COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA, COLOMBIA, BRASIL Y COSTA RICA

FELIPE ANDRÉS HERNÁNDEZ RUIZ

Director de Tesis:
Dr. GABRIEL ACEVEDO
Coordinador Maestría en Salud Pública

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA SALUD PÚBLICA
CÓRDOBA, ARGENTINA
2011

F.A.H.R.

COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA, COLOMBIA, BRASIL Y COSTA RICA

FELIPE ANDRÉS HERNÁNDEZ RUIZ

Requisito Parcial para Optar al titulo de:
Magíster en Salud Pública

Director de Tesis:
Dr. GABRIEL ACEVEDO
Coordinador Maestría en Salud Pública

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA SALUD PÚBLICA
CÓRDOBA, ARGENTINA
2011

F.A.H.R.

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Licenciada Graciela Mignaco

_____

Doctor Gabriel Acevedo

_____

Doctor Juan Carlos Estario

Córdoba, Junio 07 de 2011.

F.A.H.R.

DEDICATORIA

A mis Padres, porque soy fruto de sus esfuerzos.

A mis Hermanos, por su invaluable apoyo y amor.

A Esperanza, por ser la mujer de mi vida y por ser mi gran soporte en mi estadía en Argentina.

A mi abuela y Fanita, por siempre estar orgullosas de mí.

A mis abuelos, que están en el cielo por brindarme su protección.

F.A.H.R.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por darme su bendición en mi estadía en Argentina, a mis padres por brindarme su apoyo, amor y comprensión, a mis hermanos por ser mi apoyo constante, por creer siempre en mi y por darme su amor y fortaleza, a Esperanza porque creímos en un proyecto y lo sacamos adelante a punta de amor, responsabilidad y tenacidad, a mi Abuelita y Fanita por sentirse orgullosas de mi, por sus oraciones por su amor invaluable, a mis abuelos que desde el cielo me brindaron su protección; al Dr. Gabriel Acevedo por su apoyo, su paciencia y su conocimiento para el desarrollo de esta Tesis, a la Escuela de SALUD Publica en cabeza del Dr. Estario y a la Universidad Nacional de Cordoba por permitirnos el honor de formar parte de tan prestigiosa Institución..

F.A.H.R.

NOTA DE ADVERTENCIA

"La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor".

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77
Universidad Nacional de Córdoba

F.A.H.R.

CONTENIDO

pág.

CONTENIDO 8

LISTA DE MAPAS 13

LISTA DE GRÁFICOS 14

LISTA DE TABLAS 17

RESUMEN 18

ABSTRACT 19

INTRODUCCIÓN 20

OBJETIVOS 25

OBJETIVO GENERAL 25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 25

1. TASAS DE MORTALIDAD MATERNA 26

1.1 MEDIDAS DE LA MORTALIDAD MATERNA 37

1.1.1 Sistemas de Medición de la Mortalidad Materna 37

1.2 SISTEMAS DE MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 39

2. PROGRAMAS DE SALUD MATERNA 52

2.1 COLOMBIA 65

2.1.1 Norma Técnica Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo 65

2.1.1.1 Justificación 65
2.1.1.2 Definición 65
2.1.1.3 Objetivos 65
2.1.1.4 Población Objeto 66
2.1.1.5 Características Del Servicio 66

2.1.2 Plan De Choque Para La Reducción De La Mortalidad Materna 66

2.1.2.1 Propósito Y Contexto Del Plan De Choque 66
2.1.2.2 Objetivos Del Plan De Choque 67
2.1.2.3 Alcance Del Plan De Choque 67
2.1.2.4 Áreas De Acción 67
2.1.2.5 Temas Del Plan De Choque 68
2.1.2.6 Actores Involucrados 68

2.1.3 Indicadores y Evaluación 69
2.1.4 Acciones De Comunicación Y Movilización Social 71

2.1.4.1 Tema: Indiferencia Social Ante La Mortalidad Materna 71
2.1.4.2 Tema: Barreras Administrativas Al Control Prenatal Adecuado E Integral Y La Atención Adecuada E Integral Del Parto Con Y Sin Complicaciones 73
2.1.4.3 Tema: Discriminación Positiva De La Mujer Gestante En La Vida Cotidiana 75
2.1.4.4 Tema: Falta De Reconocimiento Del Derecho De La Mujer A Decidir Sobre El Embarazo 76
2.1.4.5 Tema: Detección De Signos Y Síntomas De Alarma De Complicaciones Del Embarazo 77

2.1.5 Fortalecimiento De Las Acciones De Seguimiento, Vigilancia Y Control De La Gestión Institucional 79

2.1.5.1 Tema: Vigilancia Intensificada Del Cumplimiento De Los Estándares Mínimos Para La Atención Prenatal Y Obstétrica Integral En La Red De Instituciones Prestadoras De Servicios 79
2.1.5.2 Tema: Vigilancia Del Cumplimiento De Las Acciones De Las Normas Técnicas Y Guías De Atención Y De Los Indicadores De Gestión (Cumplimiento Y Centinela De Calidad) En Relación Con La Planificación Familiar, La Atención Del Embarazo, El Parto Y El Puerperio Y Sus Complicaciones 81
2.1.5.3 Tema: Vigilancia En Salud Pública De La Mortalidad Materna 84
2.1.5.4 Tema: Evaluación De Experiencias Para El Desarrollo De Estrategias De Reducción De La Mortalidad Materna 88

2.2 ARGENTINA 89

2.2.1 Programa Materno Infantil De La Nacion. Salud Integral De La Mujer, La Niñez Y La Adolescencia 89

2.2.1.1 Objetivo General 89
2.2.1.2 Estrategias 89
2.2.1.3 Líneas de acción prioritarias del Área de Salud Perinatal 90

2.2.2 Plan Estratégico Mortalidad Materna.....92

2.2.2.1 1º Nivel De Atención.....95
2.2.2.2 2º - 3º Nivel De Atención.....102
2.2.2.3 Evaluación Y Capacitación En Servicio.....113
2.2.2.4 Comunicación.....115

2.3 COSTA RICA.....119

2.3.1 Programa De Salud Integral De La Mujer. Mujer Durante El Embarazo De Bajo Riesgo Obstétrico.....119

2.3.1.1 Propósito.....119
2.3.1.2 Objetivos Generales.....119
2.3.1.3 Objetivos Específicos.....120
2.3.1.4 Ejecución Del Programa.....121

2.3.1.4.1 Unidades Técnico-Administrativas.....121
2.3.1.4.2 Principios Básicos.....124
2.3.1.4.3 Sistema Nacional Mortalidad Materna.....126

2.4 BRASIL.....128

2.4.1 La Construcción De La Calidad De La Atención Prenatal.....128
2.4.2 Condiciones para la Atención Prenatal y el Parto Eficaz.....129
2.4.3 Cumplimiento de las Responsabilidades de los Tres Niveles de Gestión.....129

2.4.3.1 Federativa.....129
2.4.3.2 Estado.....130
2.4.3.3 Municipales.....131

2.4.4 Requisitos Para El Desarrollo De Acciones.....131
2.4.5 Utilización de la Atención Prenatal y el Parto - el Papel De Equipo Multiprofesional.....132
2.4.6 Agente Comunitario de Salud.....133
2.4.7 Visitas Domiciliarias.....135
2.4.8 El Pacto Nacional Reducción De La Mortalidad Materna Y Neonatal. Instalación y Funcionamiento Del Comité Nacional De Vigilancia Y Evaluación.....135

2.4.8.1 Comité de Mortalidad Materna.....136
2.4.8.2 Carácter de los Comités.....138
2.4.8.3 Composición.....138
2.4.8.4 Organización de los Comités.....139

3. FACTORES DETERMINANTES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA 141

3.1 PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA 143
3.2 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA 145
3.3 SALUD Y COMPORTAMIENTO EN MATERIA DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN 145
3.4 ESTADO DE SALUD 146
3.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD 146
3.6 FACTORES DESCONOCIDOS 147
3.7 COLOMBIA 147

3.7.1 Uso de Alcohol y de Cigarrillo durante el Embarazo 157
3.7.2 Atención Prenatal 162
3.7.3 Atención al Parto 164
3.7.4. Atención Postnatal 166
3.7.5 Lugar de Residencia 167
3.7.6. Edad de la Madre 168
3.7.7 Nivel de Educación de la Madre 169
3.7.8 Tenencia de Radio y Televisión en el Hogar 169
3.7.9 Afiliación de la Madre a un Régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 170

3.8 ARGENTINA 172

3.8.1 Situación de la Mortalidad Materna en la Argentina 172

3.8.1.1 Formosa 176
3.8.1.2 Chaco 176
3.8.1.3 Tucumán 177
3.8.1.4 San Juan 178
3.8.1.5 San Luis 178

3.8.2 Mortalidad Edad Reproductiva 179
3.8.3 Edad 181
3.8.4 Demora en Decidir Buscar Atención 189
3.8.5 Demora en Llegar al Servicio de Salud 193
3.8.6 Demora en Recibir Tratamiento en el Servicio de Salud Donde Fallece 198
3.8.7 Percepción de la Calidad de la Atención Recibida 201

3.9 COSTA RICA 204

3.9.1 Lugar de Defunción 208
3.9.2 Puntos Críticos Detectados 208

3.9.3 Normas de Atención Materno – Perinatal.....209
3.9.4 Sistema de Referencia y Contra Referencia 209

3.10 BRASIL.....210

3.10.1 Edad.....210
3.10.2 Embarazo Adolescentes.....210
3.10.3 Educacion.....211
3.10.4 Estado Civil 211
3.10.5 Enfermedades Preexistentes 211
3.10.6 Primigestantes.....211
3.10.7 Tasa Uso Cesárea.....211
3.10.8 Causas 212

4. METODOLOGÍA 215

4.1 TIPO DE ESTUDIO 215
4.2 UNIVERSO INFORMACIÓN 215
4.3 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA 215
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....217

5. RESULTADOS.....219

6. CONCLUSIONES 225

BIBLIOGRAFÍA.....229

LISTA DE MAPAS

pág.

