporcionarles la ayuda apropiada⁸;
- Pruebas voluntarias de detección del VIH y asesoría al res-
pecto⁹; e
- Información sobre la lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos.

Para que la mujer pueda recibir atención antenatal, tiene que poder dejar a un lado sus labores tradicionales, que incluyen,

entre otras, el cuidado de los niños y del hogar. Algunos programas han tratado de proveer apoyo para dichas ausencias temporales de la mujer, de su empleo o del trabajo en el hogar, así como de informar a las mujeres y sus familias y comunidades de la importancia de la atención antenatal. En Pakistán, al evaluar un programa de información, educación y comunicación sobre la maternidad sin riesgo, se descubrió que se había mejorado considerablemente el conocimiento de las medidas preventivas que las mujeres deben tomar durante el embarazo¹⁰.

Debido a la gran incidencia de violencia doméstica relacionada con el embarazo, algunos expertos proponen que todas las mujeres que reciben atención antenatal sean asimismo evaluadas para averiguar si son víctimas de la misma¹¹.

7. C.E. Shulman, "Malaria in pregnancy: its relevance to safe-motherhood programmes", *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 93, no. 8 (1999): S59-66; Linda Schultz, Richard W. Steketee, Monica Parise, Jack J. Wirima, Aggrey Oloo y Bernard Nahlen, "Malaria prevention during pregnancy: an antenatal intervention whose time has come", publicado en *The female client and the health care provider*, editores Jane Hatcher Roberts y Carol Vlassoff (Ottawa, Canada: International Development Research Center, 1995); y Rebecca J. Stoltzfus, Michele L. Dreyfuss y Marc Albonico, "Hookworm control as a strategy to prevent iron deficiency", *Nutrition Reviews* 55, no. 6 (1997): 223-32.

8. Jacquelyn C. Campbell, "Abuse during pregnancy: progress, policy and potential", *American Journal of Public Health* 88, no. 2 (1998): 185-87.

9. Marge Berer, "HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: Implications for Care", publicado en *Safe motherhood initiatives: critical issues*, y OMS y ONUSIDA, *HIV pregnancy: a review* (Ginebra: OMS/ONUSIDA, 1999).

10. Fariyal F. Fikree, Sadiqua N. Jafarey y Nazo Kureshy, *Final report: assessing the effectiveness of a safe motherhood information, education and communication counseling strategy* (Karachi, Pakistán: The Aga Khan University, Department of Community Health Sciences, 1999).

11. Campbell, "Abuse during pregnancy." Ver también Lori Heise, Mary Ellsberg y Megan Gottemoeller, "Ending violence against women", *Population Reports Series L*, no. 11 (Baltimore: Johns Hopkins University, School of Public Health, Population Information Program, diciembre 1999).

res embarazadas, fortalecen las instalaciones y recursos existentes, y hacen frente a los obstáculos que impiden que la mujer reciba atención de urgencia. Todo lo cual no es posible si no existe considerable compromiso político y una estrategia coordinada, con la participación del sistema de salud y la población a todos los niveles de la sociedad.

Evaluar la situación local

Debido a que todos los países se enfrentan a dificultades particulares por mejorar la salud de las madres, los funcionarios encargados del tema tienen que basarse en evaluaciones de necesidades para poder diseñar los programas que correspondan. Hay que considerar que una intervención que funciona en un contexto, puede que no sea efectiva en otras condiciones³⁷. Por ejemplo, en algunos países la mayoría de las mujeres da a luz en sus hogares, con parteras no capacitadas. En dichos lugares, los programas quizás necesiten concentrarse en apoyar, tanto a las familias como a las parteras, para que sepan reconocer las complicaciones mortales y referir dichos casos a los centros de salud equipados para atender emergencias obstétricas. En otros sitios, las mujeres dan a luz en establecimientos de salud preparados para hacer frente a casos complica-

dos, pero se siguen registrando altos índices de mortalidad materna, por lo que las autoridades normativas quizás debieran considerar establecer y fortalecer programas que eleven la calidad de la atención, así como la capacidad del personal que responde a las emergencias.

Los esfuerzos gubernamentales por evaluar las causas de la mortalidad materna y formular políticas nacionales para corregirlas pueden llevar a aplicar amplias reformas de atención obstétrica. En México, el Comité Nacional por una Maternidad Segura tomó medidas para corregir los hallazgos de un estudio de las causas de muerte materna en tres estados, el cual descubrió que el índice de mortalidad materna había aumentado durante la década de 1990. El estudio clasificó las muertes atendiendo a diferentes factores, entre ellos la situación socioeconómica y cultural, factores de salud y las razones por las que las mujeres no buscan atención de manera oportuna. Se observó que la mayoría de las defunciones tenían lugar entre las mujeres pobres y menos educadas, con poca autonomía y autoridad para tomar decisiones. El estudio reveló que la tendencia entre dichas mujeres era que no buscaban ayuda y no recibían la atención apropiada. Los investigadores señalaron una serie de intervenciones para abordar los factores subyacentes y presentaron los resultados del estudio ante los interesados a nivel local y nacional, quienes luego incorporaron las recomendaciones en planes para combatir la mortalidad materna a nivel estatal³⁸.

Reforzar los establecimientos y recursos existentes

Se necesitan realizar intervenciones para promover la maternidad sin riesgos a todos los niveles del sistema sanitario nacional³⁹, si bien la investigación indica que en muchos contextos se puede lograr un efecto considerable si se mejoran los servicios existentes, se invierte en elevar las destrezas y capacidad de los proveedores de la atención sanitaria, y se optimizan los sistemas de remisión de pacientes⁴⁰. Los programas con mayor éxito son los realizados como parte de un esfuerzo coordinado, con el compromiso tanto de la comunidad como del gobierno.

Los expertos recomiendan que por cada 500.000 personas deben existir cuatro establecimientos de atención obstétrica básica de emergencia y uno con amplia atención obstétrica de emergencia⁴¹. Lo primero es lo que normalmente se ofrece en los centros de salud y las pequeñas casas de maternidad, e incluye la administración de medicamentos especiales y realización de ciertos procedimientos para salvar vidas⁴². La atención amplia es la que proporcionan normalmente los hospitales de distrito, que pueden hacer cesáreas y transfusiones de sangre, además de ofrecer servicios obstétricos básicos.

Para hacer frente a las complicaciones obstétricas, las instalaciones tienen que tener personal capacitado y una sala de operaciones en funcionamiento, además de estar en condiciones de hacer transfusiones de sangre y administrar anestesia. Los hospitales de distrito y centros de salud generalmente pueden adquirir la capacidad para proporcionar atención obstétrica de emergencia con pocos cambios en los recursos existentes, como renovando la sala de operaciones o equipando una nueva sala; reparando el equipo quirúrgico y

de esterilización, o comprando equipo nuevo; convirtiendo áreas en desuso en hospitales o centros de salud, en instalaciones de atención obstétrica de emergencia; capacitando a médicos y enfermeras para realizar intervenciones que ayudan a salvar vidas; y haciendo mejor uso de los recursos existentes. Para atender los partos con complicaciones, debe existir personal preparado para responder a emergencias las 24 horas del día.

Sri Lanka es un ejemplo de un país que ha realizado considerables mejoras en la salud materna en los últimos 50 años, a pesar de sus pocos recursos. En la década de 1920, cuando comenzó el programa de salud materno-infantil en dicho país, el índice de mortalidad materna era sumamente alto –se calculaba que ascendía a 2.200 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Al ampliar los sistemas de transporte y salud en todo el país, lograr un alto índice de alfabetización femenina y establecer un nivel relativamente alto en la condición social de la mujer, se ha logrado reducir la mortalidad materna. El 88 por ciento de las mujeres adultas sabe leer y escribir, y las niñas tienen acceso a educación gratuita hasta el nivel universitario. La edad en que las mujeres contraen matrimonio y la proporción de las que usan métodos anticonceptivos están por encima de las reinantes en la región, y la mayor parte de los partos tiene lugar en establecimientos de salud, los cuales forman parte de un sistema para la remisión de pacientes que necesitan atención especial. Asimismo, más del 96 por ciento de los partos en Sri Lanka son supervisados por personal debidamente capacitado⁴³.

En la actualidad, si bien se estima que una tercera parte de la población vive por debajo del nivel de pobreza y el ingreso per cápita es de tan sólo \$700 dólares estadounidenses⁴⁴, Sri Lanka tiene un índice de mortalidad materna por debajo de la mayoría de la región –calculado en 60 madres por cada 100.000 nacidos vivos⁴⁵.

Vigilar el progreso

Si bien es difícil calcular los niveles de mortalidad materna⁴⁶, los países se benefician de la realización de esfuerzos por medir sus niveles de morbilidad y mortalidad. La existencia de estadísticas que indican altos niveles de mortalidad puede impulsar a las autoridades encargadas de tomar decisiones a hacer algo al respecto. Las estimaciones de muertes maternas, como la tasa de mortalidad materna, no son de utilidad para evaluar el progreso realizado a corto

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Las intervenciones para promover una maternidad segura deben llevarse a cabo en todos los niveles del sistema de salud. Por ejemplo, este centro maternal regional del distrito de Zaghuan, Túnez, es parte de un sistema que provee también cuidados maternos a las mujeres que viven en regiones remotas mediante clínicas de salud móviles.

plazo o hacer comparaciones entre países⁴⁷, pero los directores de programas pueden evaluar el desempeño de los programas de atención materna si investigan las causas subyacentes de la mortalidad y vigilan el progreso realizado mediante una variedad de indicadores de proceso.

La reducción de la mortalidad materna exige un compromiso político (de las autoridades normativas y los profesionales de salud, tanto en los servicios públicos como privados, así como de las comunidades). A veces dicho compromiso se logra mediante la publicación de un alarmante informe de las muertes maternas. En Estados Unidos, por ejemplo, la protesta pública a principios de la década de 1930, como resultado de informes en los medios de comunicación sobre un estudio de muertes maternas en la ciudad de Nueva York, hizo unirse a la comunidad médica para combatir el alto número de defunciones⁴⁸. El estudio informó que casi el 66 por ciento de las muertes por maternidad podía haberse evitado si “la atención hubiera sido adecuada en todos los aspectos”. Algunos expertos han sugerido que el informe quizás fue un factor importante en la reducción de la mortalidad materna a partir de 1933⁴⁹. En ese entonces Estados Unidos registraba más de 600 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos⁵⁰, lo que es similar al nivel que existe en Bangladesh en la actualidad⁵¹. En menos de cinco años desde de la publicación del estudio se crearon comités de mortalidad materna en todos los Estados Unidos para investigar las causas de las muertes y ver la forma de prevenirlas.

