

MATERNIDAD SEGURA. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Dr. Germán Mora

OPS/OMS. Washington D.C.

Consultor Regional de Salud Materna y Planificación Familiar

El desarrollo humano ha sido definido como la capacidad de ampliar la gama de opciones para la población, en términos de educación, salud, trabajo productivo y remunerado y de participación social. Es el principio de equidad expresado en satisfactores del nivel de vida¹.

La salud reproductiva, a su vez, ha sido definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social durante el cual se cumple el proceso reproductivo. Esto implica que la gente tenga la capacidad para reproducirse, que las mujeres pueden tener embarazos y partos seguros, y que el recién nacido sea saludable y logre un desarrollo normal. Además implica que la gente puede ejercer su sexualidad y regular su fecundidad sin riesgo para su salud².

Su ejercicio constituye un derecho y una responsabilidad, lo cual rescata la función social de la reproducción humana, trascendiendo la perspectiva individual a una concientización colectiva y poblacional de compromiso y responsabilidad hacia el desarrollo humano y social³.

¹ UNDP, Informe sobre el desarrollo humano 1993. PNUD, CIDEAL, Madrid, 1993.

² Fathalla M. F. Reproductive Health in the World: two decades of progress and the challenge ahead. Geneva, 1992.

³ Taller de Didáctica para la enseñanza de la Reproducción Humana en las escuelas de ciencias de la salud. Cartagena de Indias, Septiembre 1993.

⁴ Argentina, Brasil, Colombia, Guatemala, Honduras, Jamaica y Perú entre otros.

⁵ Se destacan la Conferencia Interregional para la Prevención de la Mortalidad Materna, convocada por la OMS en 1985, ratificada posteriormente por la Conferencia Mundial de Nairobi sobre Maternidad Segura en 1987 y el Plan en favor de la Infancia, aprobado en la Cumbre de Presidentes de Naciones Unidas de Nueva York 1990.

⁶ OPS-OMS. Plan Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Doc. CSP23/10, Julio 20 1990, Washington DC.

⁷ OPS-OMS. Plan Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas-Análisis de progreso - XXXVII Reunión del Consejo Directivo. Doc. CD37/11, 28 de Julio de 1993, Washington DC.

Los distintos escenarios en que se da el proceso reproductivo en la Región, están signados por diferentes grados de la crisis económico-social, con su cortejo de inequidad, pobreza y postergación, para una proporción importante de las 197 millones de mujeres en edad fértil de la Región, determinando un riesgo elevado de enfermar y morir durante su proceso reproductivo. Este riesgo se traduce en una epidemia silenciosa de muertes maternas con más de 20 000 muertes anuales y una mancha de vergüenza que cubre el mapa de América Latina y el Caribe. Estas muertes maternas son el producto de una serie de factores donde se destacan: el estado de inferioridad económica, educativa, legal y familiar de la mujer y las condiciones de pobreza en las cuales vive; el acceso y control que tiene sobre los recursos sociales y su nivel de aislamiento; su conducta reproductiva, estado de salud y nutrición, y, el acceso y calidad de los servicios de salud materna y de planificación familiar.

Hasta muy recientemente la muerte materna era considerada como un problema de relativa poca importancia para la salud pública en una gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Un reconocimiento gradual del mismo ocurre en la década de los 80's, producido en parte por investigaciones hechas en diversos países⁴, el surgimiento en la Región de movimientos organizados de mujeres y de sus demandas por un trato social más justo y el eco generado por los diversos foros internacionales que ratifican la urgencia del problema y de sus soluciones⁵.

En las Américas este movimiento se inicia con la aprobación por OPS en 1984 de una política en pro de una acción mayor de los países en Asuntos de Población. Esta política tiene revisiones sucesivas en 1986 y 1988, y produce finalmente, la aparición del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, aprobado por la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990⁶. Este Plan Regional ha tenido una evaluación reciente en junio de 1993⁷, la cual ha demostrado cambios mínimos en la situación de la salud materna en la mayoría de países de América Latina y el Caribe. Así, la muerte materna tiene una asociación directa con la fecundidad. Aparece dentro de las 10 primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil en todos los países de América Latina. El aborto, la toxemia, la hemorragia, la infección y las complicaciones del puerperio se alternan en los

primeros lugares, pero con grandes diferencias entre sus tasas específicas –de 12 a 39–. El exceso de mortalidad para un conjunto de países es grande en las edades extremas de la vida.

