

### Índice



Prefacio	2
Agradecimientos	3
Siglas	3
Principales mensajes	5
Definición de términos	7
Nuestra posición frente al reto de salvar la vida a las madres	9
Por qué nos centramos en la atención por personal calificado	14
Definición de atención por personal calificado	16
El camino hacia adelante	23
Anexo	29

*A partir de 1998, la publicación periódica del UNFPA Mortalidad Materna - Actualización, ha documentado estrategias, alianzas y proyectos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas en el mundo en desarrollo. El informe Mortalidad Materna - Actualización 2002 fue resultado de la colaboración entre el UNFPA y el programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD), de Columbia University. El interés central ha sido la respuesta al reto de reducir la mortalidad materna mediante un mayor acceso a la atención obstétrica de emergencia y presentar información sobre los instrumentos y experiencias al respecto. Este año, la publicación trata de la atención universal del parto por personal calificado, en colaboración con el estudio de investigación Skilled Attendance for Everyone (SAFE) (Atención universal por personal calificado), y la Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT) (Iniciativa para la evaluación de programas de mortalidad materna), Dugald Baird Centre for Research on Women's Health (Centro Dugald Baird de Investigación sobre Salud de la Mujer) de la Universidad de Aberdeen. En el presente informe, destinado a ser un material de consulta para programas de salud y encargados de formular políticas, se analiza el tema de la atención del parto por personal calificado. El informe se distribuirá entre las Oficinas del UNFPA en los países, los Equipos de Apoyo Técnico a los Países, los asociados nacionales e internacionales, las ONG, los ministerios de salud, los donantes bilaterales y multilaterales y todo el que desee estar informado de las actividades mundiales del UNFPA encaminadas a reducir la mortalidad y la discapacidad maternas. Además, figurará en los sitios Web del UNFPA y de SAFE.*

PHOTOS: ©Panos Pictures: Chris Sattlberger (cover, page 8); ©UNICEF/HQ02-0570/Pirozzi (above, page 11); UNFPA/Kate Ramsey (page 4); UNFPA/Marie Dorigny (page 7); UNFPA/Teun Voeten (page 22); UNFPA/William Ryan (page 26); UNFPA/Teun Voeten (page 30);

## Prefacio

En el último decenio, la necesidad de eliminar la tragedia de la mortalidad materna ha dejado de ser un tema político secundario para incorporarse en la primera plana internacional. Se considera cada vez más que la mortalidad materna es una cuestión urgente de derechos humanos, además de ser una cuestión de salud. La iniciativa de maternidad sin riesgo va al encuentro de las desigualdades entre los países del Norte y los del Sur, a consecuencia de las cuales las mujeres de países pobres son vulnerables a la muerte derivada de la maternidad.

Por otra parte, se reconoce ampliamente que salvar la vida a las madres es una necesidad imperiosa para el desarrollo social y económico. La inclusión de la reducción de la mortalidad materna en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio destaca el compromiso mundial respecto de este tema. Si bien han aumentado nuestros conocimientos sobre la manera de evitar esa tragedia, la mortalidad y la discapacidad maternas siguen siendo serios problemas en casi todo el mundo en desarrollo. Apoyamos decididamente una estrategia triple para salvar la vida a las mujeres: *servicios anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado, atención universal del parto por personal calificado, y atención obstétrica de emergencia* para todas las mujeres que presentan complicaciones durante el embarazo o el parto.

En esta publicación se aclara la relación conceptual entre atención por personal calificado y mortalidad materna. La atención de todos los partos por personal calificado otorga a las mujeres que padecen complicaciones potencialmente mortales una mayor posibilidad de recibir a tiempo atención obstétrica de emergencia. En el sobre de la contratapa, un folleto conexo *El parto en buenas manos: Informes sobre avances logrados en los países*, proporciona ejemplos de políticas y actividades de atención por personal calificado por parte del UNFPA y SAFE en varios países.

Gran parte de los adelantos logrados por los países para mejorar la atención del parto por personal calificado puede atribuirse a la estrecha colaboración entre Ministerios de Salud, ONG, universidades, asociaciones profesionales, grupos de base comunitaria y organismos internacionales. Esas alianzas están en buenas condiciones para promover la integración de la atención del parto por personal calificado y los servicios de salud materna en los programas existentes de salud reproductiva.

Al ampliar la base de apoyo, también se ha alentado un enfoque integral de enfermedades críticas, entre ellas el VIH/SIDA y el paludismo, que están afectando cada vez más la salud de las madres. Consideramos que la colaboración entre SAFE, IMMPACT (*Universidad de Aberdeen*) y el UNFPA en esta publicación es un excelente ejemplo de cooperación fructífera. Aguardamos con interés la oportunidad de colaborar en la nueva Alianza para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido, que ha ampliado el reto incluyendo una mayor atención al recién nacido, y agrega nuevos copartícipes en esas actividades.

Desde que se emprendió hace 15 años la iniciativa mundial para reducir la mortalidad materna, hemos perfeccionado nuestras estrategias para abordar este problema. Estamos acumulando constataciones y experiencia programática acerca de lo que da y no da buenos resultados. Aprovechemos lo que ya sabemos para fomentar el compromiso y movilizar recursos, a fin de alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir la mortalidad materna en un 75% antes de 2015. Logremos que la maternidad sea una experiencia menos riesgosa para todas las mujeres.



Mari Simonen, Directora  
División de Apoyo Técnico, UNFPA



Wendy Graham, Directora  
*Dugald Baird Centre for Research on Women's Health  
de la Universidad de Aberdeen*

# Agradecimientos

La contribución del UNFPA a esta publicación fue preparada y coordinada por Siri Suh, Vincent Fauveau y France Donnay, de la División de Apoyo Técnico, con asistencia editorial de Janet Jensen. Las divisiones geográficas de la sede del UNFPA, los funcionarios de las Oficinas del UNFPA en los países y de los Equipos de Apoyo Técnico a los Países, así como los miembros del Equipo de Atención Obstétrica de Emergencia del UNFPA proporcionaron contribuciones sustantivas de gran valor al texto final, tras innumerables revisiones y la incorporación de los datos más actualizados.

La contribución de la *Universidad de Aberdeen* formó parte de dos programas internacionales de investigación: *SAFE (Skilled Attendance for Everyone)* (Atención universal por personal calificado) e *IMMPACT (Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment)* (Iniciativa para la evaluación de programas de mortalidad materna). Julia Hussein y Birgit Jentsch prepararon y coordinaron los textos en representación de la Universidad de Aberdeen. También se reconocen las contribuciones de gobiernos, organizaciones y países que colaboraron conduciendo las labores sobre el terreno de SAFE y participando en ellas. Además, se reconoce la contribución de miembros de la *International Research Partnership* (Alianza internacional para la investigación) de SAFE: en el anexo figura una lista de nombres y pertenencia a instituciones.

Se ofrece libre acceso a un manual (*Strategy Development Tool*) (Instrumento para formulación de estrategias) de SAFE, con el propósito de que los directores de programas puedan reunir e interpretar sistemáticamente información sobre la atención del parto por personal calificado, en el Sitio Web [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe)

## Siglas

AOE	atención obstétrica esencial
AOEm	atención obstétrica de emergencia
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DELP	documento(s) de estrategia de lucha contra la pobreza
ITS	infección de transmisión sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	organización no gubernamental
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SWAP	enfoques sectoriales
TBA	partera tradicional
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

## Organismos, organizaciones y programas

BAoD	Banco Asiático de Desarrollo
AMDD	Prevenir la Muerte y Discapacidad Maternas ( <i>Averting Maternal Death and Disability</i> ) ( <i>Columbia University</i> )
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
FCI	Family Care International
FHI	Family Health International
FIGO	Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología
ICM	Confederación Internacional de Comadronas
IMMPACT	Iniciativa para la Evaluación de Programas de Mortalidad Materna ( <i>Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment</i> )
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JHPIEGO	Dependencia de <i>Johns Hopkins University</i> especializada en cuestiones de salud reproductiva
JICA	Organismo Japonés de Cooperación Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RPMM	Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna ( <i>Regional Prevention of Maternal Mortality Network</i> )
SAFE	Atención Universal por Personal Capacitado ( <i>Skilled Attendance for Everyone</i> )
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



# El parto en buenas manos: principales mensajes

## Las dimensiones de la mortalidad materna

- La mortalidad materna es el indicador de salud que presenta mayores disparidades entre países desarrollados y países en desarrollo. Casi todas las defunciones derivadas de la maternidad (95%) ocurren en África y Asia. En África al sur del Sahara, una mujer corre durante toda su vida un riesgo de 1 en 12 de perder la vida durante el embarazo y el parto, en comparación con un riesgo de 1 en 4.000 en el mundo desarrollado **(PÁGINA 11)**.
- En todo el mundo, casi las dos terceras partes de las defunciones derivadas de la maternidad se deben a cinco causas directas: hemorragia, retención de la placenta, eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo), sepsis y complicaciones de un aborto realizado en malas condiciones. **(PÁGINA 9)**.
- Dado que, según cálculos, en un 15% de los embarazos se presentan complicaciones, es preciso considerar a todos los embarazos en riesgo. Ahora bien, esas cinco complicaciones que presentan mayores riesgos para la vida pueden recibir tratamiento profesional, mediante intervenciones obstétricas de emergencia. Es imprescindible estar preparados para dispensar tratamiento cuando aparecen complicaciones y salvar así las vidas de las madres y los recién nacidos. Por esta razón, tiene importancia decisiva la atención por personal calificado. **(PÁGINA 10)**.

## El indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

- El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (2000) insta a reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad. Uno de los indicadores utilizados para detectar los progresos logrados en la consecución de este objetivo es la proporción de mujeres que dan a luz con la asistencia de personal calificado. **(PÁGINA 13)**.
- Aun cuando en muchos países se dispone de datos suficientes sobre este indicador, la definición utilizada para recopilar datos puede variar de un país a otro. Además, el indicador no aporta información sobre el ámbito en que ocurre el alumbramiento. **(PÁGINA 13)**.

## Por qué nos centramos en la atención por personal calificado

- Los datos históricos indican que los países que han logrado reducir la mortalidad materna han puesto en primer plano el papel de una partera profesional o un médico que trabajen en un establecimiento de salud. Esto es válido tanto para países desarrollados como para países en desarrollo. **(PÁGINA 14)**.
- En los países en desarrollo, hay una relación inversa entre la proporción de partos con asistencia de personal calificado y el índice de mortalidad materna. **(PÁGINA 15)**.
- En el mundo en desarrollo, las complicaciones que traen consigo el VIH/SIDA y el paludismo se están convirtiendo cada vez más en causas indirectas de mortalidad y morbilidad maternas. Los servicios de salud materna y otros servicios de salud reproductiva son un punto estratégico de entrada para abordar tanto el paludismo como el VIH/SIDA en la mujer. **(PÁGINA 12)**.