Mapa 1. Mortalidad Materna por Países. 2005 30

Mapa 2. Mortalidad Materna En Colombia Según Regiones. 2001 157

Mapa 3. Tasas Medianas de Mortalidad Materna y Estratos Socioeconómicos de las Jurisdicciones. 2001.....175

Mapa 4. CPN Desigualdad según Regiones y Origen Racial 214

LISTA DE GRÁFICOS

pág.

Grafico 1. Causas de Mortalidad Materna 32

Grafico 2. Argentina 49

Gráfico 3. Brasil 50

Gráfico 4. Colombia 50

Gráfico 5. Costa Rica 51

Grafico 6. Cumplimiento y Monitoreo de las CONE 109

Grafico 7. Modelo determinantes de McCarthy y Maine 144

Grafico 8. Aseguramiento en Salud Adolescentes Embarazadas y con Hijo 153

Grafico 9. Acceso a Seguridad Social en Salud. Colombia. 2003 154

Grafico 10. Acceso a Servicios de Salud por Grupos Étnicos. Colombia. 2003 ..154

Grafico 11. Mortalidad Materna por Grupos de Edad. Colombia. 2001. 158

Grafico 12. Tasa de Controles Prenatales. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005 163

Grafico 13. Tasa de Asistencia Prenatal según Persona que realizó la Asistencia. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005 164

Grafico 14. Tasa de Parto Institucional. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005165

Grafico 15. Tasa de Atención al Parto según Persona que Asistió el Parto. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005 166

Grafico 16. Evolución de la Tasa de Atención Postnatal. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005.....167

Grafico 17. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Lugar de Residencia. Litoral Pacífico Colombiano. 2005.....168

Grafico 18. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a Servicios de Salud Materna según Edad de la Madre. Litoral Pacífico Colombiano. 2005 168

Grafico 19. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Nivel Educativo de la Madre. Litoral Pacífico Colombiano. 2005 169

Grafico 20. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Tenencia de Radio y TV en el Hogar. Litoral Pacífico Colombiano. 2005 170

Grafico 21. Porcentaje de Nacimientos en los Cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Afiliación de la Madre a un Régimen del SGSSS 171

Grafico 22. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Régimen de Afiliación de la Madre al SGSSS 171

Grafico 23. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Argentina. 1980 - 2002 172

Grafico 24. Incidencia de la Pobreza y la Indigencia en la Población Gran Buenos Aires. Octubre 1988 – Mayo 2002 173

Grafico 25. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Argentina. 1980 - 2002 174

Grafico 26. Proporción de Pobreza e Indigencia en Hogares y Personas, por Regiones Estadísticas y en Total Urbano. 2002 174

Grafico 27. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002 176

Grafico 28. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002 177

Grafico 29. Razón de Razones entre Provincias para los Años 1990 y 2002 177

Grafico 30. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002 178

Grafico 31. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002 178

Grafico 32. Razón de Razones entre Provincias para los Años 1990 y 2002 179

Grafico 33. Defunciones Maternas por Causa en Seis Provincias de Estudio. 2002 180

Grafico 34. Distribución de las Muertes Maternas según Momento del Ciclo Reproductivo 181

Grafico 35. Porcentaje de Muertes Maternas por Causas Directas, según Raza. Brasil. 2003 212

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Medidas de Mortalidad Materna.....37

Tabla 2. Fuentes de Datos de Mortalidad Materna Utilizados para Elaborar las Estimaciones de 2005.....43

Tabla 3. Estimaciones de la RMM, número de defunciones maternas, riesgo a lo largo de la vida adulta y margen de incertidumbre por regiones ODM de las Naciones Unidas para 2005.....44

Tabla 4. Razón Mortalidad Materna en Latinoamerica y el Caribe. Datos 2005-2007.....46

Tabla 5. Comparación de la mortalidad materna en 1990 y 2005 por regiones de los ODM de Las Naciones Unidas.....48

Tabla 6. Características Control Prenatal Según El Grado De Riesgo.....59

Tabla 7. Control Prenatal Objetivos y Actividades.....60

Tabla 8. Metas Sanitarias.....91

Tabla 9. Tasas de Mortalidad Materna según Variables Seleccionadas. Colombia. 1992-1996.....150

Tabla 10. Razón de Mortalidad Materna por 10.000 Nacidos Vivos, según Provincias seleccionadas y la Argentina. 2002.....176

Tabla 11. Número de Muertes Maternas por 100 Mil Nacidos Vivos.....210

Tabla 12. Mortalidad materna generalidades.....219

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. Objetivo. Caracterizar el comportamiento de la mortalidad materna en Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica considerando sus Determinantes, Indicadores Epidemiológicos y Políticas Sanitarias Metodología. Estudio de revisión sistemática para conocer el comportamiento de la mortalidad materna a partir de los determinantes, prevalencia y políticas sanitarias en Colombia, Argentina, Costa Rica y Brasil. Se realizo una revisión sistemática de literatura, que incluyo el periodo de 1990 – 2008. La búsqueda de los textos científicos fue realizada en las bases de datos bibliográficas de Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) incluida dentro de la biblioteca virtual en Salud (BVS), páginas web oficiales de los Ministerios de Salud de los países incluidos en el estudio, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Resultados. Dentro de las principales causas de muerte materna no se encuentran grandes variaciones siendo las tres principales la Pre eclampsia-Eclampsia, las Hemorragias y el Aborto. En cuanto a los determinantes asociados a Mortalidad Materna los que más prevalecieron dentro de los estudios fueron la condición socioeconómica, salud y comportamiento en materia de sexualidad y reproducción, edad paridad, deseo del embarazó, estado de salud y acceso a los servicios de salud. En todos los países se encontró con graves problemas de equidad en la población más pobre y desempleada, en las minorías étnicas y raciales

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) and UNICEF estimate that about 585.000 women die each year due to complications in pregnancy or childbirth. Aim. Characterizing the behaviour of maternal mortality in Argentina, Colombia, Brazil and Costa Rica considering their determinants, epidemiological indicators and Health Policy. Methodology. Study of systematic review to know the behaviour of maternal mortality based on the determinants, prevalence and health policies in Colombia, Argentina, Costa Rica and Brazil. A systematic review of literature was carried out, which included the period 1990-2008. The search for the scientific texts was carried out in the bibliographic databases of Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) included within the Virtual Health Library (VHL), official websites of the Ministries of Health of the countries included in the study, Pan American Health Organization and World Health Organization. Results. Within the main causes of maternal death are not large variations remain like the three main the preeclampsia - eclampsia, haemorrhages and abortion. With regard to the determinants associated with materinnal mortality the most prevailed within the studies were the socio-economic status, health and behaviour in the field of sexuality and reproduction, parity of age, desire for the pregnancy, health status and access to health services. In all countries is found serious problems of equity in the poorest and unemployed people, in ethnic and racial minorities.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

Entre 90% a 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes; la muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008., en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), define la defunción materna como: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. (2)

La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante

el embarazo, y partos obstruidos. Mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo desarrollan complicaciones médicas durante o después del embarazo. (3).

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más probable que mueran.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo son las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial; de igual forma son responsables por la pérdida de más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) que de ITS, SIDA, o TBC. No existe ninguna causa para los hombres que se acerque a la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna. Y lo que hace que persistan los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna trágicamente son las intervenciones costo efectivas (definidas por el Banco Mundial como aquellas que cuestan menos de US$100.00 por AVAD salvada) son conocidas hace décadas pero no ampliamente accesibles o disponibles en países en desarrollo.

La Iniciativa de Maternidad Segura (Safe Motherhood Initiative, SMI) fue lanzada oficialmente en una conferencia internacional celebrada en Nairobi, Kenia en 1987. Desde 1987, la toma de conciencia por este problema ha crecido entre hacedores de políticas, profesionales de la salud y el público en general. (4)

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.

El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. Más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional. La RMM es de 450 por 100 000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100 000 en las regiones desarrolladas. Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1000; exceptuando el Afganistán, todos ellos se encuentran en el África subsahariana: Angola, Burundi, Camerún, Chad, Guinea Bissau, Liberia, Malawi, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia y Rwanda.

Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en todo el mundo, el 99% (533 000) corresponden a países en desarrollo. Algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 000) se produjeron exclusivamente en la región del África subsahariana, seguida en cifras por el Asia meridional (188 000). Así pues, el África subsahariana y el Asia meridional contabilizan el 86% de las defunciones maternas de todo el mundo. En las amplias regiones ODM, la mayor RMM en 2005 se detectó en las regiones en desarrollo (450), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51).

Entre las regiones en desarrollo, el África subsahariana registró la mayor RMM con 900 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos en 2005, seguida del Asia meridional (490), Oceanía (430), Sudeste asiático (300), Asia occidental (160), Norte de África (160), América Latina y el Caribe (130) y Asia oriental (50). Por países, India poseía la cifra más alta de defunciones maternas (117 000), seguida de Nigeria (59 000), la República Democrática del Congo (32 000), Afganistán (26 000), Etiopía (22 000), Bangladesh (21 000), Indonesia (19 000), Pakistán (15 000), Níger (14 000), la República Unida de Tanzania (13 000) y Angola (11 000).

Estos once países contabilizaron el 65% de las defunciones maternas mundiales en 2005.Se observaron RMM de al menos 1000 en un total de 14 países, de los cuales 13 (a excepción de Afganistán) pertenecen a la región del África subsahariana. De mayor a menor RMM, estos países son: Sierra Leona (2100), Níger (1800), Afganistán (1800), Chad (1500), Somalia (1400), Angola (1400), Ruanda (1300), Liberia (1200), Guinea-Bissau (1100), Burundi (1100), la República Democrática del Congo (1100), Nigeria (1100), Malawi (1100) y Camerún (1000). En cambio, la RMM de Irlanda fue de 1.

El riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años llegue a fallecer por una causa materna) es más elevado en África (1 de 26), seguida de Oceanía (1 de 62) y Asia (1 de 120), mientras que las regiones desarrolladas presentan los menores riesgos (1 de 7300). De los 171 países y territorios para los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo estimado (con 1 de 7), en fuerte contraste con Irlanda, que registró el riesgo más bajo (1 de 48000).