El acceso insuficiente a una tecnología de salud apropiada, para una atención de calidad, a pesar de los avances observados en un número importante de países de la Región, aún persiste. A esto se agrega una demanda insatisfecha y una cobertura y calidad inadecuadas de los servicios de atención prenatal, del parto y de planificación familiar. La crisis económica que ha afectado a la mayoría de los países, ha contribuido al deterioro de los servicios de salud y a la disminución de la capacidad resolutive en una proporción importante de los servicios de salud de los países de la Región. A lo cual se agregan los factores culturales y de interpretación por la mujer de las necesidades y riesgos de su embarazo, que a su vez, determinan un menor uso de los servicios de salud disponibles.

La morbilidad es un fenómeno menos estudiado a nivel poblacional. Han sido hechas diferentes estimaciones de su magnitud basadas en datos epidemiológicos y supuestos matemáticos. Un buen ejemplo, es la producida por OPS para el periodo trienal de análisis del Plan, que estimó en un poco menos de un millón las mujeres que tuvieron un episodio grave de enfermedad durante su embarazo, parto o puerperio, un tercio de las cuales no tuvo acceso a un hospital u otras facilidades de salud, como tampoco lo tuvieron dos millones más, que también necesitaban algún tipo de atención hospitalaria. Es alarmante que en ciertas áreas de los Andes y de América Central el parto de muchas mujeres no tiene, ni siquiera, la atención de una partera tradicional.

⁸ Es el caso de Bolivia, Chile, Ecuador, República Dominicana. En países federales algunos estados o municipios reforzaron el plan dictando una legislación específica.

⁹ En Bolivia, Costa Rica, Cuba, y República Dominicana fue igual o mayor del 30%; en Brasil, Panamá, Trinidad y Tobago y Uruguay fue 50% o mayor. Perú y Venezuela establecieron una meta menor que el 30%.

¹⁰ Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica y México tienen sistemas de vigilancia con cobertura nacional y diferentes grados de funcionamiento de los comités respectivos a nivel nacional, provincial, municipal e institucional (OPS-CDC, 1992). Argentina y Brasil tienen en funcionamiento sistemas de vigilancia con un buen desarrollo de comités de mortalidad materna, regionales y hospitalarios y/o con el desarrollo de comisiones o comités nacionales para el monitoreo del cumplimiento de las metas materno infantiles, entre las cuales figura la reducción de la mortalidad materna. Colombia ha iniciado el establecimiento de comités a nivel de varias Seccionales de Salud. Otros países han enfatizado el desarrollo de comités de mortalidad materna a nivel de los establecimientos de salud (es el caso de Costa Rica, Perú, Honduras y Venezuela), y han iniciado el proceso de implantación de los sistemas de vigilancia de la muerte materna.

Las acciones desarrolladas en la Región para modificar esta situación se pueden categorizar en dos grandes grupos: las dirigidas a la promoción de las condiciones de salud de la mujer y las enfocadas a la reactivación de los servicios de salud materna. Las primeras comprenden la promoción de comportamientos saludables en la adolescencia, los periodos intergenésicos y la procreación; incluyen además, la promoción de la necesidad del uso de los servicios de salud y la motivación y apoyo de respuestas organizadas de la comunidad y de los grupos de mujeres a las necesidades del periodo reproductivo y a su participación en todo el proceso de atención de su salud. Las segundas están enfocadas a: la reactivación de los sistemas de salud, mediante nuevos modelos de atención; el fortalecimiento de los diferentes procesos relacionados con la gerencia y administración de la atención en salud reproductiva; el énfasis en la calidad y humanización de la atención; el incremento de la capacidad resolutive de los servicios y la eliminación de sus barreras económicas, geográficas y culturales.

Seis lineamientos estratégicos agrupan las principales acciones que se están empleando para producir un cambio:

1. Desarrollo de planes nacionales de acción para la reducción de la mortalidad materna;
2. La implantación de sistemas de vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y el mejoramiento de las estadísticas básicas y de salud reproductiva;
3. El fortalecimiento de la planificación familiar para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha de anticoncepción;
4. El aumento de la cobertura y mejoría de la calidad de la atención prenatal;
5. La utilización y/o perfeccionamiento de modelos complementarios de atención; y
6. La mejoría de la calidad de la atención del parto institucional de las maternidades del primer nivel de referencia.