- La atención del parto por personal calificado y la atención obstétrica de emergencia pueden proteger a millones de recién nacidos, así como a sus madres. **(PÁGINA 15).**

## El camino hacia adelante

■ Dado que casi todas las defunciones derivadas de la maternidad pueden evitarse, la muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es una violación de sus derechos a la vida y la salud. Al adoptar un enfoque de la reducción de la mortalidad materna basado en los derechos humanos, se exhorta a los gobiernos a proporcionar acceso universal a la atención del parto por personal calificado y a la atención obstétrica de emergencia. También se promueve la dignidad y la equidad de las mujeres dentro del sistema de atención de la salud. **(PÁGINAS 10 A 11).**

■ Tiene importancia crucial efectuar inversiones en recursos humanos para mejorar la atención del parto por personal calificado. Algunas cuestiones de importancia crítica son el “éxodo de profesionales”, los sueldos y prestaciones de los profesionales de la salud, la supervisión y gestión, y el mantenimiento y actualización de los conocimientos. **(PÁGINA 23).**

■ En los países con una elevada incidencia del VIH/SIDA, es preciso abordar la enfermedad como problema de recursos humanos, además de ser una cuestión de salud pública. Es preciso brindar apoyo al personal calificado para que adopte precauciones universales, protegiéndose. **(PÁGINA 24).**

■ Dado el reconocimiento social de que gozan en la comunidad, las parteras tradicionales pueden ser entusiastas paladines de la atención del parto por personal calificado si se las vincula de manera apropiada con los sistemas de salud. Los programas deberían centrarse en apoyar la función social que desempeñan las parteras tradicionales en la atención de la salud de la mujer, en lugar de invertir en la ampliación de sus conocimientos técnicos. **(PÁGINAS 21 A 22).**

■ La mejora de la atención del parto suele comenzar con la mejora en la calidad de los servicios que se ofrecen en los establecimientos de salud. Cuando los establecimientos ofrecen servicios de calidad, los miembros de la comunidad acuden más a ellos porque confían en esos servicios. **(PÁGINA 24).**

■ No existe un criterio único para mejorar la atención del parto por personal calificado. Las estrategias deben adaptarse al contexto local. Sea cual fuere el criterio que se aplique, el objetivo es atender un parto normal en las mejores condiciones posibles y asegurar que todas las mujeres que presenten complicaciones en el parto reciban atención obstétrica de emergencia. **(PÁGINA 23).**

## Definición de términos

**Profesional calificado** es un trabajador de la salud con formación médica y conocimientos sobre atención del parto (partera, enfermera diplomada o médico), que posee las aptitudes profesionales necesarias para atender partos normales y encargarse del diagnóstico, el tratamiento o la remisión a otros establecimientos de los casos de complicación obstétrica. En situaciones ideales, el personal calificado vive en la comunidad a cuyo servicio está y es parte de ella. Debe estar facultado para atender el trabajo de parto y el parto normales, encargarse de intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el hijo cuando se necesitan intervenciones de mayor complejidad, que están fuera de su competencia o que no se pueden practicar en determinado establecimiento.

**Atención por personal calificado** denota la atención proporcionada por un trabajador de la salud capacitado, en un **ámbito propicio** o dentro de un sistema de salud capaz de ofrecer atención a partos normales, así como atención obstétrica de emergencia apropiada a todas las mujeres que presentan complicaciones durante el parto.

**Cuidados por personal calificado** es una expresión equivalente a “atención por personal calificado”. Muchas personas prefieren este término para evitar la confusión entre “personal calificado” y “atención por personal calificado”, especialmente en expresiones orales.

Un **ámbito propicio** es un contexto que proporciona a un agente calificado el respaldo necesario para atender partos normales y asegura que las mujeres que presentan complicaciones reciban atención obstétrica de emergencia sin dilación. Abarca, en lo esencial, un sistema de salud que funcione como es debido, inclusive equipo y suministros; infraestructura y transporte; sistemas de abastecimiento agua y electricidad y redes de comunicación adecuadas; políticas, supervisión y gestión de los recursos humanos; y protocolos y directrices clínicos.

Una **partera tradicional (TBA)** es una persona que vive en la comunidad y atiende el embarazo y el parto. Las parteras tradicionales no tienen instrucción suficiente ni los conocimientos necesarios para atender complicaciones obstétricas o remitir esos casos a establecimientos adecuados. Por lo general, las parteras tradicionales no pertenecen al cuerpo de profesionales del sistema de salud ni reciben un sueldo. Aun cuando suelen ser miembros muy estimados de sus comunidades y, con frecuencia, son las únicas a las que muchas mujeres acuden para la atención del parto, *no debe incluirse en la definición de personal calificado al calcular el indicador correspondiente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*





# Nuestra posición frente al reto de salvar la vida a las madres

Tal vez la intervención de importancia más crítica para la seguridad de la maternidad es que en cada parto esté presente un agente de salud capacitado para atender el alumbramiento y disponer de transporte en caso de que se requiera la remisión de emergencia a otros establecimientos.

- CONSULTA TÉCNICA SOBRE LA MATERNIDAD SIN RIESGO, COLOMBO (SRI LANKA) 1997.

Cada minuto, una mujer pierde la vida a consecuencia del parto o de complicaciones del embarazo, es decir, 529.000 mujeres mueren cada año, casi todas en países en desarrollo. Por cada mujer que muere, otras 30 padecen enfermedades o discapacidad crónicas, entre ellas la fístula obstétrica.

La muerte o discapacidad de una madre puede sumir más profundamente en la pobreza y la desesperación a las familias pobres. Los hijos sobrevivientes corren riesgo. La pérdida puede repercutir en toda la comunidad.

La tragedia en todos estos casos de defunción y discapacidad es que se pueden evitar. Las defunciones maternas, en su mayoría, son causadas por hemorragia, retención fetal, infección, eclampsia y complicaciones del aborto realizado en malas condiciones. Por otra parte, una proporción cada vez mayor de defunciones se atribuye a problemas indirectos y no obstétricos, entre ellos enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis y hepatitis), enfermedades crónicas (cardíacas, pulmonares y hepáticas), violencia de género y los múltiples problemas que enfrentan las embarazadas en situaciones de emergencia. Si bien las complicaciones obstétricas del embarazo y el parto no pueden ni pronosticarse ni prevenirse, hay tratamiento para todas ellas.

Sabemos que la eficacia de las intervenciones de emergencia en casos de complicaciones es la clave para salvar la vida a las mujeres. En países industrializados, donde las mujeres disponen de atención por personal capacitado y atención obstétrica de emergencia en el parto, se registran muy pocos casos de defunción materna. En cambio, en la mayoría de los países en desarrollo, las altas tasas de mortalidad materna

reflejan la deficiencia de los sistemas de salud, así como la falta de compromiso social y político respecto de esta cuestión.

Trabajar en pro de la supervivencia y el bienestar de las madres es un imperativo moral y de derechos humanos, que también tiene enormes repercusiones en el progreso social y económico. Por ello, en los últimos años el tema ha sido objeto de mayor atención y se le ha asignado máxima prioridad, especialmente después de 1987, en que se emprendió en Nairobi (Kenya) la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo<sup>1</sup>. La exhortación a reducir la mortalidad materna tuvo eco en todas las conferencias internacionales celebradas durante el decenio de 1990 y es un componente fundamental de la Alianza para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido, establecida en 2004.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) reconocen que la maternidad sin riesgo es un componente esencial del desarrollo. En esos marcos de desarrollo se exhorta a lograr antes de 2015 una reducción del 75% respecto de los índices de mortalidad materna registrados en 1990 y también a lograr antes de 2015 que un 90% del total de partos reciba atención por personal calificado. También reconocen la carga que imponen la muerte y la discapacidad a las poblaciones pobres.

<sup>1</sup> Empezaron esa Iniciativa conjunta las siguientes organizaciones: FCI, FIGO, ICM, IPPF, Population Council, RPMM, UNICEF, UNFPA, OMS y Banco Mundial.

## Lecciones del pasado

El décimo aniversario de la CIPD ofrece una oportunidad de reflexionar sobre el limitado progreso logrado en la reducción de la mortalidad materna y promover un cambio de énfasis en muchos programas nacionales de maternidad sin riesgo. Será necesario lograr dicha transición, que tiene apreciables repercusiones sobre las políticas y los recursos, para poder alcanzar las metas internacionales antes de 2015.

Si bien en algunos países se han logrado notables progresos, un número inadmisiblemente de mujeres, especialmente en África y Asia, siguen muriendo en el parto. Pese a los innumerables esfuerzos realizados para mejorar la situación, los resultados son desiguales y en algunos países está empeorando. El estancamiento del progreso tiene muchas causas: en algunos países no se asumió un compromiso nacional y las necesidades de las mujeres siguen teniendo poca importancia en la lista de prioridades de muchas comunidades. A menudo las mujeres apenas tienen posibilidades de escoger la atención obstétrica que necesitan. La epidemia de VIH/SIDA ha empeorado la situación ya que complica el desarrollo del embarazo, agota los presupuestos de salud pública, reduce el número de profesionales calificados y sobrecarga los sistemas de atención de la salud. La pobreza, los conflictos, los desastres naturales y otras situaciones de emergencia han agravado aún más la situación en muchos países.

Por otra parte, se ha comprobado la ineficacia de algunas estrategias aplicadas en el pasado para abordar la mortalidad materna. Las intervenciones para impartir capacitación a parteras tradicionales (TBA) apenas han logrado reducir la mortalidad materna, debido a que carecen de los conocimientos médicos necesarios para atender las complicaciones obstétricas y, por lo general, no forman parte del sistema oficial de atención de la salud.

Otra estrategia ineficaz ha sido centrarse en la detección precoz de los embarazos de alto riesgo. El problema con un enfoque basado en el riesgo es que, en realidad, todas las embarazadas corren riesgo. Se calcula que un 15% de los partos presentan complicaciones que pueden ser fatales y aparecer súbitamente, sin indicios previos. Suele ser difícil determinar

cuáles serán las mujeres que presentarán complicaciones. No obstante, aunque muchas complicaciones obstétricas *no puedan pronosticarse ni prevenirse*, casi todas las complicaciones graves se pueden tratar. De ahí que sea tan importante la atención del parto por personal calificado, ya que asegura que las mujeres tengan acceso inmediato a la atención obstétrica de emergencia, cuando es necesario.

## Enfoque estratégico del UNFPA basado en los derechos humanos

La triple estrategia del UNFPA para reducir la mortalidad materna abarca:

- El acceso universal a servicios anticonceptivos para reducir la cantidad de embarazos no deseados;
- La atención de todos los partos por personal calificado; y
- La atención obstétrica de emergencia para todas las mujeres que presentan complicaciones.

Los dos últimos componentes de la estrategia atañen a la atención que las mujeres reciben en el momento del parto y son el tema central del presente informe. Si todas las embarazadas tuvieran acceso a la atención por personal calificado, las que presentan complicaciones tendrían mayores probabilidades de recibir atención obstétrica sin demoras. La clave es estar preparados para todo imprevisto.

Dado que casi todos los casos de mortalidad materna pueden evitarse, el UNFPA considera que la muerte de una mujer en el embarazo o el parto es una violación de sus derechos a la vida y la salud, así como una injusticia social. Por esta razón, el enfoque del UNFPA para reducir la mortalidad materna se basa en principios de derechos humanos y de igualdad y equidad de género. Dado que reconoce el papel de las cuestiones de género y su influencia sobre el acceso a los servicios de atención de la salud y la calidad de éstos, el enfoque basado en los derechos humanos promueve la ampliación de los medios de acción de la mujer y apoya las condiciones en que ésta puede optar por un parto sin riesgo. Asimismo, el enfoque basado en los derechos humanos orienta el diseño y la puesta en práctica de políticas y programas del UNFPA relativos a la mortalidad materna. Los principios de derechos humanos, aplicados teniendo en cuenta las diferentes

culturas, pueden promover la dignidad y la justicia social de las usuarias y los encargados de prestar servicios, tanto a nivel de las operaciones clínicas y la administración de las instituciones de salud como de las políticas nacionales. Un enfoque basado en los derechos humanos trata de lograr la igualdad y la equidad, no sólo en cuanto a “qué” hacer para reducir la mortalidad materna, sino también a “cómo” hacerlo.<sup>2</sup>

### Tendencias mundiales de la mortalidad materna

Según estimaciones recientes, en 2000 unas 529.000 mujeres perdieron la vida a causa de complicaciones del parto y el embarazo.<sup>3</sup> Se registró una distribución casi pareja de esas defunciones en África y Asia, continentes que, en conjunto, representaron 95% del total. Sólo un 4% de todas las defunciones maternas (22.000) ocurrieron en la región de América Latina y el Caribe, y menos de 1% (2.500) en las regiones más desarrolladas del mundo. Debido a los grandes márgenes de incertidumbre, el número de defunciones maternas podría oscilar entre 277.000 y 817.000. Por consiguiente, pese a que esas cifras revelan un ligero aumento con respecto al total de 515.000 registrado en 1995, no hay por qué considerar que reflejan una tendencia. Sin embargo, destacan la necesidad de abordar las cuestiones que contribuyen a la mortalidad materna.