Sin embargo, es bastante difícil medir la mortalidad materna con exactitud. La mayoría de los expertos creen que los cálculos estimativos a nivel mundial y de país son demasiado bajos. De hecho, algunos estudios concluyen que el número real de muertes maternas es el doble o triple del notificado⁵². Una gran parte del problema es que los datos nacionales no son fáciles de obtener. Los sondeos de población sobre mortalidad materna son caros porque hay que incluir una gran cantidad de personas para obtener resultados fiables. Asimismo, en algunos países menos desarrollados los informes oficiales no incluyen la maternidad como causa de la muerte, además de que muchas mujeres mueren fuera del sistema de salud, lo que significa que su defunción no se registra o clasifica debidamente⁵³. Las muertes que tienen lugar después del parto no siempre se ligan al mismo. La vergüenza y la deshonra elevan el problema, por lo que muchas defunciones maternas no se notifican, especialmente si son resultado de abortos ilegales (ver el Recuadro 1 en la página 8).

Los analistas y defensores de causas con frecuencia utilizan la tasa de mortalidad materna (el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) para describir la magnitud del problema en un país, pero los expertos advierten que existe un gran margen de incertidumbre relacionado con el cálculo de dicha tasa, por lo que no debe utilizarse en la vigilancia de tendencias a corto plazo. Las comparaciones de tasas de mortalidad materna entre países, o con el paso del tiempo, también pueden ser engañosas porque pueden haberse utilizado diferentes métodos para su obtención. (Ver el Apéndice sobre Recursos técnicos en la página 33, para más información sobre el modo de vigilar el progreso.)

Se ha comprobado que al mostrar la información sobre la mortalidad materna a las autoridades normativas se genera un alto grado de voluntad política. La auditoría clínica, o un análisis sistemático y crítico de la calidad de la atención médica⁵⁴, puede proporcionar información sobre el porqué de las muertes maternas y cómo prevenirlas⁵⁵. Un tipo de auditoría examina las circunstancias relativas a casos individuales⁵⁶; la trayectoria “hacia la muerte” de mujeres específicas, incluyendo la versión de lo ocurrido que dan sus familiares y los proveedores de la atención sanitaria, para tratar de reducir la probabilidad de que otras mujeres pasen por lo mismo. La investigación puede hacerse de forma confidencial, para asegurarse de no culpar a nadie⁵⁷. Otro tipo de auditoría consiste en investigar si la atención que los pacientes

Recuadro 3. Muchos obstáculos impiden que se reciba atención: la historia de Tahera

El siguiente relato fue contado por la Sra. Khukumoni Adhikari, una enfermera que imparte capacitación sobre el terreno y forma parte de un proyecto en Bangladesh de educación sobre la importancia de la atención obstétrica de emergencia. El relato muestra cómo los cuatro retrasos están relacionados entre sí.

Tahera Khatun Bulbuli, de 14 años de edad cuando fue entrevistada, era una ama de casa de una familia pobre que vivía en la aldea de Patuakol, en Bangladesh, y que quedó embarazada a los dos años de casarse con Mehedi. Cuando se encontraba en el noveno mes del embarazo, sintió el inicio del parto y un terrible dolor de cabeza.

Tahera informó de los síntomas a su esposo Mehedi, quien se los contó a su propia madre, y ésta le indicó que acudiera a un curandero espiritual para obtener un talismán y agua bendita. Pero el curandero no estaba en casa y cuando Mehedi volvió junto a Tahera, la encontró con convulsiones. Luego llegó el tío de Mehedi, Moksed, y le sugirió que llamara a Samad Munshi, un homeópata, quien administró a Tahera una medicina; pero después de tomarla, le aumentó el dolor. Llamaron a Amena Khatun, una *dai* (partera tradicional), que trató de ayudar a Tahera hasta las once de la noche, sin resultado alguno.

Las convulsiones empeoraron. Mehedi pidió ayuda a su primo, Anwar Hossain. Este llamó a un curandero de la aldea, llamado Dabirul, que también era técnico de patología. Dabirul llegó a la medianoche y se encontró a Tahera con convulsiones; estaba sola, porque todos pensaban que la poseía algún espíritu. El patólogo le puso una inyección y le prometió volver al día siguiente para tratarla con agua salina si no mejoraba, pero su estado empeoró durante la noche.

Llamaron de nuevo a Dabirul y le puso otra inyección de agua salina. Cuando Tahera perdió el conocimiento, Mehedi quería llevarla al hospital, pero los vecinos le decían que el niño ya había muerto en el seno de la madre, y que no era necesario llevarla al hospital. Decían que la familia debía tratar de que el niño muerto naciera en casa.

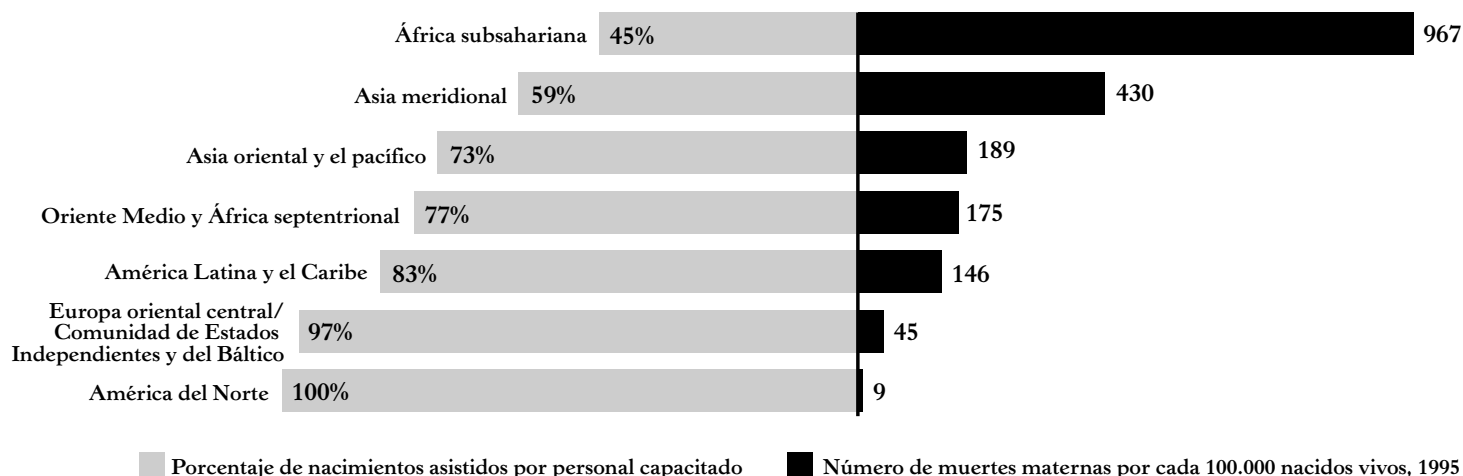
Finalmente Mehedi alquiló un automóvil para llevar a su esposa al hospital, pero Abul Hossain, un anciano de la aldea, intervino, aduciendo que Mehedi debía obtener el permiso de los padres de Tahera y que la hospitalización iba a resultar cara. Mehedi se sintió intimidado y dejó pasar otra noche sin intervención alguna.

A la mañana siguiente Tahera comenzó de nuevo a tener convulsiones temprano y a echar espuma por la boca. Su esposo recordó haber visto a una persona con síntomas similares, que no recibió tratamiento y acabó muerta, por lo que llamó a la partera y pidió un auto. La partera tradicional, que había recibido capacitación para reconocer los signos de peligro y sabía dónde enviar a las mujeres cuando surgen complicaciones, instó a Mehedi a que llevara a Tahera al hospital, pero el conductor del auto dijo, “Mi carro no tiene capota y no puedo llevar a esta mujer”. El marido, desesperado, le ofreció más dinero. Cuando subieron a Tahera al carro, algunos miembros de la comunidad trataron de intervenir, pero esta vez la partera y Anwar Hossain rebatieron sus argumentos. Después de viajar durante 30 minutos, se encontraron a un conocido que conducía un microbús y transfirieron a Tahera al mismo porque era más rápido. En el hospital, el médico de guardia examinó a Tahera de inmediato, la admitió y le recetó los medicamentos necesarios. Una hora después de ser admitida, dio a luz a una niña en buena salud.

reciben en el establecimiento de salud se atiene a las normas de atención establecidas⁵⁸. Los investigadores también están creando un nuevo enfoque, denominado “auditoría de casos que casi son tragedias”, que investiga los referentes a mujeres que sobreviven complicaciones obstétricas casi mortales⁵⁹ (ver el Recuadro 3 en la página 17).

Los directores de programas pueden vigilar el progreso realizado mediante “indicadores de proceso”, que miden hasta qué punto el sistema de salud está proporcionando la atención materna adecuada⁶⁰. La recopilación habitual de información sobre estos indicadores es más fácil y menos costosa que la relativa a las tasas de mortalidad materna, por lo que resultan útiles para la vigilancia sistemática a corto plazo. El indicador de proceso más ampliamente utilizado es el de “asistencia en el parto por personal capacitado”, que abarca desde el inicio del parto, al parto propiamente dicho y al puerperio⁶¹. En 1999 la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó que los países utilicen este indicador como punto de referencia para medir el progreso en la reducción de la mortalidad materna. Como se indica en la Figura 3, existe una fuerte relación entre la asistencia por personal capacitado en el parto y el bajo nivel de mortalidad materna, si bien no cabe duda que dicha atención sólo puede ser completa si el proveedor cuenta con suficientes materiales, equipo e infraestructura, así como con un sistema eficaz de comunicación, transporte y remisión de pacientes⁶².

Figura 3. Atención capacitada durante el parto y muertes maternas (comparaciones regionales)



Fuente: Cálculos realizados para el Population Reference Bureau utilizando datos de la OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra: OMS, 2001).

Programas que promueven la salud y la supervivencia maternas

“No sólo porque estas mujeres se encuentran en los mejores años de su vida...no sólo porque la muerte por el embarazo o parto es una de las peores formas de morir...sino, ante todo, porque casi todas las muertes maternas podrían haberse evitado y no debería permitirse que ocurrieran”⁶³.