Según los datos de mortalidad materna de la OMS del 2005 América latina y el Caribe registraron 15000 muertes maternas las cuales equivalen a 2.7 % de las totales presentadas a nivel mundial. El 61.6 % de mujeres que fallecieron en América Latina y el Caribe corresponden a Sur América, siendo Brasil el país con el mayor numero de maternas fallecidas 4100 (44.3%)seguido de Perú con un 16.2% y Colombia con un 12.9%; las cuales equivalen a un 45.3 % de la total encontrada en América Latina y el Caribe. Se destaca de manera preocupante que cinco países de la región como lo son Colombia, Peru, México, Haití y Guatemala nos reporten el 46% de las muertes en América Latina y el Caribe y estas conjuntas con Brasil reporten el 2 % de mortalidad materna a nivel Mundial.

En lo que se refiere a RMM por cada 100000 nacidos vivos Argentina presenta una tasa de (77), Colombia de (130), Brasil de (110) y Costa Rica de (30) nada

alentador frente a las RMM de Alemania la cual es (4), Canadá (7), Francia (8), Reino Unido de (8) e Irlanda con la mejor RMM que es de (1). En cuanto al riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años llegue a fallecer por una causa materna) , en América Latina donde se presenta menos riesgo es en Chile 1:3200 seguido de Puerto Rico 1:2900; Costa Rica presenta un riesgo de 1:1400, Argentina 1:530, Brasil 1:370 y Colombia 1:290, nada comparable con el riesgo que podría presentar una materna en un país desarrollado como Irlanda donde la relación es de 1:47600, situación contraria que viven países como lo son Sierra Leona la cual presenta una relación de 1:8 con una RMM de 2100 o India la cual registra el 21.3% del total de muertes maternas a nivel mundial presentando una RMM de 450 y un riesgo de 1:70.

Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. Por tal razón este estudio está dirigido a caracterizar el comportamiento de la mortalidad materna en Colombia, Argentina, Costa Rica y Brasil considerando sus determinantes, indicadores epidemiológicos y políticas sanitarias consistentes en sus diferentes planes de salud materno como planes de choque contra la mortalidad materna.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el comportamiento de la mortalidad materna en Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica considerando sus Determinantes, Indicadores Epidemiológicos y Políticas Sanitarias**.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y comparar las tasas de mortalidad materna en Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica.

- Conocer los programas de salud materno de Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica.

- Reconocer los factores de riesgo determinantes para la mortalidad materna Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica.

1. TASAS DE MORTALIDAD MATERNA

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Entre 90% a 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes; la muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008., en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10), define la defunción materna como: la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del

embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (1)

Berg C. 1996, define que la mortalidad materna es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general. (5)

Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres. Estos niños reciben menos cuidados, menos educación y tienen un rendimiento escolar más bajo. Los niños menores de diez años que pierden a su madre tienen 10 veces más probabilidad de morir dentro de los siguientes dos años que aquellos que tienen los dos padres vivos; igualmente, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su madre tienen menor posibilidad de sobrevivir. (6)

Debido a que, una gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución en los ingresos familiares. Si tomamos en cuenta, que en países como los nuestros hay una gran proporción de mujeres cabeza de familia que llevan las riendas de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de éstas genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas y de protección. (7)

La disparidad entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna que por cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil son, en promedio, 10

veces mayores en países en desarrollo que en los desarrollados, la mortalidad materna en países en desarrollo es 100 veces más alta que en países industrializados. (8)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. (2)

La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo, y partos obstruidos. Mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, esto no significa que sólo las mujeres de los países en desarrollo desarrollan complicaciones médicas durante o después del embarazo. (3).

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más probable que mueran. Para una mujer individual, el riesgo de la mortalidad materna es influenciado tanto por el riesgo asociado con el embarazo como por la cantidad de veces que se embaraza. Cada vez que una mujer se embaraza, vuelve a correr el riesgo de la mortalidad materna, y los riesgos se acumulan durante su vida. En países en desarrollo, donde tanto la mortalidad y fecundidad tienden a ser altas, el riesgo de por vida de muerte materna puede ser sorprendentemente alto. En algunos países africanos, se estima que 1 de 7 mujeres morirán de complicaciones durante el embarazo o el parto, comparado a 1 sola mujer en varios miles en Europa y Norte América. Además de las mujeres que mueren, muchas más sufren de graves pero no letales problemas de salud como resultado del embarazo o parto.

La mayoría de mujeres con complicaciones obstétricas se recuperan, pero algunas sufren discapacidades de largo plazo incluyendo esterilidad y fístulas vesicovaginales. Fistulas vesicovaginales es un estado en el cual un parto obstruido prolongado produce un orificio entre la vagina y el sistema urinario, dando como resultado una incontinencia crónica. (9).Esto no sólo es doloroso, sino que si no es tratado (usual en el caso de países en desarrollo) puede producir aislamiento y estigmatización social. (10) La esterilidad es el resultado de infecciones pélvicas recurrentes o no tratadas; más allá de la frustración y desilusión, la esterilidad puede tener consecuencias sociales y económicas profundas para las mujeres en sociedades donde el valor de la mujer se determina por la cantidad de hijos que posee.

Existe poca información segura sobre la frecuencia de la morbilidad materna, pero la cantidad de mujeres afectadas seguramente es varias veces mayor que la cantidad que muere, las intervenciones que reducen las muertes maternas también reducirán la morbilidad materna. (11).

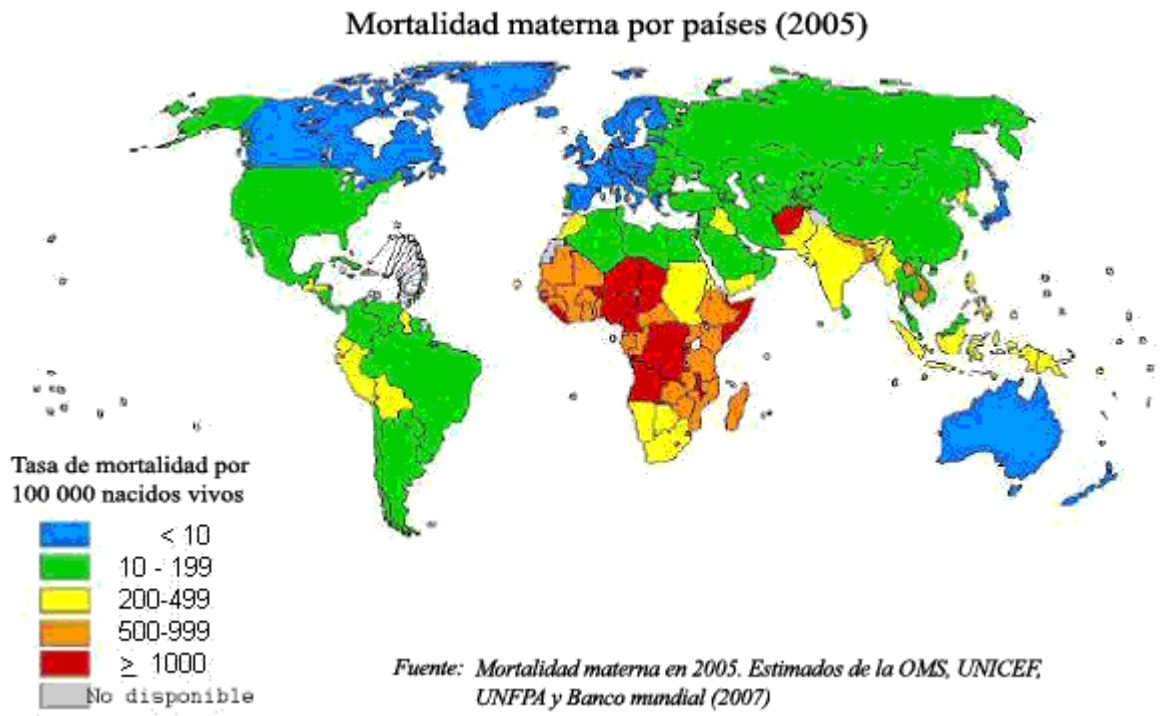
Las complicaciones relacionadas con el embarazo son las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial; de igual forma son responsables por la pérdida de más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) que de ITS, SIDA, o TBC. No existe ninguna causa para los hombres que se acerque a la magnitud de la mortalidad y morbilidad materna. Y lo que hace que persistan los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna trágicamente son las intervenciones costo efectivas (definidas por el Banco Mundial como aquellas que cuestan menos de US$100.00 por AVAD salvada) son conocidas hace décadas pero no ampliamente accesibles o disponibles en países en desarrollo.

La Iniciativa de Maternidad Segura (Safe Motherhood Initiative, SMI) fue lanzada oficialmente en una conferencia internacional celebrada en Nairobi, Kenia en

1987. Desde 1987, la toma de conciencia por este problema ha crecido entre hacedores de políticas, profesionales de la salud y el público en general. (4)

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.

***Mapa 1. Mortalidad Materna por Países. 2005*.**



Fuente: Mortalidad materna en 2005. Estimados de la OMS, UNICEF, UNFPA y Banco mundial (2007)

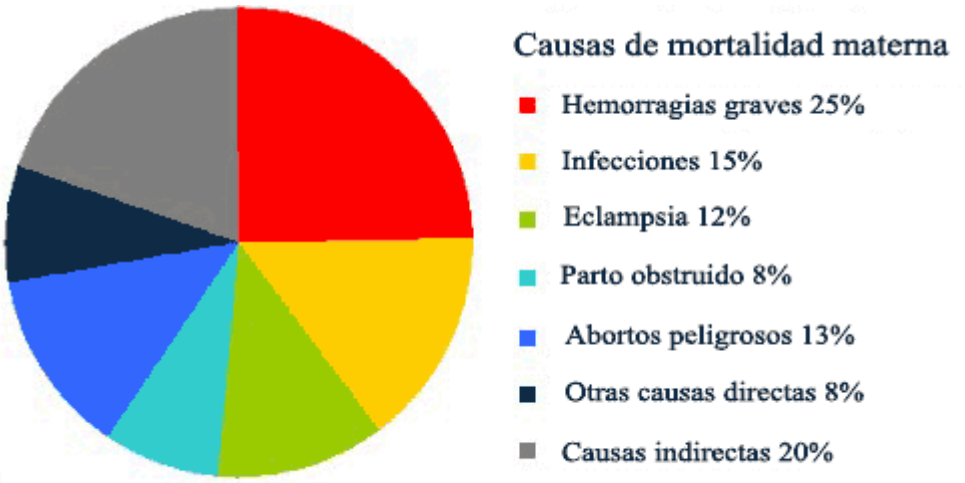
El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. Más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional. La RMM es de 450 por 100 000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100 000 en las regiones desarrolladas. Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1000; exceptuando el Afganistán, todos

ellos se encuentran en el África subsahariana: Angola, Burundi, Camerún, Chad, Guinea Bissau, Liberia, Malawi, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia y Rwanda.

Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales. (12)

Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Se clasifican como defunciones obstétricas directas, por ejemplo, las muertes por hemorragia, preeclampsia/eclampsia o complicaciones de la anestesia o la cesárea. Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Así, por ejemplo, las muertes por agravamiento de una dolencia cardiaca o renal son defunciones obstétricas indirectas. La identificación precisa de las causas de defunción materna, determinando en qué medida son causas directas o indirectas o accidentales o incidentales, no siempre es posible, especialmente en contextos donde la mayor parte de los partos tienen lugar en casa, y/o no existen sistemas de registro civil con correcta atribución de causas adecuados. En estos casos, es posible que no pueda aplicarse la definición estándar de defunción materna recogida en la CIE-10.

Grafico 1. Causas de Mortalidad Materna.



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

El concepto de “defunción relacionada con el embarazo”, recogido en la CIE-10, da cabida a las defunciones maternas acaecidas por cualquier causa. Según este concepto, se define como “defunción relacionada con el embarazo” cualquier muerte durante el embarazo, el parto o el puerperio, incluso si es por causas accidentales o incidentales.

Esta definición alternativa permite la medición de defunciones relacionadas con el embarazo, aunque no se ajusten estrictamente al concepto estándar de “defunción materna”, en contextos en donde no pueden obtenerse datos precisos sobre la causa de defunción a partir de certificados médicos. Por ejemplo, en encuestas sobre mortalidad materna (como los métodos sororales) se pregunta a los familiares de una mujer fallecida en edad fecunda sobre el estado de gestación en el momento de la defunción, sin recabar más datos sobre la causa de la misma. Más que estimar las defunciones maternas, estas encuestas suelen estimar las defunciones relacionadas con el embarazo.

Las complicaciones del embarazo o del parto también pueden desembocar en defunción después de las seis semanas del puerperio. Además, la creciente generalización de tecnologías y procedimientos modernos para el soporte vital posibilita que más mujeres sobrevivan a los resultados adversos del embarazo y el parto, y se retrase la defunción más allá de los 42 días del puerperio. Estas muertes, a pesar de estar causadas por acontecimientos relacionados con el embarazo, no cuentan como defunciones maternas en los sistemas de registro civil habituales. Con el fin de abarcar estas muertes diferidas, que se producen entre seis semanas y un año después del parto, en la CIE-10 se incluyó un concepto alternativo de defunción materna tardía: la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. .Algunos países, especialmente los que poseen sistemas de registro vital más desarrollados, utilizan esta definición. (1)

La mortalidad materna es la expresión más evidente de la inequidad y desigualdad a la que están sometidas las mujeres. Refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres. En los países con poco desarrollo las mujeres no tienen poder para tomar decisiones y actuar libremente para cuidar su salud, porque culturalmente no es aceptado o hay subordinación a la voluntad de sus compañeros. El machismo impide que las mujeres confíen en sí mismas, que se valoren, y hace que sean dependientes de sus compañeros tanto económicamente como en la toma de decisiones.

Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud. (13)

En los países pobres con tasas altas de mortalidad materna es común que las mujeres inicien tempranamente su vida sexual sea o no bajo el vínculo del matrimonio, y esto hace que estén expuestas no sólo a las complicaciones de los embarazos incluida la muerte, sino a embarazos no deseados y por consiguiente a abortos inducidos; además son más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, sicológica o sexualmente por sus compañeros. La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer. Las mujeres que tienen cuatro o más hijos presentan razones de mortalidad materna superiores a 120 mientras que las que tienen 2,4 o menos hijos presentan razones por debajo de 64. De igual manera, en las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior al 74% presentan razones de mortalidad inferiores a 74, mientras donde la prevalencia es de 62% o menos la razón aumenta a 111.

El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad. También se da el caso de algunas mujeres que no logran una adecuada comunicación con los proveedores de la asistencia médica porque se sienten avergonzadas, maltratadas o irrespetadas, y esto se refleja luego en ausencia al control prenatal. Cuando el personal de salud no tiene un entrenamiento adecuado en salud materna, es factible que se presenten fallas en el manejo de las complicaciones obstétricas y esto contribuye al aumento de la morbimortalidad

materna. Las aptitudes de los proveedores calificados varían enormemente, y muchos no tienen los conocimientos básicos necesarios para resolver o proporcionar tratamiento inicial adecuado durante las emergencias obstétricas. Toda mujer tiene el derecho fundamental al embarazo y parto seguros y a una maternidad saludable. (13)

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano esencial que se debe respetar. Es necesario que se valore el capital humano que hay en las mujeres y que se trabaje por el mejoramiento de sus condiciones de vida para construir una sociedad más equitativa. (14)

La situación de la mortalidad materna se debe evaluar desde las perspectivas de derechos humanos, equidad social y salud pública. Es una problemática desatendida pero a la vez se convierte en una oportunidad para actuar. Las oportunidades de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así como de ejercer los derechos sexuales y reproductivos libres de coerción, violencia y discriminación, están estrechamente ligadas a las condiciones de vida, a un clima cultural respetuoso de la equidad de género y a la diversidad de valores éticos propios de una sociedad democrática. También están condicionadas por la implementación de políticas públicas eficaces orientadas a reducir las brechas de género, sociales y sanitarias, en el acceso a información y a servicios de salud reproductiva. (15)

Luego de que se proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, por lo menos 14 convenciones y conferencias internacionales han reiterado y afirmado el derecho a la maternidad segura e indicado el papel esencial, para la salud de la mujer, de las intervenciones con dicho fin. Al adoptar esas convenciones, los gobiernos prometen mejorar la salud materna y responsabilizarse de poner en práctica los planes de acción correspondientes. (16).

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, los países miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio, que contiene un conjunto de metas para el desarrollo, incluido el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. Una de las ocho metas es reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, partiendo de las cifras de 1990. Uno de los indicadores para medir el progreso es la presencia de proveedores calificados en el 80% de los nacimientos en el mundo para el año 2015. La Declaración del Milenio fue refrendada por 149 jefes de estado.

La mortalidad materna indica el desempeño de los sistemas de atención en salud y depende de la disponibilidad de atención obstétrica para tratar complicaciones. Entre los indicadores para vigilar los progresos del desempeño de los sistemas de salud en la reducción de la mortalidad materna están el porcentaje de partos atendidos por personal calificado y el porcentaje de nacimientos por cesárea. (17) Mientras haya más nacimientos atendidos por personal capacitado para ello habrá menos muertes maternas pues se disminuyen las complicaciones y la tasa de letalidad. A nivel mundial los asistentes calificados atienden el 56% de los nacimientos, pero hay amplias diferencias de acuerdo a los países y al área de residencia de las maternas (rural o urbana).

En ausencia de intervenciones quirúrgicas como cesárea e histerectomía, muchas de las mujeres con complicaciones obstétricas graves como el parto obstruido, la eclampsia o la hemorragia pierden la vida. (18) Entonces, la cesárea se convierte en un indicador de la medida en que los servicios de salud proporcionan este elemento, esencial en la atención obstétrica. Por lo menos 5% de los partos requieren cesárea para proteger la vida de la madre o del bebé, pero tasas superiores al 15% indican un uso inadecuado del procedimiento. Niveles muy elevados de mortalidad materna (mayores de 500 por 100.000 nacidos vivos) se asocian a bajos niveles de parto por cesárea (menores del 5%); sin embargo,

niveles bajos de mortalidad materna coexisten con un amplio rango de tasas de parto por cesárea.

1.1 MEDIDAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

El número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fecunda. La RMM se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos. En cambio, la tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de defunciones maternas en una población dividido por el número de mujeres en edad fecunda; de esta forma, refleja no sólo el riesgo de defunción materna por embarazo o por alumbramiento (nacido vivo o mortinato), sino también el grado de fertilidad en la población. Además de la RMM y la TMM, se puede calcular el riesgo de mortalidad materna durante la vida adulta de las mujeres en la población.

***Tabla 1. Medidas de Mortalidad Materna*.**

Razón de mortalidad materna	Número de *defunciones maternas* durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 *nacidos vivos* en el mismo periodo.
Tasa de mortalidad materna	Número de *defunciones maternas* durante un periodo de tiempo dado por cada 100 000 *mujeres en edad fecunda* en el mismo periodo.
Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta	Probabilidad de una mujer de morir por una causa materna durante su vida reproductiva.

Fuente: **OMS. Mortalidad materna en 2005.**

1.1.1 Sistemas de Medición de la Mortalidad Materna. Si bien existen definiciones de mortalidad materna normalizadas y de uso muy generalizado, por varios motivos es difícil determinar con precisión las cifras de mortalidad materna

en una población. En primer lugar, es complicado identificar con exactitud las defunciones maternas, especialmente en contextos donde la inscripción de defunciones en los sistemas de registro civil no es sistemática y la defunción de una mujer en edad fecunda pudiera quedar sin registrar. En segundo lugar, incluso si llegara a inscribirse la defunción en el registro, puede que se desconociera el estado de gestación de la mujer, con lo que la muerte no se notificaría como defunción materna aunque la mujer hubiera estado embarazada. En tercer lugar, es difícil calificar con precisión como defunción materna la muerte de una mujer en la mayoría de contextos de los países en desarrollo donde no existe la certificación médica de la causa de defunción.

Incluso en los países desarrollados con registro sistemático de defunciones, puede darse una subnotificación de las defunciones maternas y la identificación de las cifras reales pueden requerir investigaciones especiales sobre las causas de defunción. Un ejemplo concreto de tales investigaciones es el proyecto ***Confidential Enquiry into Maternal Deaths*** (CEMD, Investigación Confidencial sobre Defunciones Maternas), que se estableció en el Reino Unido en 1928. En el informe más reciente del CEMD (de 2000–2002) se identificó un 44% más de defunciones maternas que las notificadas en los sistemas habituales de registro civil. En otros estudios sobre la precisión de las cifras de defunciones maternas notificadas en los sistemas de registro civil se puso de manifiesto la posibilidad de que el número real de defunciones maternas sea hasta casi un 200% mayor que el de los informes habituales.