El índice de mortalidad materna, que mide el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo, se estimó para el año 2000 en 400 por cada 100.000 nacidos vivos<sup>3</sup>. Las estimaciones del índice de mortalidad materna arrojan las cifras más altas en África (830), seguida de Asia (330), Oceanía (240), América Latina y el Caribe (190) y los países desarrollados (20). Pero esas estimaciones no pueden usarse de manera realista para analizar tendencias debido a razones estadísticas, como la insuficiencia del tamaño de las muestras, los amplios intervalos de confianza y las variaciones en los métodos de medición.

Las disparidades entre los riesgos obstétricos que corren las mujeres a lo largo de toda su vida son extremas. En África al sur del Sahara, el riesgo de mortalidad materna acumulado puede llegar a ser de 1 en 16, en comparación con 1 en 2.800 en los países desarrollados.

Las adolescentes corren en particular un alto riesgo. En todo el mundo, el embarazo es la principal



causa de defunción de las jóvenes de 15 a 19 años de edad y los principales factores son las complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones. Por razones tanto fisiológicas como sociales, las probabilidades de que las jóvenes de entre 15 a 19 años de edad mueran en el parto duplican las de las jóvenes de entre 20 y 30 años. Las probabilidades de perder la vida para las menores de 15 años son cinco veces superiores a las de las mujeres de 20 a 30 años.

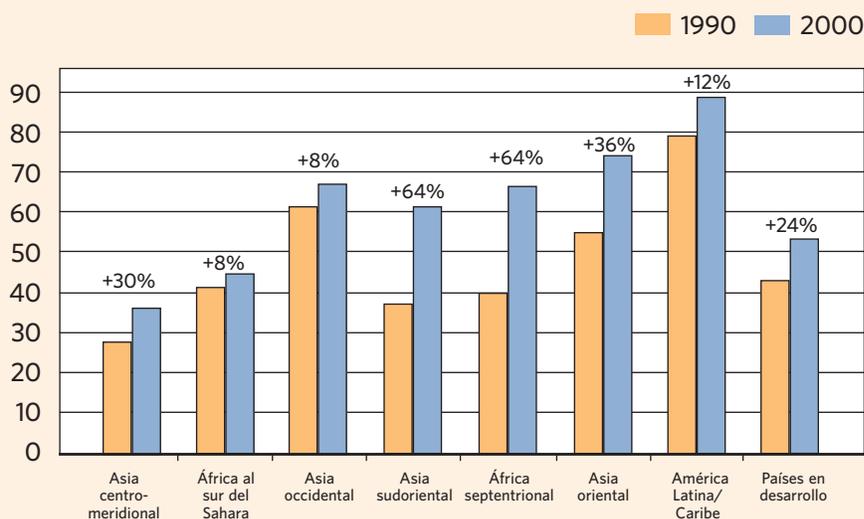
### Tendencias en partos atendidos por personal calificado (médico, enfermera o partera)

Entre 1990 y 2000 aumentó sustancialmente el porcentaje de partos atendidos por personal calificado en el mundo en desarrollo, de 42% a 52%, lo que representa un aumento del 24% en todo el mundo en desarrollo. Los mayores adelantos se registraron en Asia sudoriental y África septentrional, regiones que registraron un aumento de casi 40%. No obstante, un análisis más a fondo de esta tendencia pone de manifiesto que la magnitud del cambio entre 1990 y 2000 es pequeña en dos regiones de importancia fundamental, África al sur del Sahara y Asia occidental, que tienen poblaciones numerosas y altas tasas de mortalidad materna (véase el gráfico 1). En esas regiones, se observan diferencias

2 Freedman L (2001). *Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75: págs. 51 a 60.

3 OMS (2004). *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra: OMS.

## GRÁFICO 1 - VARIACIONES EN EL % DE PARTOS CON ATENCIÓN DE PERSONAL CALIFICADO, 1990-2000



Sobre la base de 61 países con datos de tendencias que abarcan el 75% de los alumbramientos en países en desarrollo.

FUENTE: DHS - MACRO INTERNATIONAL

culturas, pueden promover la dignidad y la justicia social de las usuarias y los encargados de prestar servicios, tanto a nivel de las operaciones clínicas y la administración de las instituciones de salud como de las políticas nacionales. Un enfoque basado en los derechos humanos trata de lograr la igualdad y la equidad, no sólo en cuanto a “qué” hacer para reducir la mortalidad materna, sino también a “cómo” hacerlo.<sup>2</sup>

### Tendencias mundiales de la mortalidad materna

Según estimaciones recientes, en 2000 unas 529.000 mujeres perdieron la vida a causa de complicaciones del parto y el embarazo.<sup>3</sup> Se registró una distribución casi pareja de esas defunciones en África y Asia, continentes que, en conjunto, representaron 95% del total. Sólo un 4% de todas las defunciones maternas (22.000) ocurrieron en la región de América Latina y el Caribe, y menos de 1% (2.500) en las regiones más desarrolladas del mundo. Debido a los grandes márgenes de incertidumbre, el número de defunciones maternas podría oscilar entre 277.000 y 817.000. Por consiguiente, pese a que esas cifras revelan un ligero aumento con respecto al total de 515.000 registrado en 1995, no hay por qué considerar que reflejan una tendencia.

Sin embargo, destacan la necesidad de abordar las cuestiones que contribuyen a la mortalidad materna.

El índice de mortalidad materna, que mide el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo, se estimó para el año 2000 en 400 por cada 100.000 nacidos vivos<sup>3</sup>. Las estimaciones del índice de mortalidad materna arrojan las cifras más altas en África (830), seguida de Asia (330), Oceanía (240), América Latina y el Caribe (190) y los países desarrollados (20). Pero esas estimaciones no pueden usarse de manera realista para analizar tendencias debido a razones estadísticas, como la insuficiencia del tamaño de las muestras, los amplios intervalos de confianza y las variaciones en los métodos de medición.

Las disparidades entre los riesgos obstétricos que corren las mujeres a lo largo de toda su vida son extremas. En África al sur del Sahara, el riesgo de mortalidad materna acumulado puede llegar a ser de 1 en 16, en comparación con 1 en 2.800 en los países desarrollados.

Las adolescentes corren en particular un alto riesgo. En todo el mundo, el embarazo es la principal

4 Graham WJ y Hussein J (2003). *Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS*. UN/POP/MORT/2003/8. Nueva York: División de Población de las Naciones Unidas.

## EL INDICADOR DE ATENCIÓN POR PERSONAL CALIFICADO

En la Cumbre del Milenio hubo un amplio acuerdo en cuanto a que el porcentaje de partos atendidos por personal calificado era uno de los principales indicadores para determinar hasta qué punto se estaba logrando reducir el número de defunciones derivadas de la maternidad. Es importante utilizar esos indicadores debido a que es sumamente difícil medir directamente las tasas y los índices de mortalidad materna donde el problema es más agudo. En esos países, las estimaciones de la mortalidad materna suelen presentar amplios márgenes de error y un alto grado de incertidumbre y no revelan las tendencias a corto plazo. A este respecto, los Indicadores de procesos, como el porcentaje de partos atendidos por personal calificado, son más elocuentes. Los datos sobre este indicador están ampliamente disponibles en las Encuestas demográficas y de salud (DHS) que se realizan cada cinco años en 142 países. No obstante, la aparente simplicidad de este indicador oculta cuestiones conceptuales y técnicas que pueden complicar la preparación de informes fidedignos sobre la proporción de partos atendidos por personal calificado.

El término “personal calificado” es sólo una instantánea de la compleja realidad de la atención del parto. Tal vez no refleje suficientemente en qué medida las mujeres disponen efectivamente de acceso a la debida atención, particularmente cuando surgen complicaciones. Uno de los principales problemas en la medición e interpretación del indicador es determinar qué se entiende por personal calificado. A menudo, las personas que responden a las encuestas de salud desconocen las credenciales de la persona que atendió el parto. En

lugares donde no hay un grupo de trabajadores expresamente designado para la atención de la salud durante el embarazo y el parto, es particularmente problemático informar adecuadamente sobre ese indicador. Aun cuando se ha tratado de dar una definición uniforme de médico, enfermera, partera y partera auxiliar utilizadas en la mayoría de las encuestas por hogares, es probable que muchos profesionales de la salud que se clasifican como “calificados” no cumplan los criterios aceptados internacionalmente (véase la sección 3).<sup>1</sup>

Se ha reconocido la importancia de un sistema de salud en buen estado de funcionamiento como factor clave para reducir la mortalidad materna. No obstante, el indicador de personal capacitado no aclara si los partos ocurrieron en un ámbito propicio donde se dispone sin tardanza de atención obstétrica de emergencia. Además, este indicador, derivado de datos de encuestas nacionales, puede ocultar disparidades en el acceso a los servicios entre distintas regiones y distintos grupos socioeconómicos y étnicos.<sup>2</sup>

Un factor importante para mejorar la atención por personal calificado es el perfeccionamiento de los métodos utilizados para el seguimiento y la evaluación de los progresos. Es preciso efectuar investigaciones para detectar las deficiencias en los cálculos y la interpretación del indicador del personal capacitado, así como elaborar mecanismos más exactos para la medición de los datos.

1 OMS (2004). *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO*. OMS: Ginebra).

2 (AbouZahr C y Wardlaw T (2001). *Maternal Mortality at the end of a decade: signs of progress?* Boletín de la Organización Mundial de la Salud 79(6). OMS: Ginebra).

causa de defunción de las jóvenes de 15 a 19 años de edad y los principales factores son las complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones. Por razones tanto fisiológicas como sociales, las probabilidades de que las jóvenes de entre 15 a 19 años

de edad mueran en el parto duplican las de las jóvenes de entre 20 y 30 años. Las probabilidades de perder la vida para las menores de 15 años son cinco veces superiores a las de las mujeres de 20 a 30 años.

# Por qué nos centramos en la atención por personal calificado

Hay varias razones que justifican que se haga hincapié en la atención del parto por personal calificado. La mayoría de las defunciones derivadas de la maternidad se producen cerca del momento del parto, lo que destaca la necesidad de intervenir oportunamente. Las principales causas de mortalidad materna requieren intervenciones médicas: en la mayoría de los casos, un profesional calificado puede ofrecer tratamiento en casos de hemorragia grave, infección y eclampsia en un centro de salud, mientras que para las operaciones cesáreas en casos de retención del parto y las transfusiones sanguíneas en condiciones de seguridad se requieren establecimientos hospitalarios dotados de equipo más complejo. Los datos históricos y epidemiológicos representan una prueba más de la importancia de insistir en la atención por personal calificado, lo que también ayuda a reducir la mortalidad neonatal.