—Mahmoud Fathalla, antiguo presidente de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología

Existe una variedad cada vez mayor de programas para ayudar a las mujeres a superar los obstáculos que les impiden obtener la debida atención en el parto, cuando surgen emergencias que las ponen en peligro de muerte. Los que se mencionan a continuación describen las barreras que retrasan la obtención o recepción de dicha atención de emergencia, y ofrecen sugerencias para reducir el riesgo⁶⁴. Cada uno de ellos se refiere a un contexto específico, pero pueden servir de lección para adaptarse a otras naciones o sistemas de salud. Si bien todavía se están formulando las normas para medir el nivel de la atención materna, todos los programas siguientes han recibido comentarios positivos.

Retraso 1. Reconocer los signos de peligro

Muchas mujeres no buscan atención debido a que ellas, sus familias o las personas que las cuidan no reconocen los signos de complicaciones mortales en el embarazo y el parto. Asimismo, algunas complicaciones sólo son graves en su forma más extrema, y es bastante difícil determinar cuándo la pérdida de sangre o la duración del parto ponen en peligro la vida de la madre; e incluso cuando se reconoce que la situación es seria, las mujeres, sus esposos y los familiares de ambos no siempre saben cómo reaccionar.

En Guatemala se realizó un programa de información, educación y comunicación basado en la comunidad, para mejorar la capacidad de las mujeres indígenas para reconocer signos de peligro y responder de forma apropiada en casos de emergencia. El proyecto utilizó la educación por radio y reuniones participativas en grupo para diseminar la información. Se produjo una radio-novela en la que se describieron las complicaciones de gravedad que debe conocer toda mujer, y el proyecto también congregó a grupos de mujeres mayas para discutir con ellas la forma de reconocer los signos de peligro y qué hacer al respecto. Una evaluación posterior mostró que las mujeres que habían participado en las reuniones en grupo, tenían mayor capacidad para reconocer muchas de las complicaciones graves del embarazo y el parto, como la presencia de hemorragias, obstrucción en el parto y los trastornos de hipertensión⁶⁵.

En muchas comunidades existen costumbres sobre el dolor y la pérdida de sangre que se espera sufra la mujer⁶⁶. En Bolivia, por ejemplo, las mujeres aimaras y quechuas consideran que sangrar es un proceso que las limpia, por lo que quizás dejen que la mujer pierda un exceso de sangre por demasiado tiempo⁶⁷. Los investigadores se enteraron de esta creencia en la investigación preparatoria para establecer una intervención comunitaria sobre maternidad sin riesgos, y se tuvo en cuenta al establecer el plan de comunicación sobre salud en dichas comunidades⁶⁸. El proyecto creó carteles, panfletos y radio-novelas para ayudar a los proveedores de atención a educar a las mujeres y sus familias sobre los signos de peligro y lo que deben hacer cuando surgen complicaciones.

La pérdida excesiva de sangre, debido a la retención de la placenta, es la principal causa de muerte materna en Nicaragua. El caso que aparece a continuación se refiere a una mujer que llegó al centro de salud de El Cua, un distrito de Jinotega, Nicaragua, en noviembre del 2000⁶⁹. La mujer se salvó gracias a que la persona que la asistió en el parto reconoció que estaba en peligro. La anécdota fue comunicada por un visitante a un proyecto dedicado a mejorar la calidad de la atención en varios centros de salud en Nicaragua. (Para mayor información sobre el proyecto, ver el Retraso 4 en la página 29.)

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

La meta de toda mujer es ver a su hijo descansando cómodamente, como este recién nacido de Matagalpa, Nicaragua. A menudo, las demoras en la detección de complicaciones pone tanto la salud de madres como la de los recién nacidos en riesgo.

Cuando Leonor Zelaya dio a luz a su primer hijo, en su hogar, en la pequeña aldea de Arenal, la partera tradicional que la asistió se dio cuenta de que había un problema, porque sabía que cuando la placenta no sale dentro de los 30 minutos después del nacimiento, la madre corre el riesgo de tener una hemorragia mortal. Por ello la partera pidió al hermano de la paciente que fuera al centro de salud de El Cua a pedir ayuda. Este fue a la carretera, detuvo a un vehículo que pasaba y se dirigió al centro de salud para notificar el problema. Dicho centro, a su vez, envió una ambulancia para desplazar a la madre. En menos de una hora y media después del parto, la mujer estaba en el centro de salud, donde fue tratada de inmediato, siguiendo los protocolos establecidos por el proyecto. Cuando los visitantes salieron de la clínica, la Sra. Zelaya descansaba, se sentía cómoda y estaba amamantando a su niño recién nacido.

Parte del problema es reconocer cuándo surgen las complicaciones. En Karachi, Pakistán, se llevó a cabo una campaña de información, educación y comunicación para hacer consciente a la comunidad de los signos de peligro

y de la importancia de remitir a las pacientes, sin demora, a un establecimiento de salud equipado para responder a emergencias obstétricas. El programa enseñó a los proveedores cómo asesorar a sus clientas y estableció un sistema de remisión de pacientes entre la comunidad y un hospital cercano. Al hacer una evaluación de la asesoría recibida por las mujeres embarazadas y sus esposos (que incluía la necesidad de contar con un plan de emergen-

cia), se descubrió que se habían logrado mejoras en el conocimiento de la gente sobre las medidas preventivas que deben tomarse durante el embarazo, como por ejemplo la importancia de discutir de antemano con los esposos y personas mayores de la familia la posibilidad de desplazarse a un hospital en caso de emergencia obstétrica, y obtener su consentimiento para ello⁷⁰.

Soluciones normativas. Los programas con buenos resultados abordan el Retraso 1:

- elevando la conciencia de las comunidades sobre los signos de complicaciones graves; y
- educando a las mujeres, sus compañeros y familias sobre dónde y cuándo deben buscar ayuda para responder a dichas complicaciones.

Retraso 2. Decidir cuándo hay que buscar ayuda

Incluso cuando las mujeres reconocen la presencia de complicaciones mortales, puede que no busquen ayuda con suficiente rapidez. Ello no se debe únicamente a ellas mismas; quizás son otros miembros de la familia, o la comunidad, o las parteras, quienes no toman oportunamente la decisión de hacerlo. Ello puede deberse a que no confían en los proveedores de atención sanitaria (temen no recibir buen servicio o no ser tratados con dignidad) o a que les preocupa el costo. En algunos países las mujeres se muestran renuentes a buscar ayuda, porque prefieren ser tratadas por mujeres. En lugares como las zonas rurales de Pakistán, donde hay pocas promotoras de salud del sexo femenino, la modestia de la mujer puede impedirle buscar la atención necesaria para salvarle la vida⁷¹.

El relato de Tahera, una mujer joven de Bangladesh (ver el Recuadro 3 en la página 17), muestra los diferentes factores que llevan a tomar decisiones erróneas:

- la incapacidad de reconocer los signos que indican la presencia de complicaciones mortales;
- la falta de conocimiento sobre dónde acudir en caso de complicaciones;
- la incapacidad del marido para saber qué hacer, por falta de conocimiento;
- el proceso ineficaz de toma de decisiones, debido a la estructura de poder de la comunidad;
- la tendencia inicial a utilizar remedios locales poco efectivos;
- el miedo sobre el posible costo de la atención obstétrica de emergencia;
- la oposición de la comunidad; y
- los problemas de transporte.

Pero el relato tuvo un final feliz, en parte porque la partera tradicional (que ayudó a llevar a la joven al hospital) había sido educada sobre la importancia de la atención obstétrica de emergencia. El proyecto que le enseñó informa a las parteras tradicionales, los promotores de salud y otros miembros de la

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los miembros de la Alianza del Listón Blanca por la Maternidad Saludable (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood) de Nepal han desarrollado una campaña para educar a la gente acerca de las complicaciones que pueden ocurrir antes, durante o después del parto.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los programas educativos que enseñan a las comunidades cómo buscar ayuda para tratar de forma oportuna las complicaciones del embarazo y el parto pueden ayudar a salvar muchas vidas. En Bangladesh, un proyecto colabora con las parteras tradicionales y otras personas para lograr responder más rápidamente a las emergencias que surjan.

comunidad a detectar dichos obstáculos, les proporciona información y establece las condiciones que permiten que las mujeres y sus familias reciban atención obstétrica de emergencia en el distrito de Thana. La promoción de los derechos de la mujer también contribuye a mejorar su acceso a la atención obstétrica básica en Bangladesh.

La experiencia de Tahera demuestra que los hombres a veces reciben malos consejos cuando sus esposas sufren complicaciones⁷². En muchos lugares los compañeros sexuales de la mujer y los familiares de ésta son quienes toman las decisiones cruciales sobre si se debe o no buscar atención médica, lo que es peligroso si desconocen los signos de peligro o no saben dónde buscar ayuda (ver el Recuadro 4)⁷³.

El factor costo puede ser un obstáculo importante en la decisión de buscar atención de emergencia. En muchos lugares existen costos inesperados relacionados con las complicaciones obstétricas⁷⁴. Por ejemplo, un estudio del gasto de los hogares marroquíes reveló que un porcentaje considerable de la gente que usaba los servicios de salud pública tenía importantes costos, si bien se supone que las tarifas en dichos establecimientos deberían ser bajas⁷⁵. Las mujeres tenían que recurrir a sus ahorros personales, y los de sus familias, para pagar medicamentos, exámenes, cirugía y rayos-X, así como otros gastos relativos a su estancia en el hospital.

Algunos países han establecido planes de seguros a nivel de la comunidad, para que el factor costo no tenga un efecto disuasivo. En Indonesia, por ejemplo, el Proyecto de Maternidad sin Riesgos del Ministerio de Salud introdujo un sistema de vales (contrato de servicios relativos a los objetivos establecidos) para fomentar el uso de las parteras en aldeas de bajo ingreso, en 10 distritos de la región central de Java. El proyecto proporcionó a los hogares que cualificaron libros de cupones para recibir servicios de parteras capacitadas por el gobierno. Los cupones se utilizaban para la atención materna (por ejemplo, cuidado prenatal, durante el parto y en el puerperio), la atención al recién nacido y otros servicios de sanidad para la comunidad entera. Las parteras luego recibían pago por cada cupón y también por cada madre que remitían a un establecimiento de atención superior. También eran pagadas si acompañaban a las madres a los centros de remisión de pacientes. Una evaluación en el 2000 indicó que el programa había estimulado el uso de los servicios de las parteras entre las personas que recibieron los cupones⁷⁶. Asimismo, el contacto con clientes promovido por el uso de los cupones parece haber ayudado a muchas parteras a establecerse más rápidamente en su profesión.