A falta de registros civiles precisos y completos, las estimaciones de la RMM se basan en diversos métodos —encuestas domiciliarias, referencias a muertes de hermanas, estudios de mortalidad en edad fecunda (RAMOS), autopsias verbales y censos—, cada uno de las cuales presenta ciertas limitaciones para estimar los verdaderos niveles de mortalidad materna. En el siguiente recuadro se describen brevemente estos métodos y sus limitaciones.

1.2 SISTEMAS DE MEDICIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Sistemas de Registro Civil.

Este sistema conlleva el registro sistemático de nacimientos y defunciones. Lo ideal sería obtener los datos estadísticos sobre mortalidad materna a través de los datos del registro civil. Sin embargo, incluso cuando la cobertura es completa y las causas de todas las defunciones se identifican basándose en certificados médicos normalizados, es posible que, sin una localización activa de casos, dejen de contabilizarse o se desclasifiquen casos de defunción materna; en consecuencia, para determinar el grado de desclasificación y subnotificación, se recurre a Investigaciones confidenciales.

Encuestas Domiciliarias.

Las encuestas domiciliarias constituyen una alternativa a los datos de los registros Civiles en aquellos lugares donde no están disponibles. Algunas limitaciones de las encuestas domiciliarias son las siguientes:

- la encuesta identifica defunciones relacionadas con el embarazo (no defunciones maternas);
- dado que las defunciones maternas son raras en términos epidemiológicos, las encuestas que miden sus niveles precisan muestras de gran tamaño para obtener estimación estadísticamente fiable, por lo que son costosas.
- incluso con muestras de gran tamaño, las estimaciones siguen estando sujetas a incertidumbre (amplios intervalos de confianza), lo que dificulta el seguimiento de los cambios en el tiempo.

Métodos Sororales.

En los métodos sororales se obtiene información entrevistando a una muestra representativa de encuestados sobre la situación vital de todas sus hermanas adultas (para determinar cuántas hermanas han llegado a casarse, cuántas están vivas, Cuántas fallecidas, cuántas murieron durante el embarazo, parto o dentro

de las seis semanas de terminado el embarazo). Este sistema reduce el tamaño de la muestra, pero: más que defunciones maternas, identifica defunciones relacionadas con el embarazo; persiste el problema de los amplios intervalos de confianza, por lo que se excluye la posibilidad de realizar análisis de tendencia; la versión desarrollada inicialmente (método ***sororal indirecto***) no es apropiada en contextos con niveles bajos de fecundidad (es decir, una tasa de fecundidad total inferior a 4) o con un alto grado de migración u otras causas de dislocación social; proporciona más una retrospectiva (de los 10 años previos a la encuesta) que una estimación actual de la mortalidad materna; las encuestas demográficas y de salud (EDS) utilizan una variante (método ***sororal directo***), que no descansa en tantas suposiciones como el método original y recoge más información que el método indirecto (es decir, la edad de todas las hermanas, la edad al morir y el año de defunción de las fallecidas, además de los datos obtenidos por el método indirecto), pero requiere mayores tamaños de muestra y el análisis es más complicado; las estimaciones se refieren a un periodo aproximado de 5 años previos a la encuesta, y como con el método indirecto, persiste el problema de los amplios intervalos de confianza (por ello, el seguimiento de las tendencias es limitado), y también proporciona más información sobre las defunciones relacionadas con el embarazo que sobre las defunciones maternas.

Estudios sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (RAMOS)

Este sistema consiste en identificar e investigar las causas de todas las defunciones de mujeres en edad fecunda en un área o población definida utilizando múltiples fuentes de información (por ejemplo, entrevistas con familiares, registros civiles, registros de los centros sanitarios, registro de entierros, parteras tradicionales) y presenta las siguientes características:

- las múltiples y variadas fuentes deben utilizarse para identificar muertes de mujeres en edad fecunda. Ninguna fuente por sí sola identifica todas las defunciones.

- una identificación defectuosa de las defunciones de mujeres en edad fecunda conlleva la subestimación de los niveles de mortalidad materna.
- las entrevistas con familiares y proveedores de atención sanitaria y la revisión de los registros sanitarios sirven para clasificar las defunciones como maternas o de otro tipo.
- si se realiza correctamente, este método ofrece una estimación bastante completa de la mortalidad materna (a falta de sistemas de registro ordinario fiable) y podría proporcionar RMM subnacionales.
- la puesta en práctica puede ser complicada, larga y costosa, especialmente a gran escala.
- el número de nacidos vivos utilizado en el cálculo puede no ser preciso, especialmente en contextos donde la mayoría de mujeres dan a luz en casa.

Autopsia verbal

Este sistema se sirve de entrevistas con miembros de la familia o la comunidad para asignar una causa de defunción cuando no existen certificados médicos con causa de defunción. En pequeñas poblaciones (generalmente distritos) sometidas a sistemas de vigilancia demográfica mantenidos por instituciones de investigación en países en desarrollo se realiza periódicamente el registro de los nacimientos y las defunciones. Este método se caracteriza por las siguientes limitaciones: con esta técnica es frecuente la desclasificación de

- causas de defunción de mujeres en edad fecunda;
- este método puede no conseguir identificar correctamente un grupo de defunciones maternas, especialmente las que se producen al comienzo del embarazo (p.ej. por embarazo ectópico o relacionadas con aborto) y por causas indirectas de defunción materna (p.ej. por paludismo);
- la precisión de las estimaciones depende del grado en que los conocen los acontecimientos que llevaron a la muerte, la cualificación de los

entrevistadores y la competencia de los médicos que realizan el diagnóstico y el registro;

- el mantenimiento de los sistemas de vigilancia demográfica es caro y los resultados no pueden extrapolarse para obtener RMM nacionales.

Censos

Un censo nacional, con un número limitado de preguntas añadidas, podría ofrecer estimaciones de mortalidad materna. Este sistema elimina los errores de muestreo (pues están cubiertas todas las mujeres), por lo que permite el análisis de tendencias.

- Este método permite la identificación de defunciones en los hogares en un periodo de referencia relativamente corto (1–2 años), por lo que proporciona estimaciones recientes de mortalidad materna, pero como se lleva a cabo a intervalos de 10 años, el seguimiento de la mortalidad materna es limitado.
- La formación de los censistas es crucial, pues las actividades del censo recogen información sobre una gama de temas que no guardan relación con las defunciones maternas.
- Con el fin de alcanzar estimaciones fiables, es necesario ajustar los resultados en función de características como la integridad de las estadísticas de nacimientos y defunciones y las estructuras de población.(1)

Dentro del informe de 2005 que realizo la OMS, las estimaciones de los diferentes países fueron tomadas de variadas fuentes de datos de mortalidad materna clasificándolos así:

Tabla 2. Fuentes de Datos de Mortalidad Materna Utilizados para Elaborar las Estimaciones de 2005.

Fuentes de los datos de mortalidad materna utilizados para elaborar las estimaciones de 2005

Grupo	Fuentes de los datos de mortalidad materna	Número de países/ territorios	% de países/ territorios en cada categoría	% de nacimientos mundiales cubiertos
A	Registro civil de carácter completo, con buena atribución de la causa de defunción	59	35	13,1
B	Registro civil de carácter completo, con atribución incierta o mala de la causa de defunción	6	4	1,0
C	Estimaciones sororales directas	28	16	15,7
D	RAMOS	4	2	5,5
E	Vigilancia de enfermedades o registro de muestras	2	1	32,4
F	Censo	5	3	2,2
G	Estudios especiales	6	4	5,4
H	Sin datos nacionales sobre mortalidad materna	61	36	24,5
	Total	**171**	**100**	**99,8**

Fuente: OMS. Mortalidad materna en 2005.

Teniendo en cuenta las fuentes de datos utilizados y los países que en esta revisión se tomaron en cuenta como lo son Costa Rica, Argentina, Brasil y Colombia se encontró que los datos de mortalidad materna provienen de diferentes fuentes así:

- Costa Rica: Esta ubicado en el grupo A, Países con sistema de registro civil generalmente completo (con un registro estimado de al menos el 90% de las defunciones) y con buena atribución de la causa de defunción (menos del 20% de las defunciones carece de identificación precisa del a causa).
- Argentina: Esta ubicado en el grupo B, Países con sistema de registro civil generalmente completo (con un registro estimado de al menos el 90% de las defunciones), pero con atribución incierta de la causa de defunción (entre el 20% y el 30% de las defunciones carece de identificación precisa de la causa).

- Brasil: Esta ubicado en el grupo D, Países con estimaciones basadas en RAMOS.
- Colombia: Esta ubicado en el grupo H, Países sin datos de mortalidad materna adecuados para el periodo 1995-2005.

Además, de tener en cuenta los datos de la OMS en su informe del 2005, se tomaran para la revisión datos de los diferentes informes de indicadores básicos de cada uno de los países antes nombrados.

***Tabla 3. Estimaciones de la RMM, número de defunciones maternas, riesgo a lo largo de la vida adulta y margen de incertidumbre por regiones ODM de las Naciones Unidas para 2005*.**

Región	RMM (defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos)*	Número de defunciones maternas*	Riesgo de defunción materna a lo largo de la vida*: 1 de:	Margen de incertidumbre de las estimaciones de la RMM	
				Estimación mínima	Estimación máxima
TOTAL MUNDIAL	400	536 000	92	220	650
Regiones desarrolladas**	9	960	7 300	8	17
Países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI)***	51	1 800	1 200	28	140
Regiones en desarrollo	450	533 000	75	240	730
África	820	276 000	26	410	1 400
Norte de África*****	160	5 700	210	85	290
África subsahariana	900	270 000	22	450	1 500
América Latina y Caribe	130	15 000	290	81	230
Asia	330	241 000	120	190	520
Asia meridional	490	188 000	61	290	750
Sudeste asiático	300	35 000	130	160	550
Asia occidental	160	8 300	170	62	340
Asia oriental	50	9 200	1 200	31	80
Oceanía	430	890	62	120	1 200

* La RMM y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se han redondeado conforme al siguiente esquema: <100, sin redondeo; 100–999, redondeo a la decena más próxima, y > 1000, redondeo a la centena más próxima. Las cifras de defunciones maternas se han redondeado de la siguiente manera: < 1000, redondeo a la decena más próxima; 1000–9999, redondeo a la centena más próxima, >10.000, redondeo al millar más próximo.