## Pruebas históricas

Los países que han logrado reducir la mortalidad materna han destacado el papel de la partera profesional diplomada o el médico, que dispensan atención en establecimientos de salud, por lo general, hospitales. En los últimos cinco o seis decenios, disminuyó la tasa de mortalidad materna en Malasia y Sri Lanka, gracias a un mayor acceso a los servicios de salud en zonas rurales y a la introducción de parteras profesionales. En los últimos tiempos se ha logrado reducir la mortalidad materna en China, Costa Rica, Egipto, Indonesia, Jamaica, Jordania, México y Tailandia al aumentar la disponibilidad de personal calificado y mejorar el sistema de remisión a otros establecimientos en casos de emergencia.

En China, entre los decenios de 1960 y 1980 se ampliaron los servicios oficiales de atención médica profesional en zonas rurales, lo que contribuyó a una espectacular reducción del número de defunciones derivadas de la maternidad. De igual modo, en

## ALIANZA PARA LA MATERNIDAD SIN RIESGO Y LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO

Cada año, más de 7 millones de niños mueren antes de cumplir un año. Desde 1987, en que se emprendió la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo, es mucho lo que se ha aprendido acerca de los vínculos entre la salud de la madre y la salud del recién nacido. No obstante, muchas mujeres y sus bebés recién nacidos siguen padeciendo enfermedades y muriendo innecesariamente. En enero de 2004, se estableció la Alianza para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido, con el propósito de ampliar la iniciativa mundial de promoción de la salud y la supervivencia de las mujeres y *los recién nacidos* en el mundo en desarrollo. La Alianza, guiada por los objetivos generales de reducción de la pobreza, equidad y derechos humanos, abordará las enormes disparidades en la salud de poblaciones urbanas y rurales y de poblaciones ricas y pobres. La posibilidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio reside en la capacidad de la coalición para coordinar las acciones de organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones de investigación, gobiernos, donantes y organizaciones mundiales. La Alianza congrega a diversas ONG, las que a menudo indican cuál es la demanda de servicios, proporcionan servicios y realizan tareas de promoción entre los responsables de velar por la disponibilidad de los servicios, políticos y gobiernos. En virtud de la Alianza, las instituciones de investigación se beneficiarán con una estrecha interacción entre los aliados en la documentación y difusión de las lecciones obtenidas. Los donantes, los fondos y las organizaciones mundiales y regionales están vinculados entre sí para maximizar la movilización de recursos y coordinar las acciones. Todas las organizaciones que realizan actividades atinentes a la maternidad sin riesgo y/o la salud del recién nacido pueden solicitar su ingreso como miembros de la Alianza. Si desea más información, visite la página de Internet: [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

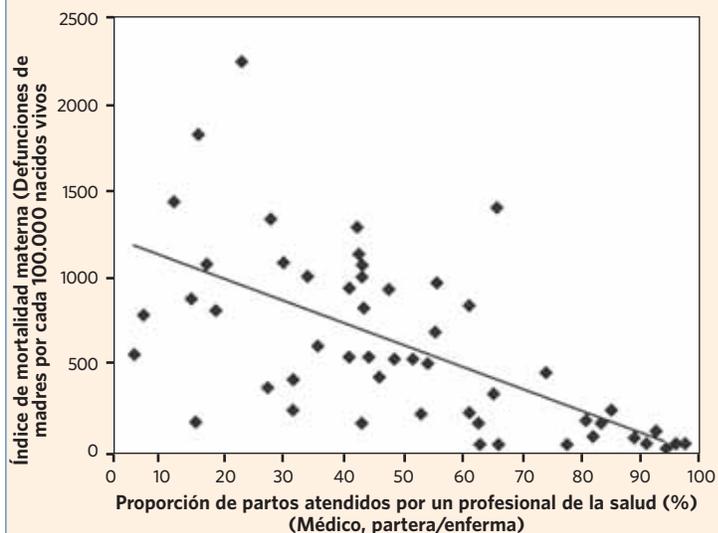
Malasia, la mejora de los sistemas de atención de la salud en zonas rurales redundó en una mayor cantidad de partos atendidos por parteras calificadas y remuneradas. Desde el decenio de 1980, gracias al sistema de remisión a otros establecimientos, una magnífica supervisión y el transporte gratuito, la mayoría de los partos ocurren en establecimientos de salud y se ha reducido significativamente la mortalidad materna. En Sri Lanka, durante los primeros decenios del siglo XX, se asignaron parteras en todo el país y se ampliaron los servicios de atención de la salud en comunidades rurales. Hacia 1996, más del 94% de los alumbramientos ocurrían en hospitales.<sup>5</sup> En Cuba, Egipto, Jamaica y Tailandia también se redujo la mortalidad materna después de efectuar una transición coordinada desde el parto en el hogar hacia el parto en centros de salud, ofreciendo atención por personal calificado, así como capacidad para practicar operaciones cesáreas y transfusiones sanguíneas.

### Pruebas epidemiológicas

La relación inversa entre la mortalidad materna y la proporción de partos atendidos por profesionales de la salud acrecienta la importancia del personal calificado (Gráfico 2). En general, cuanto más alta sea la proporción de partos atendidos por profesionales calificados, tanto menor será el índice de mortalidad materna. En casi todos los países donde el personal de salud atiende a más de un 80% de los partos, los índices de mortalidad materna se mantienen por debajo de 200 por cada 100.000.

Pese a la aparente solidez de la correlación presentada en el gráfico 2, son varias las razones que aconsejan ser cautelosos al interpretar esos datos. En primer lugar, una marcada correlación de los datos no significa que al aumentar la proporción de partos atendidos por personal calificado se produzcan reducciones en la mortalidad materna. Es posible que otros factores de difícil medición influyan sobre ambos indicadores. En segundo lugar, es cuestionable la fiabilidad de los datos para ambos indicadores. Es de sobra conocido lo difícil que es calcular la tasa de mortalidad materna; además, los problemas que trae consigo la reunión e interpretación de los datos de las encuestas añaden complejidad a la presentación de información sobre

**GRÁFICO 2: RELACION ENTRE MORTALIDAD MATERNA Y PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA 57 PAISES EN DESARROLLO, ~1995**



FUENTE: University of Aberdeen

la proporción de partos atendidos por personal calificado (véase la sección 4).<sup>6</sup>

### Recién nacidos más saludables

La atención del parto por personal calificado está en consonancia con el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducción de la mortalidad infantil, que está bajo la fuerte influencia de las desproporcionadas tasas de mortalidad neonatal. De los 8 millones de defunciones anuales de menores de un año, casi 3,4 millones ocurren en la primera semana de vida y suelen obedecer a la falta de atención o la atención inapropiada durante el embarazo, el parto y el puerperio. El personal calificado está en condiciones de proporcionar atención apropiada a las madres y a sus bebés, durante el parto, tanto normal como complicado. Las complicaciones obstétricas que más probablemente han de afectar al feto son la retención del parto o el trabajo de parto prolongado, la eclampsia, la placenta previa y la infección. Un profesional calificado que ejerza sus funciones en un ámbito propicio, y cuente con apoyo, supervisión y equipo para atender al recién nacido, puede encargarse de atender todas esas complicaciones.

5 Koblinsky MA, Campbell O y Heichelhem J (1999). *Organizing Delivery Care: What Works for Safe Motherhood?* Boletín de la Organización Mundial de la Salud 77 (5): págs. 399 a 406.

6 Family Care International (2002). *Skilled Care During Childbirth: Information Booklet*. Nueva York: FCI.

## Definición de atención por personal calificado

La atención por personal calificado es el proceso por el cual una embarazada y su vástago reciben atención adecuada durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio, así como atención neonatal, independientemente de si el parto se realiza en el hogar, un centro de salud o un hospital. Para que este proceso se ponga en práctica, el personal de salud debe poseer los conocimientos necesarios y disponer del apoyo de un ámbito propicio en diversos niveles del sistema de salud, inclusive el marco normativo y reglamentario de apoyo, suministros suficientes, equipo e infraestructura adecuados; y un sistema eficiente y eficaz de comunicación y remisión a otros establecimientos, además de transporte.

– ADAPTADO DE *SKILLED CARE DURING CHILDBIRTH: INFORMATION BOOKLET*, PUBLICADO POR *FAMILY CARE INTERNATIONAL*, NUEVA YORK.

### Componentes de la atención por personal calificado

La atención por personal calificado, como indica la definición precedente, abarca más que la presencia de un profesional de la salud que ha recibido capacitación médica. El concepto de ámbito propicio reconoce que incluso los partos normales requieren un clima de “preparación vigilante” para asegurar que, si surgen complicaciones, éstas se detecten tan pronto como sea posible y que esté organizada y disponible la remisión a un establecimiento de mayor capacidad. Esta idea se aclara en el marco sinóptico a continuación:

**Comunidad:** El recuadro externo en el gráfico 3 representa a la comunidad en que vive la embarazada y refleja la demanda de atención durante el parto, sobre la que influyen la familia de la mujer, la sociedad, la situación económica y la cultura. Dentro de la “comunidad” indicada en el marco, pueden variar la capacidad y el interés en acudir en busca de atención por personal calificado. Para algunas mujeres, las parteras tradicionales tal vez sean la única fuente de atención del parto. Muchas mujeres suelen preferir a las parteras tradicionales, por ser miembros de la comunidad que gozan de alta estima. Además, las

### GRÁFICO 3: SINOPSIS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO



FUENTE: Preparado por la Alianza Internacional para Investigaciones, SAFE <sup>7</sup>

Este marco sitúa la atención del parto por personal calificado en el contexto más amplio de los sistemas de salud. Destaca que un profesional de salud dotado de los conocimientos para atender el parto es sólo un componente en el contexto general. Igual importancia tiene contar con un sistema de salud que funcione satisfactoriamente y pueda ofrecer atención obstétrica de emergencia de ser necesario. Los límites de los óvalos se presentan en línea punteada para señalar que la atención por personal calificado supone la interacción entre oferta y demanda y también que, cuando se da una correcta combinación de factores, la atención por dicho personal puede existir en la comunidad y fuera de los establecimientos de salud.

<sup>7</sup> Bell J, Hussein J, Jentsch B, Scotland G, Bullough CHW y Graham WJ (2003). *Improving Skilled Attendance at Delivery: A Preliminary Report of the SAFE Strategy Development Tool*. *Birth* 30(4): págs. 227 a 234.

parteras tradicionales pueden influir en la demanda de servicios de atención del parto más profesionalizados y la remisión a dichos servicios.

**Ámbito propicio:** El óvalo externo representa el sistema de salud, que incluye a los marcos reglamentarios y de políticas que promueven la maternidad sin riesgo y apoyan las intervenciones eficaces. También incluye las normas y protocolos clínicos que definen la atención de calidad a la madre y al recién nacido. Las asociaciones profesionales suelen desempeñar un papel importante en el ámbito propicio, asesorando a los gobiernos sobre la formulación de leyes, normas y protocolos sobre maternidad sin riesgo. Los equipos y suministros adecuados y los sistemas fiables de remisión a otros establecimientos, transporte y comunicación son componentes de importancia vital de un ámbito propicio. En los casos típicos, el gobierno proporciona las vías, el transporte público y demás servicios públicos, como abastecimiento de agua, electricidad y telecomunicaciones, que constituyen los elementos de infraestructura de los sistemas de salud. Otros componentes son los recursos humanos suficientes y los sistemas de gestión adecuados que ofrecen oportunidades de

actualización profesional permanente y la debida asignación y supervisión del personal calificado. Un ámbito propicio también puede abarcar la comunidad en la que ocurre el alumbramiento, con sus tradiciones y actitudes locales.

**Personal de salud calificado:** El óvalo interno representa a los profesionales de la salud que atienden el parto. Además de los conocimientos clínicos teóricos y prácticos del personal, el ámbito general en que se desempeña puede determinar su grado de eficacia.