Bolivia también se ha esforzado por abordar el tema del costo de la atención materna. En 1996, un estudio reveló que sólo el 60 por ciento de los partos eran asistidos por un proveedor capacitado, y más de la mitad de la población no estaba utilizando servicios formales de salud, principalmente por considerarlos demasiado caros. Para las mujeres, el costo era una barrera

Recuadro 4. Papeles de ambos sexos y la maternidad sin riesgos

“Nadie me dijo nada. Yo no sabía que mi esposa podía morir en el parto. Los hombres harían más si supieran los riesgos que conlleva”¹.

—Hombre indonesio cuya mujer murió dando a luz

Los papeles de ambos sexos influyen en la atención que recibe la madre. Cuando surgen complicaciones durante el embarazo o el parto, las mujeres con frecuencia no pueden tomar decisiones, lo que pasa la responsabilidad a los hombres de la familia y los miembros de la comunidad; pero los hombres generalmente no toman las decisiones oportunas sobre la búsqueda de atención médica durante el embarazo y el parto, en parte porque no entienden los riesgos que conlleva. Un sondeo sobre la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva en la India, Pakistán y Bangladesh reveló que los hombres basan sus decisiones en la forma en que normalmente se manejan los temas de salud, que incluye una evaluación económica de la situación².

La investigación sugiere que, si los hombres estuvieran mejor enterados de los signos de peligro y lo que deben hacer al respecto, podrían ayudar a salvar vidas durante el embarazo y el parto³. En Nigeria, por ejemplo, un estudio descubrió que las mujeres en el

estado de Osún no recibían la debida atención en emergencias obstétricas, y en parte se debía a que los hombres estaban tomando las decisiones de mayor importancia sobre la asistencia de sus esposas a los servicios de salud. El Centro de Investigación, Evaluación de Recursos y Desarrollo diseñó un proyecto para informar a los miembros de la comunidad de los signos de peligro y cómo responder cuando se presentan, así como la función que pueden tener los esposos⁴. El proyecto diseminó la información por radio, televisión, periódicos, octavillas, carteles y pregoneros, entre las “sociedades cooperativas” locales, y en las iglesias y las mezquitas; y luego se hizo una evaluación, que indicó que el esfuerzo estaba dando resultados, especialmente porque había generado considerable discusión en la comunidad. La mayoría de los hombres dijeron que estaban “convenciendo a sus amigos y familiares para cuidar debidamente a sus esposas durante el embarazo”.

Las mujeres con frecuencia no tienen autoridad para tomar la decisión de buscar atención médica durante el embarazo, pero ello es sólo uno de los aspectos de la maternidad sin riesgos. En muchos países las mujeres tienen poca educación, su nutrición es deficiente y carecen de autoridad para tomar decisiones, además de tener limitados recursos e insuficiente acceso a los servicios sociales⁵.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

La ayuda de los hombres durante el embarazo y el parto puede ayudar a salvar vidas.

Como explicó Shireen Jejeebhoy en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgos que tuvo lugar en 1997, en Colombo, Sri Lanka, “La potenciación de la mujer es esencial para su salud, porque le permite expresar sus necesidades y preocupaciones sobre su salud, así como recurrir a los servicios con seguridad y prontitud y exigir buen servicio a los proveedores de la atención y directores de programas”⁶.

Los programas y políticas que apoyan la educación de la mujer, y la necesidad de mejorar sus oportunidades económicas y políticas, contribuyen a reducir el riesgo materno⁷.

Referencias

1. Mona K. Moore, “Getting the message across: communicating safe motherhood”, *Safe Motherhood Newsletter* 19, no. 3 (1995).
2. Nancy Piet-Pelon, Ubaidur Rob y M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan: reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh: Kharshaf Publishers, 1999).
3. Sylvie I. Cohen y Michele Burger, “Partnering: a new approach to sexual and reproductive health”, *Technical Paper* no. 3 (Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000).
4. Alfred Adewuyi, *Pregnancy care: understanding male involvement in maternal emergencies* (Estado de Osún, Nigeria: Centre for Research, Evaluation Resources and Development, 1999).
5. Ce Shen y John B. Williamson, “Maternal mortality, women’s status and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis”, *Social Science and Medicine* 49 (1999): 197.
6. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade* (Washington, DC: Family Care International, 1998): 13.
7. Jerker Liljestrand y Kristina Gryboski, “Maternal mortality as a human rights issue”, en *Reproductive health and rights: reaching the hardly reached* (Washington, DC: PATH Women’s Reproductive Health Initiative, 2001). Barthelemy Kuate Defo, “Effects of socioeconomic disadvantage and women’s status on women’s health in Cameroon”, *Social Science and Medicine* 44, no. 7 (1997): 1023-42; y S. Akbar Zaidi, “Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries: disease, gender and contextuality”, *Social Science and Medicine* 43, no. 5 (1996): 721-30.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

El gobierno de Bolivia ha establecido un Programa de Seguridad Nacional de Maternidad y Niñez para fomentar el uso de los servicios de salud.

importante para obtener la debida atención médica. Las que daban a luz en un establecimiento público tenían que pagar los honorarios de los médicos, la anestesia y los antibióticos, así como el costo de los suministros utilizados en la atención quirúrgica, como paños y guantes. Con el fin de mejorar la calidad de la atención materna e infantil en el país, el gobierno boliviano elaboró y promulgó la Ley de Participación Popular, que entre otras cosas estableció el Programa de Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Dicho programa ofrece servicio gratuito a las mujeres embarazadas y a los menores de cinco años en más de 300 municipios⁷⁷. La cobertura para las mujeres embarazadas incluye cuatro visitas antenatales, el parto en hospital, tratamiento de complicaciones obstétricas y una consulta después del parto. El programa se dio a conocer mediante anuncios públicos en radio y televisión, así como en charlas con la comunidad. Un año después de la promul-

Recuadro 5. Las madres adolescentes: un grupo con necesidades especiales

Cuando una mujer joven, entre las edades de 15 y 19 años, se convierte en madre, su salud y la del niño con frecuencia corren peligro. Las cifras revelan que el riesgo es mayor: las mujeres menores de 17 años tienen más probabilidades de sufrir partos prematuros, abortos naturales y mortinatos, y cuatro veces más probabilidades que las mujeres mayores de 20 años de morir por causas relacionadas con el embarazo¹. Debido a que las adolescentes todavía no han acabado de desarrollarse (especialmente en lo que se refiere a su altura y el tamaño de la pelvis), sus cuerpos con frecuencia no están en condiciones de soportar un embarazo, por lo que corren mayor riesgo de tener obstrucciones en el parto y partos más largos, que pueden ocasionar lesiones permanentes e incluso la muerte de la madre y el niño. Los estudios indican que las adolescentes tienen muchas mayores probabilidades de sufrir fistulas obstétricas (desgarres entre la vagina y el tracto urinario o el recto, que causan incontinencia urinaria o fecal), que las mujeres de mayor edad. Un estudio en Níger reveló que el 80 por ciento de todos los casos de fistula tienen lugar entre mujeres de 15 a 19 años de edad². Las adolescentes se encuentran especialmente vulnerables durante los dos primeros años después del inicio de la menstruación³.

El relato que sigue muestra la necesidad de acceso a servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación familiar y atención antenatal, durante el parto y en el puerperio) de una adolescente en el sudeste asiático.

Unos pocos meses después de que Aziza cumpliera los 15 años de edad, se casó y se fue a vivir a la casa de su esposo. Su madre había rezado fervorosamente antes de su marcha para que, *insha Allah* (Dios mediante), Aziza pudiera darle enseguida un hijo a su esposo, con el fin de asegurar su posición en el hogar. Ambas familias se regocijaron mucho cuando, meses más tarde, Aziza empezó a tener náuseas en la mañana.

A medida que el embarazo progresó, el esposo notó que Aziza se veía pálida y estaba cansada todo el tiempo. El médico confirmó que estaba seriamente anémica, no había ganado suficiente peso y que era demasiado joven para tener un bebé. El médico advirtió a la familia de las posibles complicaciones del embarazo y el parto, porque Aziza no era más que una niña y su cuerpo todavía no se había desarrollado suficientemente.

Referencias

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *El progreso de naciones* (Nueva York: UNICEF, 2000): 17.
2. Judith Senderowitz, "Adolescent health: reassessing the passage to adulthood", *World Bank discussion paper*, no. 272 (Washington, DC: Banco Mundial, 1995).
3. Jerker Liljestrand, "Care for adolescent pregnancy and childbirth", *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 75, no. 2 (2001): 111-21.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) Oficina Regional del Sudeste Asiático, *Adolescence: the critical phase. The challenges and the potential* (Nueva Delhi: OMS, 1997).

gación de la ley, las visitas antenatales se habían incrementado en un 80 por ciento, los partos en establecimientos públicos en casi 50 por ciento y el tratamiento en hospital de los casos de emergencia en 90 por ciento⁷⁸. La evaluación del programa de seguros al final del segundo año de su puesta en funcionamiento indicó que se había estimulado el uso de la atención materna. También se observó que el mayor uso tenía lugar entre los pobres, y que era relativamente alto entre los adolescentes, grupos que hasta entonces no estaban utilizando servicios formales de atención a la salud (ver el Recuadro 5)⁷⁹.

Soluciones normativas. Los programas con buenos resultados abordan el Retraso 2:

- alentar a las familias y a las comunidades a establecer planes de acción en caso de emergencias obstétricas;
- elevar la condición social de la mujer, para que pueda tomar decisiones esenciales sobre su atención médica;
- mejorar los lazos entre las comunidades y los proveedores de atención sanitaria;

Durante las revisiones antenatales, el médico dijo que el parto no debería ser en casa, pero cuando comenzaron las contracciones, tres semanas antes de la fecha prevista, la suegra no hizo caso de la advertencia, aduciendo que los niños siempre habían nacido en casa. Catorce horas después hubo que poner a Aziza en un carrito de bicicleta y llevarla al hospital.

El parto fue complicado, porque ya habían pasado 20 horas y se le había roto la fuente horas antes de llegar al hospital. Aziza estaba exhausta y débil. Para salvarle la vida, el médico le hizo una cesárea; Aziza tuvo una hemorragia, que casi acaba con ella, pero al final ella y la niña se salvaron.

El médico advirtió al esposo el peligro de que Aziza volviera a quedar embarazada demasiado pronto. La promotora de salud les explicó los métodos anticonceptivos para evitar otro embarazo y el marido se dio cuenta de la suerte que habían tenido.

“He cometido un error que no debe repetirse en nuestra familia”, anunció el marido a su madre al volver a la casa.
 “Nuestra pequeña Husaina será amamantada y crecerá fuerte. No tendrá otro hermano hasta por lo menos dentro de tres

años. Irá a la escuela y no se casará hasta después de cumplir los 20 años o más”⁴.