** Incluye Albania, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, República Checa, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Serbia y Montenegro (Serbia y Montenegro se convirtieron en entidades independientes en 2006), Suecia, Suiza, el Reino Unido, la ex República Yugoslava de Macedonia.

*** Los países CEI son Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán, República de Moldova, Federación de Rusia y Ucrania.

**** Excepto Sudán, que se incluye en el África subsahariana.

Fuente: OMS. Mortalidad materna en 2005

Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en todo el mundo, el 99% (533 000) corresponden a países en desarrollo. Algo más de la mitad de las defunciones maternas (270 000) se produjeron exclusivamente en la región del África subsahariana, seguida en cifras por el Asia meridional (188 000). Así pues, el África subsahariana y el Asia meridional contabilizan el 86% de las defunciones maternas de todo el mundo. En las amplias regiones ODM, la mayor RMM en 2005 se detectó en las regiones en desarrollo (450), en fuerte contraste con las regiones desarrolladas (9) y los países de la Comunidad de Estados Independientes (51).

Entre las regiones en desarrollo, el África subsahariana registró la mayor RMM con 900 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos en 2005, seguida del Asia meridional (490), Oceanía (430), Sudeste asiático (300), Asia occidental (160), Norte de África (160), América Latina y el Caribe (130) y Asia oriental (50). Por países, India poseía la cifra más alta de defunciones maternas (117 000), seguida de Nigeria (59 000), la República Democrática del Congo (32 000), Afganistán (26 000), Etiopía (22 000), Bangladesh (21 000), Indonesia (19 000), Pakistán (15 000), Níger (14 000), la República Unida de Tanzania (13 000) y Angola (11 000).

Estos once países contabilizaron el 65% de las defunciones maternas mundiales en 2005.Se observaron RMM de al menos 1000 en un total de 14 países, de los cuales 13 (a excepción de Afganistán) pertenecen a la región del África subsahariana. De mayor a menor RMM, estos países son: Sierra Leona (2100), Níger (1800), Afganistán (1800), Chad (1500), Somalia (1400), Angola (1400), Ruanda (1300), Liberia (1200), Guinea-Bissau (1100), Burundi (1100), la República Democrática del Congo (1100), Nigeria (1100), Malawi (1100) y Camerún (1000). En cambio, la RMM de Irlanda fue de 1.

El riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años llegue a fallecer por una causa materna) es más elevado en África (1 de 26), seguida de Oceanía (1 de 62) y Asia (1 de 120), mientras que las regiones desarrolladas presentan los menores riesgos (1 de 7300). De los 171 países y territorios para los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo estimado (con 1 de 7), en fuerte contraste con Irlanda, que registró el riesgo más bajo (1 de 48000).

Tabla 4. Razón Mortalidad Materna en Latinoamerica y el Caribe. Datos 2005-2007.

PAIS	NUMERO DEFUNCIONES MATERNAS*	RIESGO DEFUNCION MATERNA A LO LARGO DE LA VIDA 1 ENTRE*	RMM 100 mil nacidos vivos*	RMM 100 mil nacidos vivos 2007**
ARGENTINA	530	530	77	39,2
COSTARICA	24	1400	30	39,3
COLOMBIA	1200	290	130	72,7
BRASIL	4100	370	110	76,1
BOLIVIA	760	89	290	230
CHILE	40	3200	16	19,8
CUBA	61	1400	45	49,4
ECUADOR	600	170	210	85
EL SALVADOR	290	190	170	71,2
GUATEMALA	1300	71	290	148
HAITI	1700	44	670	630
HONDURAS	580	93	280	…..
MEXICO	1300	670	60	63,4
NICARAGUA	270	150	170	86,5
PANAMA	91	270	130	66
PARAGUAY	260	170	150	153,5
PERU	1500	140	240	185
PUERTO RICO	10	2900	18	….
REPUBLICA DOMINICANA	310	230	150	80
URUGUAY	11	2100	20	…..
VENEZUELA	240	610	57	59,9

Fuente: Elaboración propia a partir de *Datos obtenidos de informe 2005 mortalidad materna OMS.
** Informe de las Américas 2007

Según los datos de mortalidad materna de la OMS del 2005 América latina y el Caribe registraron 15000 muertes maternas las cuales equivalen a 2.7 % de las totales presentadas a nivel mundial. El 61.6 % de mujeres que fallecieron en América Latina y el Caribe corresponden a Sur América, siendo Brasil el país con el mayor numero de maternas fallecidas 4100 (44.3%)seguido de Perú con un 16.2% y Colombia con un 12.9%; las cuales equivalen a un 45.3 % de la total encontrada en América Latina y el Caribe. Se destaca de manera preocupante que cinco países de la región como lo son Colombia, Peru, Mexico, Haiti y Guatemala nos reporten el 46% de las muertes en América Latina y el Caribe y estas conjuntas con Brasil reporten el 2 % de mortalidad materna a nivel Mundial.

En lo que se refiere a RMM por cada 100000 nacidos vivos Argentina presenta una tasa de (77), Colombia de (130), Brasil de (110) y Costa Rica de (30) nada alentador frente a las RMM de Alemania la cual es (4), Canadá (7), Francia (8), Reino Unido de (8) e Irlanda con la mejor RMM que es de (1). En cuanto al riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años llegue a fallecer por una causa materna) , en América Latina donde se presenta menos riesgo es en Chile 1:3200 seguido de Puerto Rico 1:2900; Costa Rica presenta un riesgo de 1:1400, Argentina 1:530, Brasil 1:370 y Colombia 1:290, nada comparable con el riesgo que podría presentar una materna en un país desarrollado como Irlanda donde la relación es de 1:47600, situación contraria que viven países como lo son Sierra Leona la cual presenta una relación de 1:8 con una RMM de 2100 o India la cual registra el 21.3% del total de muertes maternas a nivel mundial presentando una RMM de 450 y un riesgo de 1:70.

***Tabla 5. Comparación de la mortalidad materna en 1990 y 2005 por regiones de los ODM de Las Naciones Unidas*.**

Región	1990*		2005*		Cambio % en la RMM entre 1990 y 2005	Cambio % anual en la RMM entre 1990 y 2005
	RMM	Defunciones maternas	RMM	Defunciones maternas		
TOTAL MUNDIAL	430	576 000	400	536 000	-5,4	-0,4
Regiones desarrolladas**	11	1 300	9	960	-23,6	-1,8
Países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI)***	58	2 800	51	1 800	-12,5	-0,9
Régions en développement	480	572 000	450	533 000	-6,6	-0,5
África	830	221 000	820	276 000	-0,6	0,0
Norte de África******	250	8 900	160	5 700	-36,3	-3,0
África subsahariana	920	212 000	900	270 000	-1,8	-0,1
América Latina y Caribe	180	21 000	130	15 000	-26,3	-2,0
Asia	410	329 000	330	241 000	-19,7	-1,5
Asia meridional	620	241 000	490	188 000	-21,1	-1,6
Sudeste asiático	450	56 000	300	35 000	-32,8	-2,6
Asia occidental	190	8 500	160	8 300	-16,2	-1,2
Asia oriental	95	24 000	50	9 200	-47,1	-4,2
Oceanía	550	1 000	430	890	-22,2	-1,7

* Las estimaciones de 1990 se revisaron utilizando la misma metodología empleada para 2005, lo que permite su comparación. La RMM y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida se han redondeado conforme al siguiente esquema: <100, sin redondeo; 100–999, redondeo a la decena más próxima, y > 1000, redondeo a la centena más próxima. Las cifras de defunciones maternas se han redondeado de la siguiente manera: < 1000, redondeo a la decena más próxima; 1000–9999, redondeo a la centena más próxima, >10 000, redondeo al millar más próximo.
** Incluye Albania, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, República Checa, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Serbia y Montenegro (Serbia y Montenegro se convirtieron en entidades independientes en 2006), Suecia, Suiza, el Reino Unido, ex República Yugoslava de Macedonia.
*** Los países CEI son Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Federación de Rusia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.
**** Excepto Sudán, que se incluye en el África subsahariana.

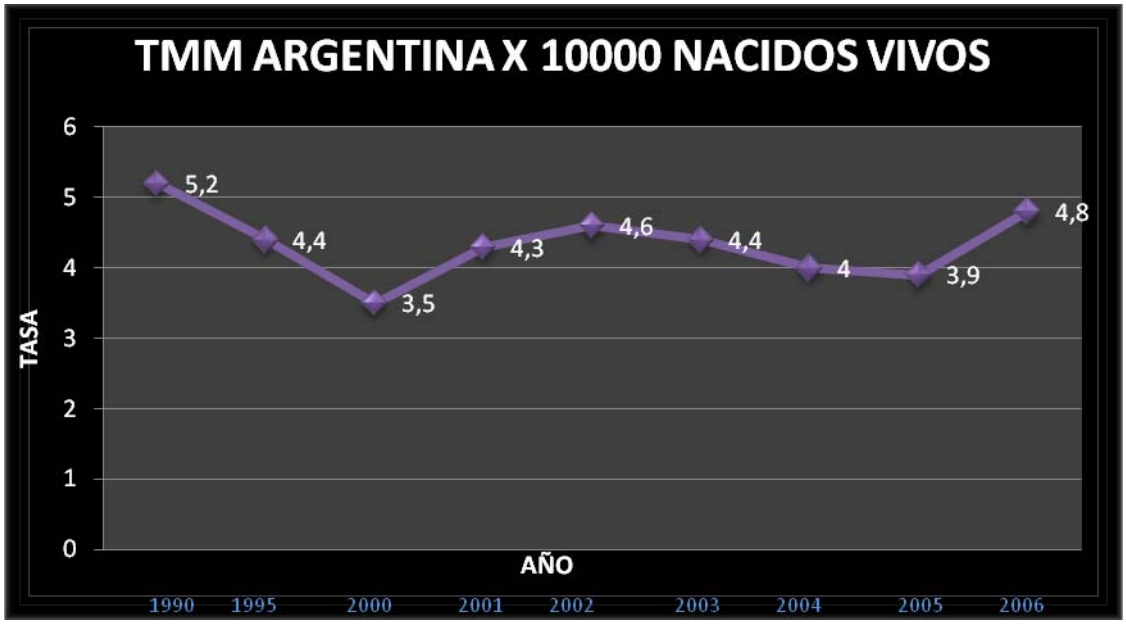
Fuente: OMS. Mortalidad materna en 2005.