**Remisión a otros establecimientos:** Los círculos internos superpuestos representan los diferentes niveles de prestación de servicios. Las remisiones entre esos niveles están representadas por la flecha, que indica el debido procedimiento, desde la atención del parto normal a nivel primario hasta la atención obstétrica de emergencia, tanto básica como integral, para las mujeres que presentan complicaciones obstétricas y necesitan niveles de atención superiores (véase el recuadro sobre atención obstétrica de emergencia). Además de la remisión entre distintos establecimientos, un aspecto clave es la remisión desde la comunidad hacia un establecimiento de salud.

## ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA?

### Atención obstétrica básica de emergencia

Un profesional calificado debe estar en condiciones de realizar las siguientes funciones en la atención del parto y estar equipado para cumplirlas:

- Inyectar antibióticos;
- Inyectar medicamentos oxitócicos para inducir contracciones uterinas;
- Inyectar medicamentos anticonvulsivos;
- Extraer manualmente la placenta, totalmente o en parte;
- Prestar asistencia al parto vaginal mediante extracción al vacío.

La sexta función que se considera parte de la atención obstétrica básica de emergencia, extracción de la materia retenida en el útero, no se cumple en el momento del parto. Esta atención obstétrica de emergencia básica debe prestarse en un centro de salud, pero no requiere un quirófano.

### Atención obstétrica de emergencia integral

El trabajador de la salud debe estar, además, en condiciones de remitir los casos graves a establecimientos mejor preparados en caso de que se necesiten las funciones indicadas a continuación y también debe estar en condiciones de atender a la paciente durante el transporte. La atención obstétrica de emergencia abarca las seis funciones básicas antes enumeradas, y además:

- Operación cesárea;
- Transfusión sanguínea en condiciones de seguridad.

La atención obstétrica de emergencia integral requiere contar con un quirófano y se suele ofrecer en hospitales de distrito.

## EL ESTUDIO SAFE

SAFE fue un estudio operacional realizado entre septiembre de 2000 y febrero de 2003, coordinado por la Universidad de Aberdeen. El estudio SAFE se realizó en colaboración con cinco países – Bangladesh, Ghana, Jamaica, Malawi y México –, con el propósito de obtener nuevos conocimientos sobre la selección, aplicación y evaluación de estrategias eficaces, costeables y equitativas para ampliar la atención del parto por personal calificado en los países en desarrollo.

Se realizaron investigaciones sobre nuevas maneras de recopilar datos a fin de medir y describir la atención por personal calificado. En esta publicación se reseñan las constataciones de la investigación realizada en virtud de SAFE, que también se utilizan en la formulación de estrategias encaminadas a mejorar la atención por personal calificado, descritas en el folleto conexo “En buenas manos: Informes sobre avances logrados en los países”.

## Factores que influyen en la atención que recibe una embarazada

La localidad de residencia de una mujer, su situación socioeconómica y su grado de instrucción pueden determinar si recibe o no la debida atención durante el parto. Las creencias culturales y religiosas con frecuencia determinan dónde una mujer decide dar a luz. Su propia capacidad para adoptar decisiones en el seno familiar y su experiencia anterior al dar a luz también pueden influir en la atención que reciba.

La importancia de esos factores puede variar de un ámbito a otro, pero en un reciente estudio<sup>8</sup> de las tendencias en seis países en desarrollo – Bangladesh, Bolivia, Filipinas, Ghana, Indonesia y Malawi – se comprobaron las siguientes correlaciones:

- **Residencia urbana-rural** – el porcentaje de mujeres que reciben atención profesional en el parto suele ser más alto en las zonas urbanas que en las rurales.
- **Pobreza** – Las mujeres con más recursos económicos tienen mayores probabilidades de recibir atención del parto por personal calificado. Las mujeres más pobres

tiene menos probabilidades de recibir esa atención.

- **Educación de la madre** – Cuanto más alto es el grado de instrucción de la mujer, tanto más probable es que su parto sea atendido por un profesional.
- **Atención prenatal** – Cuanto más visitas prenatales realiza la embarazada, tanto más probable es que reciba atención profesional en el parto.
- **Orden de los nacimientos** – Cuanto mayor es el número de orden de un alumbramiento, tanto menos probable es que la mujer reciba atención profesional en el parto. Dicho de otro modo, las probabilidades de que una mujer reciba atención del parto por personal calificado son mayores en su primer o segundo embarazo que cuando ya ha tenido varios hijos.

En el estudio también se comprobó que en los seis países aumentó en el último decenio la cantidad de partos atendidos por profesionales de la salud; los mayores aumentos se registraron en Bolivia e Indonesia y los menores, en Malawi. No obstante, pese a que en algunos países todo parece indicar que las tasas de atención profesional del parto están aumentando, las tendencias a escala nacional detectadas mediante encuestas en gran escala pueden ocultar variaciones sustanciales entre diferentes grupos de mujeres, sobre todo la falta de equidad entre ricos y pobres (véase el gráfico 4).

## Medición de la atención por personal calificado

Con miras a mejorar los medios para medir los numerosos componentes de la atención por personal calificado, un estudio de SAFE en Ghana elaboró un enfoque de la medición de la atención del parto ofrecida en los centros hospitalarios. Utilizando este método, es posible cuantificar la frecuencia de ciertas acciones, entre ellas: completar un partógrafo, registrar el nivel de hemoglobina, registrar el comienzo del trabajo de parto, cuantificar la pérdida de sangre y hacer constar el estado de la madre y el niño durante el parto y al dárseles de alta. Así se obtiene una valiosa información clínica sobre los aspectos deficientes de la atención por personal calificado.

8 Bell J, Curtis SL y Alayon S (2003). *Trends in delivery care in six countries. DHS Analytical Studies No.7*. Calverton, Maryland: Operational Research Corporation (ORC) Macro and International Research Partnership for Skilled Attendance for Everyone (SAFE).

En el estudio también se utilizaron esas frecuencias individuales de acciones clínicas para proporcionar una medición sinóptica de la atención por personal capacitado en la forma de un indicador mixto denominado Índice de Atención por Personal Calificado<sup>9</sup>. Al compaginar las frecuencias y los tipos de las acciones clínicas realizadas, el Índice proporciona una medición de la práctica de los profesionales de la salud y también del ámbito dentro del cual se desempeñan. El Índice de Atención por Personal Calificado puede utilizarse para comparar la atención del parto en distintos establecimientos o entre diferentes tipos de parto.

### ¿Quién es un personal de guardia calificado?

*El término “personal de guardia calificado” denota exclusivamente a personas (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras) que han recibido capacitación hasta recibir un diploma que acredite los conocimientos necesarios para atender partos normales y diagnosticar o atender las complicaciones obstétricas, o remitirlas a otros establecimientos. Debe poder reconocer las complicaciones desde su aparición, practicar intervenciones esenciales, iniciar el tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el recién nacido cuando se necesitan intervenciones que exceden su competencia o no se puedan practicar en un establecimiento en particular.*

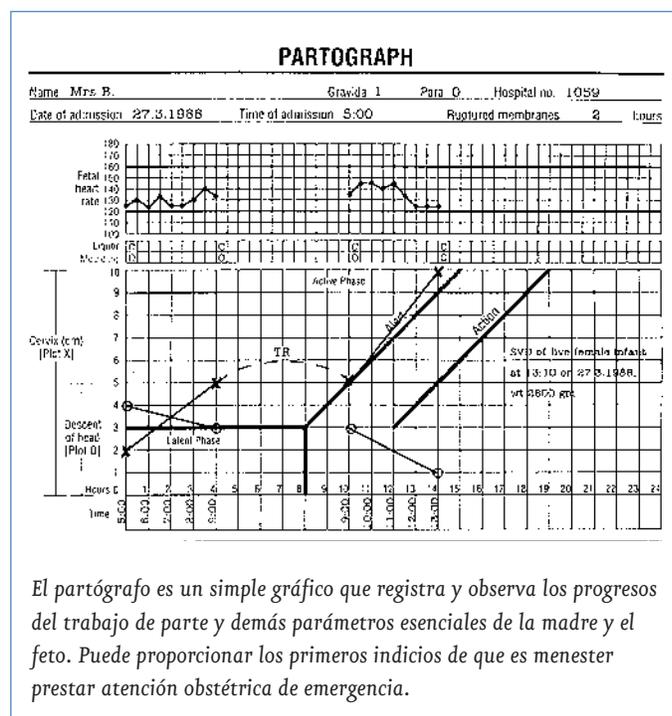
– OMS (1999). *REDUCTION OF MATERNAL MORTALITY: A JOINT WHO/UNFPA/UNICEF STATEMENT*. GINEBRA: OMS.

Esta definición de personal de guardia calificado, basada en su competencia, distingue claramente entre el personal de salud calificado y aquellos que simplemente han recibido capacitación. “Recibir capacitación” entraña, aun cuando no garantiza, la adquisición de conocimientos, competencia y aptitudes para atender el parto. En cambio, un personal de guardia verdaderamente “calificado” no sólo posee aptitudes para atender el parto, sino que también mantiene actualizada su competencia en el uso de esas aptitudes. Estén o no capacitados, los proveedores de servicios de salud en

la comunidad y las parteras tradicionales, cuando sus aptitudes son insuficientes, no están comprendidos en la definición de personal calificado (aun cuando a veces se les designa como “personal calificado” en las Encuestas demográficas y de salud que recogen los datos para este indicador).

En países desarrollados y en muchas zonas urbanas de países en desarrollo, la atención del parto por personal calificado suele ofrecerse en un establecimiento de salud. No obstante, el parto puede realizarse en diversos lugares apropiados, desde el hogar de la mujer hasta un centro de remisión que ofrezca servicios de alto nivel, en función de la disponibilidad y la necesidad. El hogar puede ser un lugar apropiado para un parto normal siempre y cuando la persona que atienda el parto tenga los conocimientos necesarios y también a condición de que sea posible la remisión a una atención de más alto nivel y que ese traslado esté organizado óptimamente.

En condiciones ideales, ese personal calificado vive en las comunidades a cuyo servicio están y forman parte de ella. Deben estar en condiciones de proporcionar la gama completa de cuidados obstétricos antes, durante y después del parto cuando se trata de alumbramientos normales; inclusive funciones preventivas durante la atención prenatal, así como prácticas para el



El partógrafo es un simple gráfico que registra y observa los progresos del trabajo de parte y demás parámetros esenciales de la madre y el feto. Puede proporcionar los primeros indicios de que es menester prestar atención obstétrica de emergencia.

9 Hussein J, Bell J, Nazzar A, Abbey M, Adjei S y Graham WJ (2004). *The Skilled Attendance Index (SAI): Proposal for a new measure of skilled attendance at delivery*. De próxima publicación. Noviembre de 2004 en *Reproductive Health Matters* 12(24).

10 Starrs, A., de *Family Care International en colaboración con Inter-Agency Group for Safe Motherhood* (1997). *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Nueva York: FCI.

parto aséptico, uso del partógrafo, la atención activa de la tercera etapa del parto, el cuidado del recién nacido, la detección precoz de indicios de complicaciones en la madre y el recién nacido y la remisión a un nivel más alto de atención en caso de emergencias obstétricas.

### Percepciones de las mujeres

Las diferentes ideas que se hace la mujer de lo que es personal calificado puede complicar un poco su definición exacta. Las mujeres que dan a luz en un establecimiento de salud tal vez desconozcan las calificaciones de quienes las atienden o no estén en condiciones de informar fielmente al respecto. En Ghana se realizaron investigaciones para conocer de qué manera las mujeres determinaban las credenciales de quienes habían atendido el parto<sup>11</sup>. Las mujeres manifestaron que el modo de vestir de quien le atendió, su función o su comportamiento y las ideas al respecto que les servían para señalar quién era un profesional

de la salud. Aun cuando las campesinas indicaron que las calificaciones del personal de la salud eran conocidas en toda la aldea, en zonas urbanas fueron pocas las mujeres que se refirieron a esa circunstancia para determinar quién las había atendido en el parto.