Si bien Aziza quería tener un bebé, muchas adolescentes quedan embarazadas sin planearlo y los riesgos del embarazo para las mujeres jóvenes se complican por su falta de acceso a información sobre métodos anticonceptivos. Debido a que los embarazos entre adolescentes con frecuencia no son oportunos o planeados, muchas jóvenes deciden abortar, pero incluso en lugares donde el aborto es legal, las adolescentes tienen con frecuencia acceso restringido a dichos servicios, debido a obstáculos culturales, económicos o geográficos. Sea cual sea la situación legal, las jóvenes tienden a buscar abortos de proveedores no capacitados, en condiciones peligrosas, o cuando el embarazo está avanzado, o a provocarse el aborto ellas mismas, con lo que sufren desproporcionadamente las complicaciones y muertes que ello conlleva⁵.

Las políticas y programas que alientan el retraso del matrimonio y la maternidad, así como la ampliación de las oportunidades económicas y educativas entre las mujeres y las niñas, han dado como resultado una reducción en el número de muertes de adolescentes por maternidad⁶.

5. Cynthia Salter, Heidi Bart Johnston y Nicolene Hengen, “Care for postabortion complications: saving women’s lives”, *Population Reports Series L*, no. 10 (Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, septiembre 1997).

6. Judith Senderowitz, *Review of program approaches to adolescent reproductive health*, Poptech Assignment, no. 176 (Washington, DC: Poptech, 2000).

- mejorar la relación entre los curanderos tradicionales y los promotores de salud capacitados;
- mejorar la capacidad de los proveedores de servicios de salud para relacionarse con sus clientes, basándose en la forma en que la comunidad define la atención de calidad;
- educar a las mujeres y a sus familias sobre dónde buscar atención si surgen complicaciones;
- alentar a las comunidades a crear programas de seguros para compartir los costos del servicio de emergencia; y
- alentar a las adolescentes, mujeres casadas y solteras, y a los diferentes grupos étnicos y lingüísticos que se muestran renuentes a utilizar los servicios de salud (debido a obstáculos socioculturales) a que acudan a los establecimientos de salud.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Un proveedor de salud enseña a los miembros de una comunidad de la India lo importante que es el reconocer el sangrado profuso e interpretarlo como una señal peligrosa. Las hemorragias son una de las principales causas de muerte materna.

Retraso 3. Obtener la atención adecuada

Existen obstáculos físicos, financieros y socioculturales que con frecuencia impiden a las mujeres y sus familias obtener servicios oportunos. El transporte es un importante impedimento en países con dificultades de tipo geográfico, o donde hacen falta más carreteras o mejor mantenimiento de las mismas. En áreas apartadas generalmente no existen muchos vehículos y los que hay se encuentran en malas condiciones, por lo que el costo del transporte de emergencia puede ser intimidante⁸⁰, e implica el alquiler de un vehículo privado y gastos de gasolina. El costo de oportunidad (pérdida de tiempo productivo de la persona que acompaña a la mujer enferma) también puede ser un problema. Asimismo, los conductores privados a veces no están

dispuestos a transportar a mujeres graves, porque temen que sangren en los vehículos o que se mueran por el camino⁸¹. Algunas mujeres perecen debido a deficientes sistemas de remisión de pacientes, otras mueren de camino al médico, porque éste, o el hospital, están demasiado lejos.

Existen una serie de programas en todo el mundo para hacer frente a estos obstáculos estructurales. En algunos países las mujeres embarazadas que viven en lugares apartados viajan a residencias (casas de maternidad) cerca de los hospitales donde van a dar a luz. Estas casas de espera, que generalmente se construyen en las inmediaciones de los hospitales, son lugares donde las mujeres pueden quedarse cuando se acerca la

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los miembros de una comunidad participan en un esquema de transporte de emergencia en una región de Nepal en la que hay muy pocos medios de transporte disponibles.

fecha del parto, para facilitar su acceso al hospital llegado el momento⁸². En la mayoría de los casos en todo el mundo, las mujeres que necesitan ayuda son transportadas en ambulancias u otros vehículos, como autobuses, camionetas, motos, sidecares o carritos de tres ruedas, e incluso en bicicletas y botes⁸³. Con frecuencia, la comunidad participa en el esfuerzo de organizar todo ello. Por ejemplo, en Tanzania, un proyecto de salud reproductiva basado en la comunidad descubrió en 1998 que el transporte era uno de los obstáculos para la supervivencia materna en dos distritos en la región de Mwanza. Una evaluación cualitativa en mayo del 2000 reveló que el obstáculo más importante para las mujeres en casos de emergencia obstétrica era la dificultad de acceso a transporte que no fuera caro⁸⁴. Los directores del proyecto establecieron una estrategia para ayudar a las comunidades de aproximadamente 40 aldeas a identificar opciones de transporte, desarrollar sus propios planes de acción para crear sistemas que funcionen desde el punto de vista de la comunidad, compartir las innovaciones de otras comunidades y proporcionarles apoyo en la resolución de problemas. En un período de 14 meses, 35 comunidades habían establecido planes de transporte. Todos eran diferentes, algunos suponían la compra y mantenimiento de vehículos de segunda mano, o tractores o lanchas reparados. En un caso, la comunidad utilizó un vehículo de tres ruedas fabricado localmente. En aldeas junto al Lago Victoria las comunidades reforzaron los sistemas de respuesta vigentes, al poner canoas a disposición de las mujeres para su uso en transporte de emergencia. Otros establecieron fondos de emergencia. Los planes variaban, dependiendo de la condición económica de la comunidad, el acceso a carreteras y vías fluviales, y la experiencia previa de colaboración en actividades de desarrollo.

En el estado predominantemente rural de Kebbi, en el noroeste de Nigeria, una red de maternidad sin riesgo obtuvo el apoyo de un sindicato local de conductores de autobuses, el Sindicato Nigeriano de Trabajadores de Transporte por Carretera⁸⁵. En debates en grupos de enfoque y en un estudio de caso sobre una aldea, se descubrió que la escasez de vehículos y gasolina significaba que las mujeres con necesidad de servicios obstétricos de emergencia no los recibían. Con frecuencia la búsqueda de transporte asequible llevaba mucho tiempo y requería una negociación continua. Después de una serie de reuniones de movilización de la comunidad, organizadas por la red de Maternidad sin Riesgos entre los conductores de autobuses y los líderes de la aldea, los miembros del sindicato acordaron proporcionar transporte a las mujeres con emergencias obstétricas durante el día de mercado. Los conductores participantes recibieron capacitación de dicha red sobre el transporte de casos de emergencia a los centros de asistencia sanitaria y se les expidió certificados, así como etiquetas adhesivas especiales para el autobús, además de reembolsarles por el costo de la gasolina de un fondo de Maternidad sin

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Un proyecto en el distrito de Mwandubi, en Tanzania, diseñó este triciclo para transportar a las mujeres a los servicios de cuidados obstétricos de emergencia.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los taxis locales participaron en un esquema de transporte de emergencia en la India.

Riesgos creado por los miembros de la comunidad y la red. En 1995 un sondeo reveló que el 13 por ciento de las mujeres que necesitaban transporte para atención obstétrica estaban utilizando el nuevo sistema, mientras que tres años antes, la mayoría de ellas tenía que pagar tarifas comerciales por dicho servicio⁸⁶.

Las autoridades del Ministerio de Salud, que normalmente se encargan del tema de Maternidad sin Riesgos, no tienen autoridad alguna sobre el sistema de transporte. La mejora de las carreteras, para que las mujeres tengan acceso a atención obstétrica de emergencia, depende generalmente del apoyo de otras autoridades. En el estado de Enugu, en el sudeste de Nigeria, el gobernador, el Dr.

Chimaroke Nnamani, es un obstetra y ginecólogo con especial interés en la atención materna y del feto, por lo que trató de mejorar el acceso a los centros de salud mediante la reparación y construcción de nuevas carreteras en diversas comunidades y áreas urbanas del estado⁸⁷.

Cuando no existe buena colaboración entre las comunidades y los proveedores, las mujeres no reciben a tiempo atención obstétrica de emergencia. En 1994, un proyecto de comunicación interpersonal y asesoría en Bolivia trató de mejorar la comunicación y el grado de confianza entre la comunidad y los promotores de salud en el estado de Cochabamba, para que los dos grupos se coordinaran en casos de emergencia. El proyecto se puso en contacto con equipos de proveedores de atención sanitaria para hacer coincidir las percepciones de los facultativos y la comunidad sobre lo que constituye la atención de alta calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio⁸⁸. En una evaluación posterior, se observó cierta mejoría en la actitud de los proveedores hacia sus clientas⁸⁹. Se mostraron más sensibles a las necesidades culturales de estas últimas; por ejemplo, era más probable que les preguntaran si querían que algún familiar estuviera presente durante el parto y en qué postura deseaban dar a luz. Dichas mejoras hicieron que la comunidad se retrasara menos en la remisión de pacientes.

Soluciones normativas. Los programas con buenos resultados abordan el Retraso 3:

- alentando a las comunidades a crear planes de transporte para emergencias;
- mejorando las carreteras y otros sistemas de transporte;
- mejorando los sistemas de remisión de pacientes entre las comunidades y los proveedores de atención sanitaria; y
- creando casas de maternidad para mujeres en espera de dar a luz.

Retraso 4. Atención en los establecimientos de salud

Incluso cuando las mujeres con complicaciones llegan a un establecimiento de salud, quizás no reciban la atención que necesitan con suficiente rapidez para salvarles la vida. A veces dicho establecimiento no tiene un sistema lo suficientemente eficiente para garantizar que los casos de emergencia sean atendidos sin dilación. Esto se debe frecuentemente a la incapacidad del personal de salud para reconocer las emergencias obstétricas. Si existe escasez de personal preparado, las mujeres reciben atención deficiente cuando es esencial que sea de calidad. También, por desgracia, existen obstáculos raciales o socioculturales que pueden impedir que las mujeres sean asistidas sin demora. En Ecuador, por ejemplo, un estudio descubrió que las mujeres indígenas tenían que combatir muchos más obstáculos para recibir atención obstétrica de emergencia de los médicos del grupo étnico preponderante en los centros nacionales de salud pública, siendo, según indica el autor del estudio, el prejuicio racial el principal obstáculo⁹⁰.