A nivel mundial, se registró un descenso del 5,4% en la RMM entre 1990 y 2005. El Asia oriental registró el mayor descenso (47,1%) frente al del África subsahariana (1,8%). A diferencia de las otras regiones ODM, el África subsahariana experimentó un aumento del número de defunciones maternas (de 212 000 en 1990 a 270 000 en 2005) con un incremento concomitante del número de nacidos vivos (de 23 millones en 1990 a 30 millones en 2005), lo que se tradujo en una modificación de la RMM insignificante entre 1990 y 2005.

En América Latina y el Caribe se registro un descenso de 26.3% en la RMM entre 1990 y 2005 pasando de 21000 muertes maternas en 1990 a 15000 en 2005.

A continuación se describen las RMM de 1990 a 2005 de Brasil, Argentina, Costa Rica y Colombia.

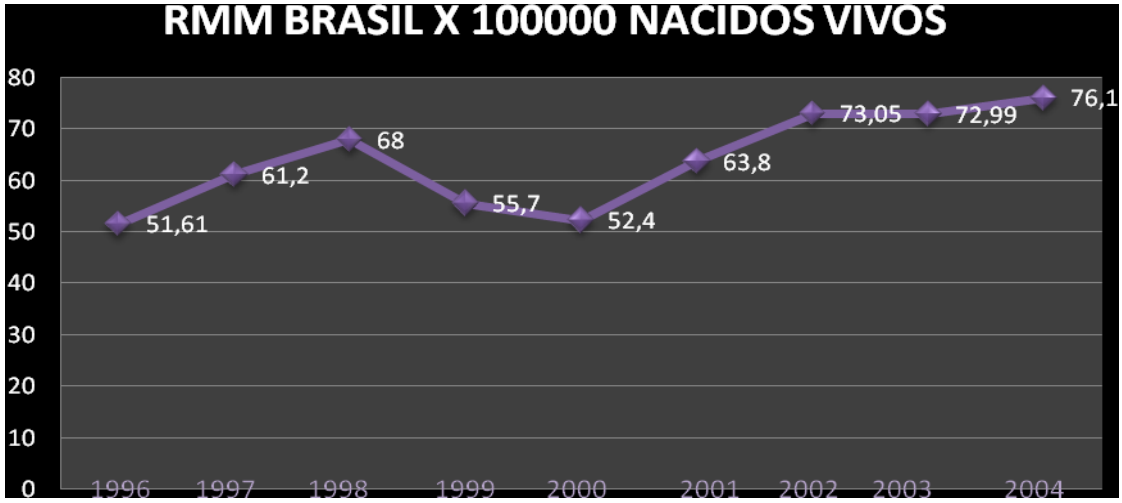
***Grafico 2. Argentina*.**



Fuente: Elaboración propia a partir Datos obtenidos indicadores Básicos situación de salud en Argentina 1990-2006.

En la Argentina se registro la TMM mas alta en el año 1990 (5,2), la más baja en el 2005 (3.5), comparando la más alta con la obtenida en 2006 se presenta un descenso de 52 muertes por cada 100 mil nacidos a 48 en el transcurso de 16 años.

***Gráfico 3. Brasil*.**



Fuente: Elaboracion propia a partir de datos obtenidos del Ministerio de Salud / SVS – Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC) y Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM), 1996-2004.

En Brasil según los datos registrados la RMM por cada 100 mil nacidos vivos ha pasado de 51,61 en el año 1996 a 76,1 en el año 2004, mostrando su mayor descenso en el 2000 donde se presento una RMM de 52,4.

***Gráfico 4. Colombia*.**

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Indicadores Básicos Colombia 1990-2005.

Según datos del DANE en Colombia se paso en 1990 de 541 muertes maternas a 526 en el 2005, teniendo la mayor mortalidad en el año 2000 donde se presentaron 790 muertes maternas y una RMM DE 105 por cada 100 mil nacidos vivos, la menor se presento en el año de 1997 con un total de 420 muertes.

***Gráfico 5. Costa Rica*.**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de INEC-Unidad de Información Estadística M. Salud 1992-2007.

En Costa Rica las tasas de mortalidad materna por cada 10 mil nacidos vivos más altas se presentaron en los años 1994 (3,9) y 2006 (3,93) en los cuales presentaron 31 y 28 casos; las más bajas se registraron en el 2007 con una tasa de 1,91 muy similar a la presentada en 1992 la cual era de 2,2 que correspondían a 18 casos frente a los 14 de 2007.

La mortalidad materna, refleja la gran brecha que existe entre los países desarrollados en relación con los países en desarrollo, tanto en razón de mortalidad materna como en el riesgo que tiene la mujer durante la edad fértil.

2. PROGRAMAS DE SALUD MATERNA

Uno de los indicadores gruesos de calidad de un sistema de salud ha sido la reducción de la mortalidad materna, que en la décadas anteriores se convirtió no solo en un problema de salud sino en todo un reto institucional por disminuir dichas cifras; en los países en vía de desarrollo es llegar a cumplir con metas en los cuales puedan reducir la morbi mortalidad materna. A través del tiempo muchas herramientas se han diseñado para poder tener un instrumento que reúna los elementos que complementen el cuidado integral de las gestantes , esa herramienta que ha sido instaurado por los países latinoamericanos es el control prenatal , una herramienta que tiene no solo los elementos biológicos propios de esta etapa , sino que además reúne aspectos que deben ser explorados por las instituciones y profesionales de la salud responsables del cuidado de la mujeres embarazadas, el control prenatal se hace sistemático, a toda la población de gestantes y se convierte no solo en instrumento de corte preventivo sino que sirve como generador de información poblacional de las gestantes, para a través de ella generar nuevos conocimientos en dicha etapa, que redunden en el bienestar de la población de maternas .

Se entiende por control prenatal la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de lo grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Atributos del CPN. Idealmente, la atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad (19).Para cumplir con ello, existe un modelo estándar de CPN, el cual debe consultar la embarazada tan pronto tenga la primera amenorrea y continuar consultando una vez al mes durante los primeros seis meses del embarazo, cada

dos semanas en los dos meses siguientes y una vez por semana, durante el último mes, hasta el parto.(20)

En 2003, la OMS adoptó un modelo básico de CPN para embarazo de bajo riesgo con menor número de consultas.(21). Aunque el modelo no demostró tener mejores resultados que el esquema convencional, el hecho de no haberse presentado aumento de complicaciones permite considerar que lo ideal es programar cada consulta con objetivos particulares en lugar de la práctica habitual.(22) Ahora bien, en varias oportunidades se ha intentado medir estos atributos a través de los estudios de evaluación de la calidad del CPN pero el concepto de calidad no está estandarizado y, además, el CPN tiene diferentes variables y momentos en los cuales puede ser evaluado.

La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud. Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo. Evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y establecer en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo.

El énfasis en la precocidad de la primera consulta es mayor a medida que los procedimientos de laboratorio y para clínicos permiten certificar el diagnóstico de embarazo a edades más tempranas y que los conocimientos y tecnologías colaboran en despistar patologías poco aparentes - subclínicas- y que se amplia la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones.

Así es posible realizar acciones oportunas tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional, indicar restricción de los esfuerzos físicos, de la exposición a tóxicos ambientales, reducción o supresión del hábito de fumar, del consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos y drogas no esenciales.

En el primer contacto se buscan factores de riesgo en los antecedentes personales médicos y obstétricos y en el curso de la gestación actual. Existen condiciones como la retención de la placenta.la hemorragia posparto y el embarazo múltiple que tienden a recurrir con alta frecuencia.

Al profesional interviniente le corresponde determinar el estado de salud basado en el examen físico general, abdominal y pélvico, complementando la historia clínica general y los antecedentes reproductivos, tratando de definir cual es el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado para la asistencia. Se plantean y programan en consecuencia una serie de estudios de rutina y otros dirigidos. En etapas iníciales pruebas simples de detección permiten diagnosticar anemia, isoinmunizacion, lúes, diabetes, infección urinaria, así como otras enfermedades medicas o condiciones desfavorables. La detección de otras patologías especificas (malaria, parasitosis, SIDA, etc.,)son aplicables en grupos expuestos de riesgo mayor.

En condiciones de alta cobertura en el prenatal y de baja mortalidad fetal y neonatal, puede considerarse la detección de malformaciones congénitas y de errores de metabolismo. El beneficio potencial de la detección de estados iniciales de las patologías se minimiza por la concurrencia tardía de la gestante o por falta de medios apropiados. Esta entrevista inicial es quizás la más importante, ya que la gestante toma contacto con frecuencia por única o primera vez en su vida con el equipo de salud, y se entera de detalles de su plan de asistencia.

La identificación de factores o condiciones de riesgo reconocidos desde la primer consulta pueden llevar a internaciones para completar diagnósticos o para efectuar tratamientos y también hacer abandonar el canal rutinario para pasar a la atención especializada. Las consultas especializadas y sus controles posteriores, se rigen habitualmente por las normas de Alto Riesgo y en general requieren de

personal mas diferenciado, con mayor disponibilidad de tiempo por paciente y con capacidad para recurrir a tecnología especial. Ya superadas o resueltas algunas de las condiciones del riesgo, la gestante puede volver al control prenatal de bajo riesgo.