Muchas mujeres manifestaron que habían sido atendidas por más de una persona. No obstante, las fuentes de datos sobre el personal de atención del parto que se utilizan comúnmente sólo consignan a uno. Las Encuestas Demográficas y de Salud posibilitan que se registre a todas las personas que atienden el parto, pero el análisis suele centrarse en la más calificada. Diferentes personas que prestan asistencia durante el trabajo de parto y el parto pueden influir en la calidad de la atención. Por consiguiente, el hecho de señalar al profesional con más alta calificación probablemente no refleje cabalmente la situación.

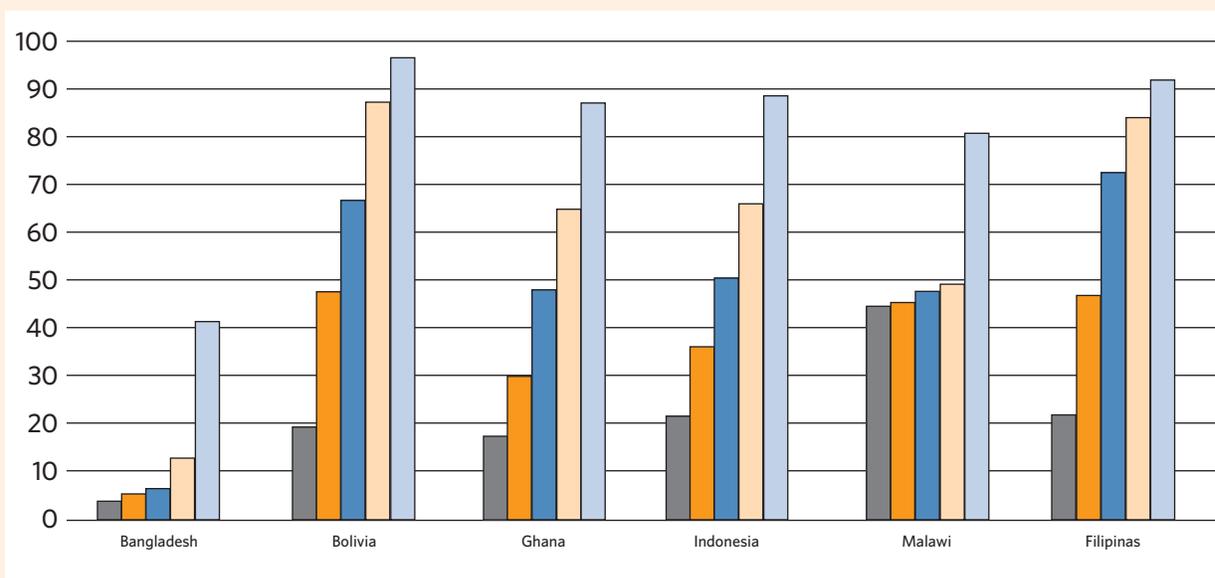
### Tipos de personal calificado y combinación de conocimientos y capacidades<sup>12</sup>

Si bien incumbe a cada país decidir la manera en que se organiza la atención de la maternidad, mucho depende de la disponibilidad de personal calificado,

11 Hussein J, Abbey M, Adjei S, Quansah G y Graham WJ (2002). *How do women identify their health professional? Improving the measurement of skilled attendance at delivery*. Ponencia presentada en la Conferencia de la Confederación Internacional de Comadronas. Abril de 2002, Viena.

12 OMS (2004). *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant*. A Joint Statement by WHO, ICM and FIGO. Ginebra: OMS.

**GRÁFICO 4: PORCENTAJE (POR QUINTILES) DE PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN SEIS PAÍSES, QUE PONEN DE MANIFIESTO LA INEQUIDAD ENTRE LOS MÁS RICOS Y LOS MÁS POBRES.**



SOURCE: SAFE, University of Aberdeen

■ + pobres ■ segundo ■ tercer ■ cuarto ■ + ricos

sus aptitudes y capacidades y los recursos disponibles para contratar, capacitar y retener al personal. Las principales categorías de profesionales que atienden el parto son:

**Enfermeras con aptitudes para la atención del parto (enfermeras parteras):** Enfermeras que adquirieron conocimientos y aptitudes sobre atención del parto, o bien porque el tema formaba parte de los currículos durante su formación o bien mediante una capacitación especial de postgrado en atención del parto.

**Médicos con aptitudes para la atención del parto (médicos parteros):** Doctores en medicina que han adquirido competencia en la atención del parto mediante cursos y capacitación especializados, o bien antes de comenzar a prestar servicios o bien como parte de un programa de estudios de postgrado.

Los obstetras, especialistas encargados de la atención obstétrica, desempeñan una función en la capacitación, el apoyo técnico, la supervisión y la delegación de tareas clínicas. Se les debe incluir en los datos sobre el porcentaje de partos asistidos por personal calificado.

## La importancia del volumen de trabajo del agente de salud

Las denominaciones profesionales no siempre reflejan la gama de competencias de que está dotado un agente de salud calificado. La Confederación Internacional de Comadronas ha definido las aptitudes y capacidades básicas de un agente de salud calificado. Por otra parte, también tiene importancia decisiva que el volumen de trabajo posibilite a los médicos, enfermeras y parteras la actualización de sus conocimientos sin que esto constituya una sobrecarga. Se ha elaborado, mediante consultas con obstetras de diversos países de África y Asia, un método para fomentar el consenso sobre cuáles deben ser los volúmenes de trabajo mínimo, máximo y óptimo en diversos procedimientos de obstetricia<sup>13</sup>. Estos valores pueden utilizarse como base para organizar los servicios de salud materna y ayudar a médicos y parteras a mantener su competencia.

## El papel de la partera tradicional

La denominación partera tradicional (TBA) denota al personal de la comunidad que atiende el embarazo, el

parto y el puerperio y funciona independientemente del sistema de salud. Debido a que en muchos países en desarrollo, las parteras tradicionales desempeñan un importante papel dentro de sus comunidades, algunos proyectos han capacitado a dichas parteras para que cumplan funciones de personal calificado. No obstante, no hay investigaciones fiables acerca de los beneficios de capacitar a las parteras tradicionales en cuestiones relacionadas con la mortalidad materna.

Las iniciativas de capacitación de parteras tradicionales han tropezado con dos problemas principales en lo concerniente a reducir la mortalidad materna. En primer lugar, incluso después de recibir capacitación, la mayoría de las parteras tradicionales simplemente carecen de los conocimientos técnicos necesarios para atender partos complicados. En segundo lugar, es poco habitual que las parteras tradicionales estén en un ámbito propicio que posibilite la remisión de las embarazadas a establecimientos donde se preste una atención adecuada.

Cuando se adopta la decisión – por razones de índole cultural, financiera, de plantilla de personal u otras – de incorporar a las parteras tradicionales en una estrategia de servicios de personal calificado, es preciso considerar cuidadosamente junto con la comunidad, cuál ha de ser su papel. La opinión generalizada es que las parteras tradicionales pueden ser paladines de la atención por personal calificado y alentar a las mujeres a que acudan a los servicios de salud que cuentan con la debida capacitación médica. Las parteras tradicionales estarán en condiciones de cumplir eficazmente esta función sólo cuando existan buenas relaciones de trabajo entre ellas, el personal calificado y el personal de los establecimientos mejor preparados a los que se remiten los casos con complicaciones.

La experiencia indica que la inversión en estrategias basadas exclusivamente en impartir capacitación a parteras tradicionales o al personal de salud de las comunidades que no poseen conocimientos profundos puede demorar la gestión encaminada a asegurar la atención de todos los partos por personal calificado.

<sup>13</sup> Scotland G y Bullough C (2004). *What do doctors think their caseload should be in order to maintain their skills for delivery care?* International Journal of Gynecology and Obstetrics 87: 301-307.

También se ha tropezado con dificultades para persuadir a las parteras tradicionales de utilizar ciertas prácticas nocivas. Ahora bien, es preciso apoyar la función de las parteras tradicionales como un nexo entre las mujeres y el sistema de atención de la salud. Cuando se necesite una remisión a un establecimiento mejor preparado, las parteras tradicionales deberían acompañar a las mujeres hasta dicho establecimiento y ser bien recibidas allí por los profesionales de la salud.

Entre las funciones que las parteras tradicionales pueden desempeñar sin riesgo figuran:

- El seguimiento de los nacimientos, las defunciones y los embarazos en sus comunidades;

- La promoción de los servicios del personal calificado entre la comunidad, transmitiendo mensajes que propicien un cambio de actitud e informen sobre salud a las familias y las comunidades;

- La prestación de apoyo social a la familia mientras la mujer está ausente para dar a luz;

- La ayuda a las mujeres y a las familias en el seguimiento para que cuiden su propia salud; y

- El cumplimiento de funciones de enlace entre los servicios de salud reproductiva y las familias y comunidades que ellas atienden.



## El camino hacia adelante

La reducción de la mortalidad materna depende de un sistema basado en la existencia de establecimientos de salud y que funcione correctamente. La pérdida de la vida de una mujer en el parto es, en última instancia, el mayor fracaso del sistema de salud. Este fracaso, que se repite a razón de uno por minuto en el mundo en desarrollo, causa irrevocables pérdidas y viola el derecho de la mujer a la vida.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio destacan la importancia de la atención del parto por personal calificado como medio de reducir la mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad. Aun cuando hay muchas razones que apoyan esta estrategia, las constataciones efectuadas en diferentes países demuestran que es mucho lo que queda por aprender y comprender acerca de la manera de poner eficazmente en práctica la estrategia y evaluarla. Proporcionar atención por personal calificado requiere ocuparse no sólo de los profesionales de la salud, sino también del funcionamiento global de los sistemas de salud. Se trata de una tarea compleja.

La atención del parto por personal calificado exige una serie de intervenciones, sin solución de continuidad, para las cuales es preciso contar con diversas competencias y capacidades. A veces hay mucha variación en la calidad de los servicios y el grado de acceso a éstos, incluso dentro de un mismo distrito de salud. Por consiguiente, las estrategias para mejorar la calidad y el acceso deben adaptarse al contexto específico, como se ilustra claramente en el folleto conexo adjunto. En las zonas urbanas es posible que se presten servicios de más calidad que en las comunidades rurales, debido principalmente a la proximidad y facilidad de acceso a los establecimientos y a los sistemas de comunicación modernos. En muchas zonas, la falta de recursos, el terreno escabroso y la alta incidencia del VIH son factores que complican la situación. En las zonas afectadas por conflictos políticos o desastres naturales, los sistemas de salud suelen quedar debilitados o destruidos y se resiente la calidad de la atención por personal califica-

do y el acceso a ésta. A veces, algunas prácticas tradicionales o creencias culturales crean obstáculos a la atención obstétrica. Es preciso hacer gala de gran sensibilidad y paciencia para superar esos obstáculos<sup>14</sup>.

### Inversión en recursos humanos

Para casi todos los países en desarrollo, las estrategias en materia de recursos humanos son de importancia fundamental para mejorar la atención del parto por personal calificado. En muchos países, debido a una guerra de desgaste, a la migración, los bajos sueldos y el VIH/SIDA hay muy pocos profesionales de la salud. En algunos, las políticas macroeconómicas han afectado negativamente la dotación de personal de salud.