Por otra parte, los establecimientos de salud en muchos países menos desarrollados con frecuencia no tienen suficientes suministros, medicinas de emergencia, equipo esencial y reservas de sangre para garantizar el parto sin riesgo⁹¹; y la calidad también se ve afectada porque el personal de salud carece de la supervisión necesaria o de protocolos de atención médica que los orienten.

Varios estudios recientes muestran por qué las mujeres reciben atención deficiente. Por ejemplo, un estudio en México descubrió que el 50 por ciento de las muertes maternas analizadas tuvieron lugar en establecimientos donde no se proporcionaba la atención necesaria⁹². En muchos casos, las instalaciones no estaban equipadas para responder a complicaciones, pero en otros las mujeres tuvieron que esperar tanto tiempo que su estado se agravó. (Para mayor información sobre cómo respondió el gobierno de México ante estos hallazgos, ver “Evaluación de la situación local” en la página 13.)

En Egipto, un estudio sobre la mortalidad materna a nivel nacional reveló que el 64 por ciento de dichas defunciones tenían lugar en los establecimientos de salud⁹³. El estudio reconoció que muchas de ellas se debían a que las mujeres llegaban demasiado tarde para poder ser tratadas debidamente, pero también se descubrió que el 47 por ciento de los “factores que podían evitarse” y no resultar en la muerte de la madre, se debían a atención deficiente durante el parto. En muchos casos no existía un sistema normalizado de remisión de pacientes, ni protocolos para responder a emergencias obstétricas⁹⁴. Dichos hallazgos llevaron al Ministerio de Salud egipcio a definir una serie de intervenciones a nivel de la comunidad y los establecimientos de salud, para combatir esos factores. Entre ellas se encontraban el establecimiento de protocolos para la atención durante el parto, así como normas de calidad y cursos especiales de capacitación para los proveedores de atención a la maternidad.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

La atención médica materna de alta calidad debe atender las necesidades de todas las mujeres, como, por ejemplo, las de esta madre ecuatoriana.

La fotografía no aparece
debido a restricciones de
derechos de autor.

La gran mayoría de muertes maternas y neonatales ocurre durante las 24 horas inmediatamente posteriores al parto. La atención y el cuidado oportunos pueden salvar la vida de muchas mujeres y niños.

En Nicaragua, un proyecto para garantizar la calidad trató de abordar los obstáculos físicos y psicológicos por los que las mujeres no visitaban los centros de atención a la salud. El estudio descubrió que tan sólo el 58 por ciento de las mujeres que iba a dichos centros en los distritos de Jinotega y Matagalpa, para recibir atención durante el embarazo y el parto, estaban satisfechas con el servicio⁹⁵. Las salas de espera y de consultas no permitían a las mujeres estar cómodas o que se las tratara en privado. Asimismo, el estudio reveló que el personal de los centros de salud no se sentía incentivado para realizar su trabajo, ni sabía qué hacer en caso de emergencias obstétricas, además de que no existían reglas de procedimiento para orientarlos en su labor. El proyecto introdujo técnicas modernas para garantizar la calidad y hacer mejor uso de los recursos limitados. Los médicos a cargo del programa se concentraron en elevar la satisfacción de los clientes y mejorar el cumplimiento con las normas nacionales para la

atención antenatal y durante el parto. También se rediseñaron los centros de salud, para acortar los períodos de espera, se capacitó a los promotores de salud para responder a complicaciones obstétricas, y se introdujeron nuevas tecnologías para ayudarlos a supervisar el progreso del parto y detectar signos de peligro. En menos de un año de haber comenzado el programa, el número de muertes maternas se redujo considerablemente en los dos distritos de Jinotega donde tenía lugar. Los equipos de los centros de salud mejoraron su cumplimiento con las normas de atención obstétrica, de menos del 3 por ciento en marzo del 2000, a entre el 70 por ciento y el 90 por ciento en noviembre del mismo año. Finalmente, en las entrevistas que se realizaron a la salida de los establecimientos de salud en noviembre del 2000, se confirmó que la satisfacción del cliente había mejorado en casi un 90 por ciento.

En un proyecto piloto en el Centro-Hospital Regional en Fada Ngourma, Burkina Faso, se prestó especial atención a elevar el acceso a cirugía de emergencia. La investigación anterior había revelado que las familias de las pacientes tenían que obtener recetas para los medicamentos, así como los materiales necesarios para el tratamiento, conseguir dinero y comprar todo ello antes de la cirugía, lo que retrasaba la atención de urgencia. Para combatir la situación, el proyecto creó estuches con los medicamentos y materiales necesarios para la cirugía obstétrica, y los puso a la venta a un precio subvencionado. También se mejoró la sala de operaciones, se capacitó al personal para atender emergencias obstétricas y se mejoró el sistema de remisión de pacientes mediante el uso de equipo de comunicaciones; además de financiar actividades de supervisión, vigilancia y evaluación. Una revisión posterior mostró que el proyecto había logrado reducir el retraso en la atención obstétrica, al mejorar la capacidad del hospital para hacer cesáreas⁹⁶. Las muertes maternas se redujeron, de un promedio de 21 en 1996, a 7 en 1997.

Sólo el 1 por ciento de los partos en Burkina Faso tienen lugar por cesárea, proporción que se considera demasiado baja. Las cifras mundiales sugieren que un porcentaje menor del 5 por ciento es indicativo de que las mujeres no reciben suficiente atención obstétrica en casos de emergencia.

En Ghana, el Ministerio de Salud ha integrado el servicio post-aborto en su Programa Nacional de Maternidad sin Riesgos, y ha considerado a las parteras como posibles proveedoras de la atención efectiva que requieren las mujeres con complicaciones por aborto. Los investigadores descubrieron que las parteras capacitadas pueden salvar vidas. Anteriormente las parteras sólo podían remitir a las mujeres al hospital más cercano, con lo que se retrasaba la atención por el tiempo de viaje. Además de asistir con abortos incompletos, en la actualidad las parteras proporcionan asesoría sobre planificación familiar y otros servicios, para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados⁹⁷ (ver el Recuadro 1 en la página 8).

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Los sistemas de salud deben asegurarse de que los proveedores de salud tengan la capacitación y los suministros necesarios para ofrecer un cuidado maternal de alta calidad.

Soluciones normativas. Los programas con buenos resultados responden al Retraso 4:

- mejorando la calidad de la atención en los establecimientos de salud, lo que implica mejorar la capacidad técnica y de relación interpersonal de los proveedores del servicio, así como su incentivo y desempeño profesional;
- estableciendo normativas nacionales sobre la forma de tratar las complicaciones obstétricas;
- capacitando al personal de los establecimientos de salud para que puedan reconocer qué pacientes presentan complicaciones graves y proceder a admitirlos;
- asegurándose de que haya un suministro continuo de medicamentos de emergencia, equipo esencial, reservas de sangre y el nivel adecuado de personal en los establecimientos de salud;
- proporcionando servicio las 24 horas en los centros de atención obstétrica de emergencia;
- mejorando los sistemas de remisión de pacientes entre la comunidad y los establecimientos de salud;
- mejorando la comunicación entre las unidades que proporcionan la atención médica, para generar mayor remisión de pacientes; y
- asegurándose de que los estudios que cursan los proveedores de atención incluyan componentes prácticos sobre la forma de responder a emergencias obstétricas.

Conclusión

La mortalidad materna puede prevenirse.

La investigación muestra que pueden salvarse vidas y reducir el sufrimiento de las mujeres si los sistemas de salud responden con prontitud a las complicaciones graves que las ponen en peligro de muerte.

Una de las mejores formas de lograrlo es asegurándose de que las mujeres reciban atención por personal capacitado en el momento del parto. Lamentablemente, existen múltiples retrasos que les impiden recibir la atención de emergencia que necesitan:

- puede que no reconozcan los signos de complicaciones graves (Retraso 1),
- o que pospongan la decisión de buscar ayuda (Retraso 2),
- que tarden demasiado en llegar al centro de atención (Retraso 3),
- o que reciban un servicio deficiente, o tarden en ser atendidas en los establecimientos de salud (Retraso 4).

Las mujeres dejarán de morir por el embarazo y el parto cuando puedan planear el momento de tener hijos, dar a luz con la asistencia de personal capacitado y tener acceso a tratamiento de alta calidad si surgen complicaciones. Esto es posible incluso en lugares de bajos ingresos, pero requiere la realización de continuas y conscientes mejoras en los sistemas de salud.

La reducción del riesgo materno exige un compromiso a todos los niveles, en el hogar, la comunidad, la clínica, el país y a nivel internacional. Es decir, un compromiso por reducir la desigualdad, mejorar la autonomía de las mujeres y asegurarse de que el embarazo y el parto sean experiencias sin peligro, gratificantes y de alegría plena.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

El hacer más segura a la maternidad exige un compromiso en todos los niveles.

Apéndice: Recursos técnicos

Existen varios manuales que ofrecen orientación a los directores de programas para evaluar las necesidades de atención a la mujer embarazada en su contexto particular.

Manuales

Assessing safe motherhood in the community: a guide for formative research. Washington, DC: MotherCare, septiembre 1998.

Awareness, mobilization, and action for safe motherhood: a field guide. Washington, DC: White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2000.

The design and evaluation of maternal mortality programs. Nueva York: Columbia University Center for Population and Family Health, School of Public Health, 1997.

Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. Nueva York: UNICEF, octubre 1997.

Integrating reproductive health into NGO programs, vol. 2: "Safer motherhood for communities." Boston: Family Planning Service Expansion and Technical Support (SEATS) Project and Initiatives, Inc., 1999.

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

Manual for policy makers and trainers: a life saving skills training program process. Washington, DC: American College of Nurse-Midwives, 1998.

Maternal and newborn care: a reference manual for program managers. Atlanta: CARE, 1999.

Safe motherhood needs assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.

Los sitios Web que se enumeran a continuación proporcionan información sobre la forma de evaluar necesidades y sobre los programas de supervivencia materna en todo el mundo.