Planes nacionales para la reducción de la mortalidad materna

Todos los países han formulado un Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna o lo incluyeron como un componente del Programa Materno-infantil⁸. La meta de reducción de la mortalidad materna para 1995, en ocho países fue igual o mayor que la propuesta por el Plan Regional⁹.

Sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna

Más del 60% de los países indicaron tener algún tipo de sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna¹⁰. Existen diferentes modelos para su desarrollo

probados en varios países. Uno de ellos preparado por un grupo de consulta convocado por OPS y CDC, integra estas diferentes experiencias (OPS-CDC, 1992). Si bien es cierto que a nivel de los países existe una buena cantidad de información ésta no se usa para las decisiones políticas o de gerencia, ni está adecuadamente sistematizada mediante un sistema ágil y sencillo que permita una utilización mejor por todos los niveles de servicios de salud y los usuarios de los mismos y que además produzca informaciones mínimas para permitir la construcción de indicadores de impacto, de calidad y de cobertura de servicios.

Fortalecimiento de las acciones de planificación familiar

La gran mayoría de los países incluyen la planificación familiar como una actividad básica de los programas de asistencia integral de la salud de la mujer o en los de salud materno infantil. Pero aún existen núcleos importantes de población sin acceso a estos servicios. Una de las acciones que se está revitalizando en los países, para modificar esta situación es la planificación familiar postparto y postaborto, con una propuesta más amplia que abarca la atención integral del postparto a domicilio, incluyendo la promoción como método anticonceptivo de la "amenorrea de la lactancia materna". Otra intervención urgente, puesta en práctica por algunos países es la promoción de una mayor participación del hombre en la decisión y uso de métodos anticonceptivos, con un aumento sustancial de la oferta de métodos anticonceptivos masculinos¹¹. A su vez la mejoría de la calidad de la atención está en la agenda de acción de los países, lo cual implicará una mayor asignación de recursos para este propósito.

En varios países de la Región existe información suficiente para identificar los grupos de mayor necesidad, que

¹¹ Brasil, Colombia y México, entre otros.

¹² Honduras por ejemplo ha desarrollado un modelo de captación de embarazadas en la comunidad a través de un censo realizado por voluntarios que incluye el registro de las intervenciones hechas por el sistema de salud. A su vez Guatemala ha experimentado con un modelo participativo y auto instruccional para parteras tradicionales de un área del país.

¹³ Son alternativas para la atención del embarazo y el parto, cuando existen limitaciones de recursos o inaccesibilidad a los mismos.

¹⁴ Cuba ha utilizado a escala nacional esta modalidad y está evaluando su impacto. También a escala nacional Chile está implementando un programa de "Colocación Materna" para acercar a las maternidades las embarazadas rurales y las de alto riesgo. Nicaragua tiene tres proyectos en operación, Honduras tiene cuatro en construcción. Brasil y Colombia han probado un modelo en áreas urbanas y Perú ha iniciado un proyecto para adolescentes en riesgo social.

debería ser utilizada para la administración de los programas y el mejoramiento del acceso a los servicios.

A pesar de la controversia que se ha suscitado recientemente, las metas de prevalencia de uso de anticonceptivos sugeridas en el Plan Regional, deberán ser mantenidas como una medida del esfuerzo que deben hacer los países para la obtención de recursos, mejoría de la calidad de la atención y su contribución al impacto sobre la mortalidad materna, la prevención del aborto y del embarazo no deseado y la satisfacción de la demanda.

Aumento de la cobertura y mejoría de la calidad de la atención prenatal

Algunas acciones reportadas en los países indican un cierto grado de avance en las coberturas y la calidad de la atención prenatal¹². No es suficiente el simple contacto de la gestante con los servicios de salud para que una atención prenatal sea adecuada. Se necesita una mejoría sustantiva en la calidad de la consulta para que se pueda detectar, controlar e intervenir en las situaciones de riesgo.

Se deben aprovechar las organizaciones populares y de mujeres para vincularlas activamente en un proceso de cogestión con los servicios de salud, lo cual permitiría una ampliación de la base de captación de las embarazadas y una mejoría de la calidad de la atención.