Las parteras calificadas (diplomadas) son fundamentales en los esfuerzos encaminados a mejorar la manera en que termina un embarazo. Casi todos los países en desarrollo que han reducido sustancialmente la mortalidad materna, han destacado el papel de la partera calificada que trabaja en establecimientos de salud, por lo general, hospitales. No obstante, sólo la mitad de los países en desarrollo cuentan con escuelas de formación de comadronas.

Las estrategias de recursos humanos también deben abordar los efectos del “éxodo de profesionales”. Actualmente, la mayoría de los profesionales de la salud capacitados en ciertos países en desarrollo están trabajando en el extranjero. Las negociaciones para resolver esta pérdida de precioso capital humano requerirán la participación de países tanto del Norte como del Sur.

Por otra parte, las estrategias deben velar por que todo el personal que atiende el parto reciba la capacitación y orientación necesarias para prestar servicios que beneficien a los jóvenes. Debido a su limitado acceso a los servicios de salud reproductiva, las adolescentes son particularmente vulnerables a los embarazos no deseados. Es desproporcionado el número de adolescentes que recurren al aborto practicado en las peores condiciones debido al alto costo y a la limitada disponibilidad de servicios de calidad para el aborto. Esto las expone al riesgo de defunción a causa de la maternidad.

Las estrategias eficaces de recursos humanos y gestión también deben velar por que las escalas de

14 UNFPA (2004). *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. New York: UNFPA.

sueldos, las condiciones de trabajo y las oportunidades de ascenso y perspectivas de carrera basten para mantener una distribución equitativa de trabajadores entre diferentes regiones, así como para reforzar la moral y reducir la pérdida por abandono del puesto. Se necesitan mecanismos para mantener y aumentar los conocimientos y las capacidades técnicas del personal de los servicios de salud. Además, cuando no se dispone de médicos para determinadas funciones técnicas (como administración de anestesia, extracción al vacío y operaciones cesáreas), es necesario establecer estrategias para una apropiada delegación de facultades en el personal calificado.

### Tratamiento del VIH/SIDA y el paludismo

En la era del VIH/SIDA, se necesita contar con cuantiosos recursos y mucha voluntad y compromiso políticos para contrarrestar el impacto de la enfermedad en la mortalidad materna tanto en lo que atañe a la salud como a los recursos humanos, en zonas de alta incidencia. Los trabajadores de la salud que atienden el parto necesitan capacitación para abordar las complicaciones derivadas del VIH que pueden afectar el curso del embarazo, tanto para la madre como para el niño. También se necesita apoyo para adoptar precauciones a fin de evitar la contaminación con sangre infectada.

Los programas de salud reproductiva representan un punto de entrada esencial para abordar la triple combinación del VIH/SIDA, el paludismo y el embarazo. Tanto las clínicas de planificación de la familia como los centros de tratamiento de infecciones de transmisión sexual y los establecimientos de atención prenatal pueden desempeñar un importante papel en cuanto a ofrecer educación sobre el paludismo y promover el asesoramiento psicosocial voluntario y la detección voluntaria. Las mujeres que tienen reacción serológica negativa al VIH, o cuya situación al respecto se desconoce, deberían tener acceso a servicios de prevención y asesoramiento psicosocial y detección voluntaria. Cuando las mujeres tienen reacción serológica positiva al VIH, debería ofrecerse tratamiento, además de apoyo y asesoramiento con respecto a cómo alimentar con menos riesgos al recién nacido y cómo vivir con el VIH<sup>15</sup>.

Las medidas que se adopten para abordar el VIH/SIDA no han de limitarse a los servicios de salud materna. Las clínicas de planificación de la familia y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual también tienen puntos en común con el VIH/SIDA. Los servicios, las tecnologías y la información sobre estos programas representan un punto de entrada de importancia decisiva para abordar el VIH/SIDA. El UNFPA ha emprendido actividades no sólo para fomentar un intercambio mundial de ideas sobre la relación entre salud reproductiva y VIH/SIDA, sino también en cuanto a ofrecer a los encargados de formular políticas y los programadores los recursos necesarios para integrar el VIH/SIDA en las intervenciones existentes de salud reproductiva<sup>16</sup>.

### Mejora de las instituciones de salud

La mejora de las instituciones de salud es una estrategia de vital importancia para mejorar la atención del parto. A medida que los establecimientos médicos y los sistemas de remisión de pacientes a servicios de mayor complejidad comienzan a ofrecer atención de más alta calidad, las comunidades aceptarán esos servicios y así aumentará su demanda. Además de abordar las cuestiones de derechos humanos ya señaladas, las mejoras institucionales pueden incluir la renovación de las instalaciones, el aumento del personal de apoyo, la aplicación de prácticas uniformes, la mejora de la gestión y la supervisión, así como la adquisición, distribución y conservación del equipo. La obtención de equipo y suministros para los servicios de salud materna forma parte de la iniciativa del UNFPA para la seguridad de los productos de salud reproductiva.

También debe prestarse atención a establecer buenas relaciones entre las mujeres y los encargados de prestar servicios de salud. En algunos ámbitos, las mujeres tal vez duden en dar a luz en establecimientos de salud debido a las actitudes negativas de los profesionales de la salud. Es necesario que los centros de atención de la salud materna y los hospitales sean acogedores, en el más amplio sentido de ese concepto. Es preciso integrar

15 Engenderhealth y UNFPA (2004). *HIV Prevention in Maternal Health Services: Programming Guide*. New York: Engenderhealth.

16 Population Council y UNFPA (2002). *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings*. New York: Population Council y UNFPA.

## LA FÍSTULA OBSTÉTRICA Y LA ATENCIÓN INADECUADA DEL PARTO

Se calcula que cada año entre 50.000 y 100.000 mujeres más integran la lista de las que padecen fístula obstétrica, la afección más devastadora de toda la morbilidad derivada de la maternidad. Suele ocurrir cuando una mujer joven y pobre experimenta retención del parto y no se le practica una cesárea a tiempo. La fístula obstétrica es un orificio entre la vejiga y la vagina, o el recto y la vagina, que causa incontinencia. De resultas de ello, muchas mujeres que padecen de fístula sufren abandono o divorcio y se ven obligadas a vivir aisladas. La fístula obstétrica, que se puede tratar y prevenir totalmente, ocurre debido a diversos factores de índole sociocultural y económica que predisponen a las jóvenes al matrimonio y la procreación precoces. Esos factores también limitan el acceso de la mujer a los servicios de salud materna de calidad, inclusive a la atención del parto por personal calificado y la atención obstétrica de emergencia cuando surgen complicaciones.

Las conversaciones a fondo con sobrevivientes de esta situación extrema de morbilidad materna – denominadas “casi fatales” – son sumamente valiosas para determinar cuáles son los numerosos obstáculos con que tropiezan las mujeres para tener acceso a la atención por personal calificado. Las evaluaciones de la situación a nivel de países, realizadas en virtud de la Campaña del UNFPA para eliminar la fístula, pusieron de manifiesto un conjunto de barreras socioculturales, geográficas y económicas que obstaculizan el acceso de la mujer a la atención prenatal, durante el parto y en el puerperio por personal calificado.

En estudios realizados en todos los distritos de Kenya se hizo evidente que las demoras en la prestación de servicios influía en la decisión de solicitar o no a la atención por personal calificado. Las mujeres suelen tratar de dar a luz en el hogar, con parteras tradicionales, y titubean durante hasta unos tres días. Una vez que se adopta la decisión de acudir a un centro de salud, las enormes distancias – hasta 60 kilómetros – y la ausencia de transporte motorizado pueden prolongar la demora otras 24 horas<sup>1</sup>. En Eritrea, la tradición dicta que el primogénito nazca en el hogar de los abuelos, aun cuando haya un centro de salud cercano y accesible. Casi un 39% de las mujeres que participaron en el estudio habían dado a luz en el hogar con la asistencia de una partera tradicional. En Eritrea, por lo general las parteras tradicionales demoran las remisiones a los establecimientos de salud hasta después de haber agotado todas las prácticas conocidas posibles<sup>2</sup>.

En casos de mujeres que presentaron complicaciones al llegar a un centro hospitalario, cuestiones como la falta de conocimientos del personal y la escasez de equipo médico, medicamentos y suministros dieron lugar a una fístula obstétrica. Por ejemplo, en Eritrea, una paciente de fístula de 20 años de edad procedente del grupo étnico tigrinya, había tenido un embarazo normal y frecuente atención prenatal. Manifestó: “Incluso el parto fue normal, pero uno de los enfermeros era todavía un estudiante y después que mi hijito nació, tironeó con fuerza de la placenta para arrancarla... Cuando estaba halando, otro enfermero gritó: “No haga eso”. Yo sufrí un grave desgarramiento y tuvieron que suturarme, después la herida se infectó y la infección nunca se curó”<sup>3</sup>.

Para más información sobre la Campaña del UNFPA para Eliminar la Fístula, visite: [www.endfistula.org](http://www.endfistula.org)

1 Ministerio de Salud de Kenya y UNFPA, 2004. *Needs Assessment of Obstetric Fistula in Selected Districts of Kenya*. Final Report. Gobierno de Kenya, pág. 22

2 Ministerio de Salud de Eritrea y UNFPA, 2003. *National Fistula Needs Assessment*. Asmara, Eritrea: Gobierno de Eritrea, pág. 39

3 Campbell-Kriigh E, Campbell B, y Abraha T (2003). *Mending Tom Lives: A series of open conversations with women suffering from obstetric fistula in Eritrea*. UNFPA y Ministerio de Salud de Eritrea, pág. 9

la sensibilidad cultural en todos los niveles operacionales – clínico, de gestión y de seguimiento y evaluación – para asegurar que todas las mujeres sean tratadas con dignidad y respeto. Esto es particularmente pertinente en los establecimientos al servicio

de poblaciones indígenas. Tal vez los profesionales de la salud necesitan sensibilización hacia las normas culturales relativas al parto. Es menester considerar prácticas sociales que no comprometan la atención del personal calificado, entre ellas: la presencia

durante el parto de una persona de confianza de la parturienta, el parto vertical o la posibilidad de deambular durante el trabajo de parto.

### Creación de una base más sólida de constataciones

Es evidente la necesidad de mejorar el acceso a la atención del parto por personal calificado para poder alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en un 75% antes de 2015. No obstante, hacen falta pruebas más sólidas para promover y perfeccionar las estrategias, y mejorar así la atención del parto. La medición de los efectos de la atención del parto por personal calificado no es directa y requerirá que se introduzcan innovaciones y se reconsidere y reevalúe lo que consideramos que ya es conocido. Asimismo, esta estrategia debe abordar el perfeccionamiento de los sistemas de recopilación de datos sobre la proporción de alumbramientos atendidos por personal calificado. Para lograr éxito es preciso concertar sólidas alianzas entre los numerosos grupos que han asumido un compromiso en pro de la maternidad sin riesgo. Teniendo presente esta situación, la Universidad de Aberdeen estableció en septiembre de 2002 un nuevo programa mundial de investigación sobre la maternidad sin riesgo, denominado IMMPACT (*Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment*) (Iniciativa para la Evaluación de los Programas de Mortalidad Materna), Sitio Web [www.abdn.ac.uk/impact](http://www.abdn.ac.uk/impact). La Iniciativa IMMPACT creará más métodos y capacidades para realizar una evaluación sólida de las estrategias de maternidad sin riesgos, incluida la atención del parto por personal calificado, además de una manera de mejorar la base de constataciones en los países más pobres para la adopción de decisiones.