Sitios Web

American College of Nurse-Midwives
www.acnm.org

Banco Mundial: Reproductive Health at a Glance
www.worldbank.org/hnp

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
www.cdc.gov/nccdphp/drh/mh.htm (en inglés)

Family Care International
www.familycareintl.org/esp/

Fondo de Población de las Naciones Unidas
www.unfpa.org/tpd/mmupdate/
www.ammd.hs.columbia.edu

International Federation of Gynecology and Obstetrics
www.figo.org/

Maternal & Neonatal Health (MNH) Program, de JHPIEGO Corporation
www.mnh.jhpiego.org

Maternidad sin Riesgo Grupo Inter-Agencial
www.safemotherhood.org

Organización Mundial de la Salud
www.who.int

Proyecto MotherCare de John Snow, Inc.
www.jsi.com/intl/mothercare/home.htm

Population Reference Bureau
www.prb.org

RPMM Network
www.rpmm.org

Reproductive Health Outlook, bibliografía sobre maternidad sin riesgos (con apuntes)
http://rho.org/html/safe_motherhood.htm

The Unmet Need for Major Obstetric Interventions Network
www.uonn.org

White Ribbon Alliance
www.whiteribbonalliance.org

Referencias

1. Fred Sai habló sobre mortalidad materna al inicio de la conferencia titulada "Saving lives: skilled attendance at childbirth" (Salvar vidas: asistencia en el parto por personal capacitado), en Túnez, 13-15 noviembre del 2000.
2. Irvine Loudon, *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800-1950* (Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 1992): 529; y Vincent De Brouwere et al., "Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West?" *Tropical Medicine and International Health* 3, no. 10 (octubre de 1998): 771-82.
3. Jeremy Shiffman, "Can poor countries surmount high maternal mortality?" *Studies in Family Planning* 31, no. 4 (diciembre del 2000).
4. Recientemente, en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1999, un total de 180 países se reunieron para repasar la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo.
5. Naciones Unidas (ONU), *Report of the ad hoc committee of the whole of the twenty-third special session of the General Assembly* (2000), suplemento no. 3 (A/S-23/10/Rev. 1), visto en Internet, en www.un.org/womenwatch/confer/beijing5, el 3 de octubre 2001.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra: OMS, 2001).
7. Irvine Loudon, "The transformation of maternal mortality", *British Medical Journal* 305 (1992): 1557-60.
8. UNICEF, "Maternal care: end-decade databases", visto en Internet en www.childinfo.org/eddb/mat_mortal/index.htm, el 3 de octubre del 2001.
9. UNICEF, *El progreso de las naciones* (Nueva York: UNICEF, 1996).
10. L. Lewis Wall, "Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria", *Studies in Family Planning* 29, no. 4 (diciembre 1998): 341-59.
11. Peter Adamson, "Un fracaso de la imaginación", *El progreso de las naciones* (Nueva York: UNICEF, 1996): 2-7.
12. Hind A.S. Khatlab, *The silent endurance: social conditions of women's reproductive health in rural Egypt* (Amman, Jordania: UNICEF Regional Office of the Middle East and North Africa; y Cairo: Population Council Regional Office of the West Asia and North Africa, 1992).
13. Ann Starrs, *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade*, informe sobre el Safe Motherhood Technical Consultation (Nueva York: Family Care International, 1998): 37.
14. Ann Tinker and Marge Koblinksky, con contribuciones de Patricia Daly et al., "Making motherhood safe", *World Bank discussion paper* 202 (Washington, DC: Banco Mundial, 1993).
15. Entre las causas indirectas de la mortalidad materna se encuentran la malaria, la diabetes, la hepatitis viral, la cardiopatía reumática y la anemia, todo lo cual se agrava durante el embarazo. También son causas indirectas el embarazo ectópico, las embolias y las muertes relacionadas con la anestesia.
16. Maternidad sin Riesgo, Grupo Inter-Agencial, *Skilled care during childbirth: a review of the evidence* (Nueva York: Family Care International, por publicarse). Ver también OMS, *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial* (Ginebra: OMS, 1999).
17. UNICEF, "Maternal care: end-decade databases"; y OMS, *Coverage of maternity care: a listing of available information*, 4a ed. (Ginebra: OMS, 1997).
18. Farid Medhet, Stan Becker y Heinz W. Berendes, "Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan", *Social Science and Medicine* 46, no. 12 (1998): 1587-98.
19. Sreen Thaddeus y Deborah Maine crearon el concepto de los tres "retrasos" que impiden a las mujeres buscar u obtener ayuda. Esta publicación amplía dicha idea al dividir el primer "retraso" (a nivel del hogar) en otros dos, como sugieren las investigadoras Marge Koblinksky y Susan Rae Ross: (1) la inhabilidad para reconocer las complicaciones mortales cuando surgen, y (2) el retraso en la decisión de buscar ayuda. Ver Sreen Thaddeus y Deborah Maine, *Too far to walk: maternal mortality in context, findings from a multi-disciplinary literature review* (Nueva York: Columbia University School of Public Health, Center for Population and Family Health, 1990); Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care: a reference manual for program managers* (Atlanta: CARE, 1998); y Nancy Nachbar, Carol Baume y Anjou Parekh, *Assessing safe motherhood in the community: a guide to formative research* (Arlington, Virginia: John Snow, Inc., 1998).
20. Marge Koblinksky, Colleen Conroy, Nazo Kureshy, Mary Ellen Stanton y Suzanne Jessop, *Issues in programming for safe motherhood* (Arlington, Virginia: MotherCare/John Snow, Inc., 2000).
21. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 16.
22. UNICEF, "Maternal care: end-decade databases."
23. Michael Strong, "The health of adults in the developing world: the view from Bangladesh", *Health Transition Review* 2, no. 2 (1992): 215-24.
24. Christopher J.L. Murray y Alan D. Lopez, "Quantifying the health risks of sex and reproduction: implications of alternative definitions", publicado en *Health dimensions of sex and reproduction*, ed. Christopher J.L. Murray y Alan D. Lopez (Cambridge, Massachusetts: Escuela de Salud Pública de Harvard, OMS y Banco Mundial, 1998).
25. Los problemas de salud reproductiva incluyen el cáncer de pene y testículos, el cáncer de matriz, cáncer de ovarios, cáncer de próstata y cáncer de mama, así como cáncer del cuello uterino, las enfermedades de transmisión sexual y las debidas a la maternidad.
26. La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo está patrocinada por el Grupo Inter-Agencial de Maternidad sin Riesgo que en la actualidad está compuesto por el FNUAP, el UNICEF, la Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (International Federation of Gynecology and Obstetrics), la Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation), el Population Council, Regional Prevention of Maternal Mortality Network (Africa), Safe Motherhood Network, de Nepal, el Banco Mundial y la OMS. Family Care International funge como el secretariado de la organización.
27. 1990 Cumbre Mundial en favor de la Infancia; Programa de Acción de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo (CIPD), que fue adoptada por todos los 179 países participantes, y reafirmada en 1999; Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing en 1995; y las revisiones quinquenales de las conferencias anteriores de 1994 y 1995 (CIPD+5 y Beijing+5).
28. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo* (ICPD) (Nueva York: ONU, 1994): sección 7.2. La ICPD tuvo lugar en El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994.
29. Guillermo Carroli, Cleone Rooney y José Villar, "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and morbidity: an overview of the evidence", *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 15 (suplemento 1, 2001): 1-42.
30. Theresa Shaver y Barbara Kinzie, "Antenatal care: old myths, new realities", presentación en MAQ Mini-University, Washington, DC, 20 de abril del 2001; puede verse en Internet, en www.maqweb.org.

31. José Villar et al., "WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care", *The Lancet* 357 (19 de mayo del 2001); y Mona K. Moore, "Safer motherhood 2000: toward a framework for behavior change to reduce maternal deaths", visto en Internet en www.cominit.com/downloads/word_docs/SM20001_v2.doc, el 4 de octubre del 2001.
32. Marjorie A. Koblinsky, Oona Campbell y Judith Heichelheim, "Organizing delivery care: what works for safe motherhood?" *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 77, no. 5 (1999): 399-406.
33. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 18.
34. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 17.
35. Jeremy Shiffman, "Can poor countries surmount high maternal mortality?" *Studies in Family Planning* 31, no. 4 (diciembre del 2000).
36. Isabella Danel, "Maternal mortality reduction, Honduras, 1990-1997: a case study", un informe preparado para el Banco Mundial (Washington, DC: Banco Mundial, 2000). Ver también Jorge H. Meléndez, José C. Ochoa y Yanira Villanueva, "Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras", Honduras, 1999. Según este estudio, las muertes maternas en Honduras se redujeron en aproximadamente el 40 por ciento, de 182 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990, a 108 en 1997.
37. Koblinsky, Campbell y Heichelheim, "Organizing delivery care: what works for safe motherhood?"
38. Ana Langer, "Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study", publicado en *Safe motherhood initiatives: critical issues*, ed. Marge Berer y T.K. Sundari Ravindran (Oxford, Inglaterra: Blackwell Science, 1999).
39. Jerker Liljestrand, "Strategies to reduce maternal mortality worldwide", *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 12 (2000): 513-17; y Elizabeth Godburn y Oona Campbell, "Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key", *British Medical Journal* 322 (14 de abril del 2001): 917-20.
40. Varuni Dayaratna et al., *Reproductive health interventions: which ones work and what do they cost?* (Washington, DC: POLICY Project, marzo 2000).
41. Jozef Sioncke y Donnay France, *Maternal mortality update 1998-1999: a report on UNFPA support for maternal mortality prevention* (Nueva York: FNUAP, 2001).
42. La atención obstétrica básica de emergencia incluye la administración de antibióticos, oxitocina y anticonvulsivos, así como la extracción manual de la placenta, la extracción de productos retenidos y la asistencia al parto vaginal con fórceps o aspiración.
43. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 8.
44. Sioncke and France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
45. OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*.
46. Kenneth Hill, Carla AbouZahr y Tessa Wardlaw, "Estimates of maternal mortality for 1995", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 79, no. 3 (2001).
47. Hill, AbouZahr y Wardlaw, "Estimates of maternal mortality for 1995"; Oona Campbell et al., *Lesson learnt: a decade of measuring the impact of safe motherhood programmes* (Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1997); OMS, *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*; Cynthia Stanton, Nouredine Abderrahim y Kenneth Hill, "DHS maternal mortality indicators: an assessment of data quality and implications for data use", *Demographic and health survey analytical report* no. 4 (Calverton, MD: Macro International, 1997); y Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*.
48. Harold Speert, "Maternal mortality studies", en *Obstetrics and gynecology in America: a history* (Chicago: American College of Obstetrics and Gynecology, 1980).
49. Loudon, *Death in childbirth*: 529; y De Brouwere et al., "Strategies for reducing maternal mortality in developing countries": 771-82.
50. Loudon, *Death in childbirth*.
51. OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*.
52. Sioncke y France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
53. UNICEF/OMS/FNUAP, *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services* (Nueva York: UNICEF, octubre de 1997).
54. Iain K. Crombie et al., *The audit handbook: improving health care through clinical audit* (Nueva York: John Wiley & Sons, 1993).
55. Campbell et al., *Lesson learnt: a decade of measuring the impact of safe motherhood programmes*.
56. Las revisiones de casos investigan las causas y circunstancias relacionadas con específicas muertes maternas. Dichas auditorías se concentran no sólo en lo que ocurrió en el establecimiento de salud, sino también a nivel de la comunidad antes de que la mujer llegara a buscar ayuda. Ver Jilly Ireland y Wendy Graham, "Conducting a case review of maternal deaths", un informe preparado para OMS safe motherhood needs assessment (Aberdeen, Escocia: University of Aberdeen, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, mayo de 1996).
57. Una averiguación confidencial es una investigación realizada por un equipo de varios profesionales para identificar las deficiencias y puntos débiles en el sistema de atención a la salud materna. Se investigan muertes particulares con la cooperación de las personas envueltas en el cuidado de la paciente, sin dar detalles relativos a casos individuales, para garantizar que los datos se utilicen únicamente para recomendar cambios positivos en la conducta, y no con fines de castigo (ver *WHO guidelines for investigating maternal deaths*, en borrador).
58. Las auditorías clínicas basadas en criterios son análisis críticos y sistemáticos de la calidad de la atención proporcionada a pacientes en instalaciones de salud, con el fin principal de mejorar la conducta clínica. Se compara la atención proporcionada con estándares específicos y se combinan los datos de las pacientes para averiguar la proporción de casos manejados debidamente (ver *WHO guidelines for investigating maternal deaths*, en borrador).
59. Veronique Filippi et al., "Women's reports of severe (near-miss) obstetric complications in Benin", *Studies in Family Planning* 31, no. 4 (2000): 309-24.
60. Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 67.
61. Maternidad sin Riesgo, Grupo Inter-Agencial, *Skilled care during childbirth*. Ver también OMS, *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*.
62. El concepto de "personal capacitado" se refiere únicamente a personas con conocimiento de obstetricia (como médicos, parteras y enfermeras) que han sido capacitadas para mejorar las destrezas necesarias para asistir en partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas, o referir a la mujer a otros proveedores de atención médica. Ver *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*.
63. Mahmoud Fathalla, en las palabras de apertura en Safe Motherhood Technical Consultation, Colombo, Sri Lanka, 18 al 23 de octubre de 1997, citado en Starrs, *Safe motherhood action agenda*: 7.
64. Thaddeus y Maine, *Too far to walk*; y Nachbar, Baume y Parekh, *Assessing safe motherhood in the community*.
65. Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*. Ver también E. Hurtado, *The MotherCare/Guatemala project: overview of IEC strategies and lessons learned* (Arlington, Virginia: MotherCare, 1995); y Veronica Kaune,