Modelos complementarios de atención¹³

a. Hogares maternos: Existen experiencias en la Región, de la bondad de los hogares maternos para disminuir el tiempo de transporte y el riesgo de las embarazadas de áreas rurales y marginadas¹⁴. El Plan ha hecho una propuesta de bajo costo para implementarlo en gran escala con la participación y cogestión de la comunidad, con poca aceptación por los países.

b. Casas de parto: En varios países de América Latina y del Caribe de habla inglesa¹⁵ se ha desarrollado un modelo de institucionalización mayor de la atención del parto, mediante casas para la atención de parto de bajo riesgo. Esta propuesta necesita una inversión inicial de recursos, de acuerdo con el personal proveedor de los servicios que varía desde la partera tradicional capacitada hasta un equipo integrado por médico, enfermera u obstetrix.

El sector salud de los países dispone de una extensa red de construcciones de servicios, algunas de ellas subutilizadas. Esta capacidad ociosa podría habilitarse como casas de parto, aumentando así la cobertura del parto institucional, como algunas experiencias lo han demostrado.

c. Parto limpio domiciliario: Una proporción importante de partos en la Región son atendidos a domicilio por parteras tradicionales vinculadas o no a los servicios de salud o por familiares y otros. No existen evidencias,

salvo raras excepciones¹⁶, de un desarrollo importante de esta modalidad de atención del parto. Dadas las proporciones del fenómeno, una priorización de esta actividad debería incluirse en los planes de acción de los países que aún tienen una considerable proporción de partos domiciliarios.

Mejoría de la calidad de la atención del parto institucional de las maternidades del primer nivel de referencia

El análisis de los datos presentados permite inferir que la calidad de la atención del parto institucional no ha mejorado¹⁷. Esta situación está directamente relacionada con la calidad de los servicios de salud y con la capacidad resolutive de los mismos para la atención materna. No existe ninguna evidencia registrada en la información disponible sobre acciones realizadas para modificarla, salvo en dos países: Chile y Honduras. Una referencia especial

merece la investigación en salud reproductiva. Durante 1991-1992 se realizaron o están en ejecución 691 estudios en América Latina. Los resultados de este gran esfuerzo no ha sido bien utilizado por los países.

Cualquier mejoría de los servicios de salud materna implica una inversión importante de recursos nuevos. Estos recursos que fueron estimados en el Plan Regional de reducción de la mortalidad materna en una forma aproximada deben ser producto de una decisión política de los países, la cual aún no ha ocurrido. Esta es una condición básica para reducir la mortalidad y morbilidad materna; por lo tanto, los países deben hacer un esfuerzo grande para arbitrar los nuevos recursos que demandan estos planes de reducción de la mortalidad materna.

En síntesis se espera a nivel del país e internacionalmente, que ocurra una gran concertación social para reducir esta agobiante deuda social contraída con las mujeres de esta Región.

¹⁵ Brasil ha desarrollado un modelo en el estado de Ceará, por parteras tradicionales; Estados Unidos ha acumulado una experiencia grande en sus "Birthing Centers"; Honduras está montando en cuatro clínicas materno-infantiles un modelo atendido por enfermeras y auxiliares de enfermería y México ha desarrollado una red de "posadas de parto" atendida por parteras tradicionales entrenadas y vinculadas a los servicios de salud. En Dominica, Granada, Jamaica, St. Lucía y St. Vincent los Centros de Salud de diferentes niveles de complejidad se han habilitado para atender partos de bajo riesgo.

¹⁶ Guatemala hizo un adiestramiento masivo de parteras tradicionales. Honduras ha realizado un proceso de capacitación participativa con enfoque de riesgo para este tipo de perso-

nal. Perú a su vez ha incrementado la atención del parto limpio en las zonas periurbanas por profesionales y estudiantes de medicina y enfermería. Panamá ha hecho una capacitación intensiva de parteras tradicionales y Bolivia ha realizado una experiencia de capacitación a maestros rurales para la entrega y capacitación de la embarazada y familiares de un paquete para la atención del parto. En varios países del Caribe de habla inglesa el parto a domicilio es atendido por enfermeras obstétricas.

¹⁷ El número absoluto de muertes maternas aumentó en Argentina, Brasil, Estados Unidos y El Salvador. En la estructura por causas las complicaciones puerperales, las hemorragias y las toxemias aumentaron en número absoluto.