### Salvar la vida de las mujeres, invertir en el futuro

Cada una de las mencionadas reformas de los servicios de salud requerirá aumentos sustanciales y sostenidos en los gastos del sector de la salud. En muchos países, se están negociando esos gastos de conformidad con los Enfoques Sectoriales (SWAP), los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), los enfoques de base programática y los enfoques de apoyo presupuestario. Sea cual fuere el enfoque, esos gastos, que de todas maneras son de poca magnitud cuando se los divide por las grandes cantidades de personas beneficiadas, son correctamente considerados inversiones. Son inversiones en las mujeres; ellas son el puntal de las familias, las educadoras de los niños, las encargadas de cuidar a jóvenes y ancianos, las que mantienen el hogar y las empresarias. Cada año, medio millón de mujeres pierden la vida por causas prevenibles relativas al embarazo. Otros 15 millones sobreviven, pero sufren las consecuencias de la morbilidad a corto y a largo plazo dimanada de la falta de atención del embarazo y el parto. Al comenzar el siglo XXI, debemos hacer todo lo posible para subsanar esta tragedia e injusticia cotidiana.



## Para más información, consulte:

### Publicaciones

AbouZahr C (1998). Maternal Mortality Overview. En: Murray CJL and López AD. Health Dimensions of Sex and Reproduction. Global Burden of Disease and Injury Series, Volume III. Ginebra: OMS, págs. 111 a 164.

AbouZahr C y Wardlaw T (2001). Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? Bulletin of the World Health Organization 79 (6). Ginebra: OMS.

Banco Mundial (1999). Lessons from 10 Years of Experience. Safe Motherhood and the World Bank, Washington, DC: Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano.

----- (2003): Reducing maternal mortality: learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. M Koblinsky ed. Washington: Banco Mundial.

Bell J, Curtis SL y Alayon S (2003). Trends in Delivery Care in Six Countries. DHS Analytical Studies No. 7. Calverton, Maryland: Operational Research Corporation (ORC) Macro and International Research Partnership for Skilled Attendance for Everyone (SAFE).

Bell J, Hussein J, Jentsch B, Scotland G, Bullough CHW y Graham WJ (2003). Improving Skilled Attendance at Delivery: A Preliminary Report of the SAFE Strategy Development Tool. Birth 30 (4): págs. 227 a 234.

Engenderhealth y UNFPA (2004). HIV Prevention in Maternal Health: Programming Guide. Engenderhealth: Nueva York.

Family Care International (2002). Skilled Care During Childbirth: Country Profiles. Nueva York: Family Care International.

Family Care International (2002). Skilled Care During Childbirth: Information Booklet. Family Care International: Nueva York.

Freedman L (2001). Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75: págs. 51 a 60.

Gill Z y Ahmed JU (2004). Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. International Journal of Obstetrics and Gynaecology 85: págs. 213 a 220.

Graham WJ, Bell JS y Bullough CHW (2001). Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? Studies in Health Organisation and Policy 17: págs. 97 a 130.

Graham, WJ y Hussein J (2003). Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS. UN/POP/MORT/2003/8. Nueva York: División de Población de las Naciones Unidas.

Hussein J, Abbey M, Adjei S, Quansah G y Graham WJ (2002). How do Women Identify their Health Professional? Improving the Measurement of Skilled Attendance at Delivery. Ponencia presentada en la Conferencia de la Confederación Internacional de Comadronas, abril de 2002, Viena.

Hussein J, Bell J, Nazzar A, Abbey M, Adjei S y Graham WJ (2004). The Skilled Attendance Index (SAI): Proposal for a new measure of skilled attendance at delivery. Reproductive Health Matters 12 (24), págs. 160 a 170.

Hussein J, Hundley V, Bell J, Abbey M, Quansah Asare G y Graham WJ (2004). How do Women Identify Health Professionals at Birth in Ghana? De próxima publicación en Midwifery.

Koblinsky MA, Campell O y Heichelheim J (1999). Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Boletín de la Organización Mundial de la Salud 77(5): págs. 399 a 406.

McIntyre J (2004). Documento de antecedentes para la Mesa Redonda Técnica: HIV/AIDS and Reproductive Health in the New Millennium: Maternal Health and HIV. 10 y 11 de mayo de 2004.

OMS (1999). Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta de OMS/ UNFPA/ UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: OMS.

----- (2000). Making Pregnancy Safer: A health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Ginebra: OMS.

----- (2000). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Ginebra: OMS.

----- (2002). Global Action for Skilled Attendance at Birth. Ginebra: OMS.

- (2002). Special Feature: Skilled Attendants. Safe Motherhood 29: 2002 (1).
- (2004). Making Pregnancy Safer: the Critical Role of the Skilled Attendant. Declaración conjunta de la OMS, ICM and FIGO. Ginebra: OMS.
- (2004). Maternal Mortality in 2000: Estimaciones calculadas por la OMS, el UNICEF y el UNFPA. Ginebra: OMS.
- OMS y Banco Mundial (2003). Improving Health Workforce Performance. Issues for Discussion: Section 4 (proyecto).
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Reduction of Maternal Mortality and Morbidity: Interagency Strategic Consensus for Latin America and the Caribbean. Washington, DC: OPS.
- Population Council y UNFPA (2002). HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing Country Settings. Nueva York: Population Council y UNFPA.
- Safe Motherhood Inter-Agency Group (2000). Skilled Attendance at Delivery: A Review of the Evidence (proyecto). Nueva York: Family Care International.
- (2003). Skilled Care during Childbirth: A Review of the Evidence.
- Scotland G y Bullough C (2004). What do doctors think their caseload should be in order to maintain their skills for delivery care? International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 87: págs. 301 a 307.
- Stars A, de Family Care International, en colaboración con el Inter-Agency Group for Safe Motherhood (1997). The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Nueva York: Family Care International.
- UNFPA (2004). Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming. Nueva York: UNFPA.

## Sitios Web

- Alianza para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido: [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)
- AMDD: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/> o [www.amdd.hs.columbia.edu](http://www.amdd.hs.columbia.edu)
- Confederación Internacional de Comadronas: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)
- Family Care International: [www.familycareintl.org/work/global\\_programs.html#s1](http://www.familycareintl.org/work/global_programs.html#s1)
- IMMPACT: [www.abdn.ac.uk/immpact](http://www.abdn.ac.uk/immpact)
- JHPIEGO: [www.jhpiego.jhu.edu/global/mnh.htm](http://www.jhpiego.jhu.edu/global/mnh.htm)
- OMS: [www.who.int/reproductive-health/](http://www.who.int/reproductive-health/)
- OPS: [www.paho.org/search/DbSRReturn.asp](http://www.paho.org/search/DbSRReturn.asp)
- Consejo de Población: [www.popcouncil.org/rhfp/safemom.html](http://www.popcouncil.org/rhfp/safemom.html)
- SAFE: [www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe)
- UNFPA: [www.unfpa.org/mothers/index.htm](http://www.unfpa.org/mothers/index.htm)
- UNICEF: [www.unicef.org/health/index\\_maternalhealth.html](http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html)

## ANEXO

### Alianza Internacional para la Investigación SAFE

<b>Grupo de SAFE</b> <b>Junta Consultiva</b>	<b>Name</b> Dr. Affette McCaw-Binns Dra. Ann Phoya Dr. Fariyal Fikree Dra. Marge Koblinsky Dra. Oona Campbell Dr. Paul Van Look Dra. Susan Murray	<b>Institution</b> University of West Indies (Jamaica) Ministerio de Salud y Población (Malawi) Population Council (Estados Unidos) NGO Networks for Health (Estados Unidos) London School of Hygiene and Tropical Medicine (Reino Unido) Organización Mundial de la Salud (Suiza) King's College London (Reino Unido)
<b>Colaboradores</b>	<p><b>Bangladesh</b>                      Dr. Mushtaque Chowdhury                      Profesor A.K.M. Shahabuddin                      Dra. Yasmin Ali Haque                      Sra. Amina Mahbub                      Sra. Anita Chowdhury                      Dr. Faisa Kamal</p> <p><b>Ghana</b>                      Dr. Sam Adjei                      Dra. Gloria Joyce Quansah Asare                      Sra. Mercy Abbey                      Dr. Alex Nazzar</p> <p><b>Jamaica</b>                      Dra. Deanna Ashley                      Dra. Georgiana Gordon</p> <p><b>Malawi</b>                      Sra. Mary Kambewa                      Mrs. L. Kamwendo                      Mr. Dyton Maliro                      Sra. Alice Mdebwe                      Sra. T. Rashidi</p> <p><b>México</b>                      Dra. Ana Langer                      Dr. Bernardo Hernández                      Sra. Liliana Montejo                      Dr. Andreas Menjivar                      Dra. Leticia Suárez                      Dr. Sian Curtis                      Sra. Silvia Alayon</p>	<p>Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC)                      Institute of Child and Mother Health                      UNICEF                      Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh                      Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh                      Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh</p> <p>Servicio de Salud de Ghana                      Ministerio de Salud                      Servicio de Salud de Ghana                      Servicio de Salud de Ghana</p> <p>Ministerio de Salud                      Ministerio de Salud y Población</p> <p>Ministerio de Salud y Población                      Escuela de Enfermería de Kamuzu                      Universidad de Malawi                      Ministerio de Salud y Población                      Ministerio de Salud y Población</p> <p>Consejo de Población                      Instituto Nacional de Salud Pública                      MACRO International Inc. (Estados Unidos)                      MACRO International Inc. (Estados Unidos)</p>
<b>SAFE group</b> <b>Universidad de Aberdeen</b>	Sra. Jacqueline Bell Sra. Marie Briggs Dr. Colin Bullough Sra. Joaane Coull Sra. Lucia Dambruoso Profesora Wendy Graham Profesora Marion Hall Dr. Vanora Hundley Dra. Julia Hussein Dra. Birgit Jentsch Dra. Alice Kiger Sra. Deborah Nicholls Sra. Emma Pitchforth Sra. Caroline Reeves Sra. Michelle Rhind Sr. Graham Scotland Sra. Christine Smith Dr. Edwin van Teijlingen	Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Departamento de Obstetricia y Ginecología Centre for Advanced Studies in Nursing Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Centre for Advanced Studies in Nursing Research and Innovation Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Research Financial Services Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Dugald Baird Centre for Research on Women's Health Department of Public Health



El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, es la principal fuente internacional de financiación de programas de población y salud reproductiva a nivel mundial. Desde el comienzo de sus operaciones en 1969, el Fondo ha aportado casi 6.000 millones de dólares en asistencia a los países en desarrollo. El UNFPA colabora con gobiernos y organizaciones no gubernamentales, a solicitud de éstos, en más de 140 países. Con el apoyo de la comunidad internacional, brinda asistencia a programas que promueven la salud reproductiva de hombres, mujeres y jóvenes. Una de las esferas prioritarias de acción del UNFPA es la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. La Subdivisión de Salud Reproductiva, con la asistencia de la División de Apoyo Técnico del UNFPA, dirige las iniciativas del UNFPA sobre maternidad sin riesgo. Puede obtenerse más información acerca del UNFPA en: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

La *Universidad de Aberdeen* es el centro de coordinación de las iniciativas SAFE e IMMPACT, emprendidas a escala mundial con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad y la morbilidad grave durante el embarazo y el parto en el mundo en desarrollo. El *Dugald Baird Centre for Research on Women's Health*, presidido por la profesora Wendy Graham, dirige esas iniciativas de investigación. SAFE recibió financiación del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y de la Comisión Europea. La financiación de IMMPACT proviene de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Departamento de Desarrollo Internacional, la Comisión Europea y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Los patrocinadores no asumen responsabilidad alguna por la información publicada en el presente documento. Las opiniones expresadas en el documento son exclusivamente las de sus autores.

Para más información sobre SAFE e IMMPACT, visite:  
[www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe](http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/safe) y [www.abdn.ac.uk/immpact](http://www.abdn.ac.uk/immpact)