- "Estudio final de impacto de la estrategia IEC/C", en *Por una maternidad segura*, MotherCare/Bolivia (Arlington, Virginia: MotherCare, 2000).
66. OMS, "What do men think of their wives' health?" *Safe Motherhood* 22 (1996); Mowaheb El-Mouelhy, Mahinaz El-Helw, Nabil Younis, Hind Khattab y Huda Zurayk, "Women's understanding of pregnancy-related morbidity in rural Egypt", *Reproductive Health Matters* 4 (noviembre 1994): 27-33; y Esther Sempebwa Nagawa, "Absent husbands, unsupportive in-laws and rural African mothers", *Reproductive Health Matters* 4 (mayo 1996): 46-53.
67. Nachbar, Baume y Parekh, *Assessing safe motherhood in the community*.
68. Suzanne M. Jessop et al., eds., *MotherCare initiatives: actions and results from 31 projects. 1993-2000* (Arlington, Virginia: MotherCare/John Snow, Inc., 2000); *MotherCare reproductive health focus*, no. 25 (de 26 septiembre del 2000), puede obtenerse en www.mothercare.jsi.com/RHF/LatinAmerica_Initiative.PDF en inglés; y Susan Rae Ross, *Promoting quality maternal and newborn care*.
69. Para mayor información sobre el proyecto para garantizar la calidad, ver "Improving the quality and outcomes of obstetric & neonatal care in rural Nicaragua", *Quality assurance project quarterly report* (octubre-diciembre 2000).
70. Fariyal F. Fikree, Sadiqua N. Jafarey y Nazo Kureshy, *Final report: assessing the effectiveness of a safe motherhood information, education and communication counseling strategy* (Karachi, Pakistán: The Aga Khan University, Department of Community Health Sciences, 1999).
71. Medhet, Becker y Berendes, "Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan."
72. M.E. Khan, Irfan Khan y Nupur Mukerjee, "Involving men in safe motherhood" (documento no publicado, 1998), puede obtenerse en Internet, en www.db.jhuccp.org/popinform/index.stm.
73. Nancy Piet-Pelon, Ubaidur Rob y M.E. Khan, *Men in Bangladesh, India and Pakistan: reproductive health issues* (Dhaka, Bangladesh: Kharshaf Publishers, 1999); Jahiruddin Ahamed, "Toward a safer motherhood for women in Bangladesh: the power of partnership", documento sobre país, preparado para la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgos (Technical Consultation on Safe Motherhood) en Colombo, Sri Lanka (Dhaka, Bangladesh: Gobierno de la República Popular de Bangladesh, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, octubre 1997); Hermen Ormel, "Can men make motherhood safer? An inquiry into the relevance and risks of increased male involvement in safe motherhood initiatives", tesis presentada para cumplir con parte del requisito para obtener una maestría en Salud Pública del Royal Tropical Institute, Amsterdam, Países Bajos (mayo 1999); y Wall, "Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria": 341.
74. Shamsun Nahar y Anthony Costello, "The hidden costs of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh", *Health Policy and Planning* 13, no. 4 (1998): 417-22.
75. David Hotchkiss y Amparo Gordillo, "Household health expenditure in Morocco: implications of health care reform", *International Journal of Health Planning and Management* 14 (1999): 201-17.
76. Patricia Daly y Saadah Fadia, "Report on Indonesia village midwife program", artículo no publicado, preparado para World Bank East Asia Health and Social Development (Washington, DC: Banco Mundial, 2000).
77. Para mayor información sobre el Programa de Participación Popular en Bolivia, ver http://rho.org/html/sm_proexamples.htm, visto en línea el 5 de octubre del 2001.
78. Las Encuestas de demografía y salud (EDS) de 1994 indican que el 57 por ciento de las mujeres dieron a luz sin ser asistidas por personal capacitado, y las EDS de 1998 que la cifra se había reducido al 40 por ciento. *Encuesta nacional de demografía y salud 1994* (La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística; Calverton, Maryland: ORC Macro, 1994); *Encuesta nacional de demografía y salud 1998* (La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística; Calverton, Maryland: ORC Macro DHS+ Program, 1998).
79. Tania Dmytraczenko, "Reducing maternal and child mortality in Bolivia" (Bethesda, Maryland: Abt Associates, Partnerships for Health Reform Project), puede obtenerse en Internet, en www.phrproject.com/publicat/index.htm.
80. Kate Macintyre y David R. Hotchkiss, "Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa", *Social Science and Medicine* 49, no. 11 (1999).
81. E. Essien et al., "Community loan funds and transport services for obstetric emergencies in northern Nigeria", *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 59 (suplemento, 1997): S237-44.
82. Koblinsky et al., *Issues in programming for safe motherhood*.
83. Sioncke y France, *Maternal mortality update 1998-1999*.
84. Michelle Kouletio et al., "Applying principles of community participation to improve emergency transportation: a case example from Tanzania", presentación en el taller titulado "Effective strategies to promote quality maternal and newborn care", Nairobi, Kenia, mayo del 2000.
85. D. Shehu, A.T. Ikeh y M.J. Juna, "Mobilizing transport services for obstetric emergencies in northwestern Nigeria", *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 59 (suplemento, 1997): S173-79.
86. Dora Shehu, "Community participation and mobilization in the prevention of maternal mortality in Kebbi, northwestern Nigeria", publicado en *Safe motherhood initiatives: critical issues*.
87. Miriam Menkiti, periodista radiofónica de la Federal Radio Corporation de Nigeria, Emisora nacional de Enugu, y coautora, con Judith Ufford de "Delivery care is key for maternal survival: a story of two states in Nigeria", puede obtenerse en www.prb.org.
88. Jessop et al., *MotherCare initiatives: actions and results from 31 projects, 1993-2000*.
89. Verónica Kaune et al., "Interpersonal communication & counseling strategy in 1st and 2nd level of care health services evaluation in La Paz and Cochabamba, Bolivia: a way of improving care", documento en proceso de elaboración.
90. Ellen Mitchell, "Delayed access to EOC in Ecuador: setting priorities", documento presentado en la reunión de la American Public Health Association, en noviembre de 1999, Chicago; y Ellen Mitchell, "Contesting birth & death: birth systems and maternal mortality in indigenous highland", disertación no publicada, Tulane University.
91. Ross, *Promoting quality maternal and newborn care*.
92. Ana Langer, "Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study", en *Safe motherhood initiatives: critical issues*.
93. Ministerio de Salud de Egipto, Ministry of health child survival project, *national maternal mortality study: Egypt, 1992-1993* (El Cairo: Ministerio de Salud, 1994).
94. *The MotherCare Egypt project, final report, September 1996-September 1998* (El Cairo: Ministerio de Salud y Población de Egipto y John Snow, Inc., 1998).
95. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), "Improving the quality and outcomes of obstetric & neonatal care in rural Nicaragua", *Maternal health technical series announcement, quality assurance project quarterly report* (Washington, DC: USAID, octubre-diciembre 2000).
96. Farba Sall, "Synthesis paper of lessons learned on costs and financing of maternal health pilot projects in West Africa", *Special Initiative Report* 27 (Bethesda, Maryland: Abt Associates Inc., Partnerships for Health Reform Project, 2000).
97. Después de la intervención, el 92 por ciento de las mujeres tratadas en casas de maternidad recibieron asesoría y el 55 por ciento adoptaron un método de planificación familiar. El 73 por ciento de las tratadas en centros de salud recibieron asesoría y el 70 por ciento adoptaron un método de planificación familiar. De entre las mujeres tratadas en hospitales de distrito, el 81 por ciento recibieron asesoría y el 35 por ciento adoptaron un método de planificación familiar. Ver Jessop et al., *MotherCare initiative*: 43.



Population Reference Bureau
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520,
Washington, DC 20009 EE.UU.

Tel.: 202-483-1100

Fax: 202-328-3937

E-mail: measurecommunication.org o

popref@prb.org

Sitio Web: www.measurecommunication.org o

www.prb.org