Las subsecuentes contactos están dirigidos a controlar los cambios fisiológicos que el proceso reproductivo imprime en la madre y a verificar que el crecimiento y desarrollo del nuevo ser se efectué dentro de los carriles esperados para su etapa intrauterina. Se tratan de pesquisar complicaciones importantes como la pre eclampsia, las alteraciones del crecimiento intrauterino y las presentaciones fetales anómalas que suelen ser poco o nada sintomáticas. Intervenciones oportunas pueden prevenir consecuencias desfavorables para el feto y la madre.
Las últimas consultas tienden a evaluar los riesgos del-parto propiamente dicho, considerando la adecuación fetal con la pelvis materna. la evolución del embarazo y la historia de los eventos reproductivos anteriores.

En cada oportunidad, se evalúa Riesgo y se emplea tiempo para administrar contenidos educacionales que promuevan mayor confianza y preparación sicofísica materna y despierten el alerta sobre problemas agudos como dolor abdominal, hemorragia genital. ruptura prematura de las membranas ovulares. contractibilidad uterina de parto. que requieren una vida rápida de acceso para su asistencia. Se debe favorecer el uso del periodo prenatal y de los contactos de la gestante con el equipo de salud para consolidar la relación con la familia, y capitalizar esta oportunidad única por su estimulo y receptividad para emplearla en educación para la salud. Muchos de los contenidos y mensajes administrados a la gestante durante el control del embarazo son sólidos también para todo el núcleo familiar.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por si ambulatorio, no se precisa de instalaciones costosas, de aparatos complicados, ni de laboratorio

sofisticado: pero si se requiere del uso sistematizado de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y del empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor del esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de complejidad, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Dada la diversidad de componentes y acciones que se resume el control prenatal y por ser el mismo un componente de otras acciones generales en salud, es muy difícil individualizar su posible responsabilidad en los efectos.

Además de la reducción de algunos puntos de las tasas de mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto aun más difícil de medir pero no menos importante. Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, el mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control de crecimiento y del desarrollo del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar que conocer el plan de vacunación, etc., son ejemplos de beneficios colaterales.

Hay que reconocer que el control prenatal implica gastos para el sistema de salud y tiempo fuera del trabajo para la gestante y sus parientes próximos. En un estudio de costo-beneficio realizado en 1985 en Estados Unidos de Norteamérica se estimo que cada dólar invertido en el control prenatal de gestantes en riesgo social, reditúa una reducción de 3,4 dólares de gastos en asistencia médica directa en el primer año de vida. Esta disminución de costo se vincula a la reducción de la tasa de bajo peso al nacer.

Además se pueden encontrar algunas restricciones, factores que se asocian a captación tardía e insuficiente control prenatal: la adolescencia, la baja escolaridad, la condición de soltera o abandonada, la gran multiparidad, residencia alejada, el ingreso familiar insuficiente, el pertenecer a grupos minoritarios segregados.

Son barreras para el control prenatal efectivo: su costo, cuando no es gratuito para el usuario; a esto hay que agregar gastos de transporte, perdida de horas laborales, etc.; la inadecuada capacidad del sistema de salud, problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmosfera con que se brinda el control, barreras de orden cultural, el descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control. Es poco probable que cortas visitas despersonalizadas que incluyen un muy somero examen efectuado por un profesional desconocido y hosco, a una gestante marginada y con problemas sociales, que ha sufrido una larga e incómoda espera, mejoren el resultado perinatal, satisfagan expectativas y promuevan acercamientos.

Algunas de las barreras e impedimentos trascienden el accionar del equipo de salud, pero es de su responsabilidad ofrecer un buen producto que satisfaga a los usuarios y a sus integrantes. Las embarazadas corresponden, anualmente a 2-5% de la población y constituyen un grupo fácilmente reconocible y de gran vulnerabilidad. Aportarles el beneficio de una asistencia sencilla, programada que

actúa sobre el núcleo familiar y que protege al niño desde su origen, es una obligación de los sistemas de salud.

Una forma lógica y efectiva de abordar los problemas de salud perinatal, es la aplicación del enfoque de riesgo. La utilización de este enfoque, obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada, de modo que quienes más lo necesiten reciban mayor atención en forma proporcional a su riesgo. Como en otros campos de la salud, la atención perinatal determina que la embarazada, el parto y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad que su riesgo requiera, asegurando un nivel mínimo de atención para los de menor riesgo, accesible a toda la población susceptible. Para que se cumpla este objetivo es preciso que las actividades asociadas al cuidado prenatal, a la atención del parto y del recién nacido estén adecuadamente normatizadas.

La mayor proporción de los embarazos y partos son de bajo riesgo, pero su calificación de tal es el producto de una cuidadosa evaluación durante la gestación y durante el trabajo de parto.

Para que esta evaluación alcance a todas las embarazadas, es preciso amplia la cobertura del cuidado prenatal y de la atención institucional del parto. La normatización de estas actividades aumenta la eficiencia en el uso de los recursos y permite extender la cobertura, concentrando los recursos en quienes más lo puedan precisar.

La formulación de estrategias apropiadas para enfrentar el alto riesgo, requiere de la normatizacion de las actividades de bajo riesgo. Una consecuencia necesaria del enfoque de riesgo, es lograr resolver los problemas en el nivel de menor complejidad posible, evitando la referencia exagerada de madres a los niveles más complejos. Para ello, las normas de bajo riesgo, deben contener acciones destinadas a resolver problema con tecnologías sencillas. Cuando es pertinente,

se debe proponer la referencia de la madre al nivel de atención según normas de alto riesgo. Esto puede implicar el traslado a otra institución o la aplicación de las normas de la misma institución para casos de riesgo mayor.

***Tabla 6. Características Control Prenatal Según El Grado De Riesgo*.**

POBLACIÓN A ASISTIR	NIVEL DE ATENCION	PERSONAL	CONTROL DURANTE EL EMBARAZO
BAJO RIESGO	Centro de Salud Actividad Domiciliaria	Enfermera Obstétrica Partera bajo supervisión por medico general o medico obstetra	Métodos clínicos y laboratorios sencillos
ALTO RIESGO	Hospital de Mediana Complejidad.	Medico obstetra y otros especialistas.	Métodos Clínicos y de laboratorio de alguna complejidad.
ALTO RIESGO (No valorable por el nivel anterior)	Hospital de alta complejidad (Cuidados Intensivos)	Obstetra/ Neonato logo y otro personal especializado	Métodos Clínicos y electrónicos de alta complejidad.

FUENTE: Elaboración propia datos obtenidos Boletín del centro latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano. Vol. 3.No 10 de 1990.

La regionalización, necesaria para la adecuada aplicación del enfoque de riesgo, debe considerar un sistema apropiado de referencia y de contra referencia. Las situaciones que pueden presentarse en condiciones de escasa accesibilidad geográfica o financiera, o de problemas familiares requieren ser consideradas en la adecuación local de las normas con participación comunitaria. Pueden incorporarse métodos apropiados de comunicación (teléfono, radio, etc) para facilitar la consulta en momentos de duda.

***Tabla 7. Control Prenatal Objetivos y Actividades*.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES PROPUESTAS
Obtener bases para planificar el control prenatal de la población	Empleo de un sistema informático perinatal
Definir la población afecta las normas	Evaluación del riesgo perinatal. Aplicación de instrumentos identificadores de riesgo.
Conocer información relevante del embarazo	Interrogatorio (Anamnesis) Registro de antecedentes. Medición de peso y talla materna
Evaluar el estado nutricional y el incremento de peso durante la gestación.	Determinación de la edad gestacional amenorrea y de la fecha probable del parto.
Fijar un cronograma de las actividades del control	Vacunación antitetánica
Prevenir el tétanos neonatal y puerperal	Determinación de grupo sanguíneo y del factor Rh
Pesquisar la posible incompatibilidad sanguínea materno feto neonatal	Examen Físico general.
Evaluar el estado clínico general la adaptación al embarazo y la posible presencia de patologías.	Examen de mamas.
Detectar alteración del pezón y posible patología tumoral.	
Detectar posibles procesos sépticos dentales para su posterior tratamiento	Examen odontológico.
Detectar posibles distocias pélvicas para definir el nivel de atención del parto	Evaluación de la pelvis.
Confirmar el Embarazo	Diagnostico de Embarazo.
Buscar signos de certeza o probabilidad de embarazo.	Examen ginecológico.
Detectar precozmente patología gineco-obstetrica.	Papanicolau.colposcopia
Detectar precozmente la sífilis materna	
Prevenir la lúes congénita.	Detección y tratamiento sífilis materna.
Detectar precozmente y prevenir la anemia materna	
Descartar proteinuria, glucosuria, y cuerpos cetonicos en la orina.	Determinación de la hemoglobina y administración de hierro y de Acido fólico.
Identificar las infecciones del tracto Urinario.	Examen de orina.
Pesquisar:	
La Hipertensión previa al embarazo	Urocultivo.
El síndrome de Hipertensión Inducida por el embarazó	
Hipertensión Arterial	
Detectar alteraciones del crecimiento fetal	Determinación de la Presión Arterial.
Detectar precozmente el embarazo múltiple para evitar complicaciones	
Identificar Diabetes Mellitus Clínica y Gestacional	Evaluación del crecimiento fetal.
Pesquisar las presentaciones fetales anormales	Diagnostico del número de Fetos.
Confirmar la existencia de vida fetal	
	Determinaciones de glucemia y toma e pruebas tolerancia a la glucosa.
	Diagnostico presentación Fetal.
	Diagnostico de vida fetal

Fuente: Elaboración propia datos obtenidos Boletín del centro latinoamericano de Perinatología y desarrollo Humano. Vol. 3.No 10 de 1990.

A continuación, se presentan los reportes de algunos estudios que han medido uno o varios atributos del CPN. En un primer estudio, se calificó la percepción de la calidad del CPN como buena en 68% de los casos y, por su parte, tanto el número de las consultas como el momento de las mismas fueron calificados como adecuados en 50% de los casos. (23)

Otra encuesta reportó que la cobertura de atención prenatal por parte del médico fue de 87%, por parte de la enfermera 7% y sin atención 6%.(24). Asimismo, sólo 64% de las embarazadas dijeron haber recibido información sobre complicaciones en el embarazo, y sólo a 35% les ordenaron prueba de tamizaje para Virus de la Inmudeficiencia Humana (VIH). De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del CPN reducirían en 80% las muertes evitables.(25)

En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, con CPN adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1,1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.(26). Por tanto, dada la dificultad para evaluar todos los atributos del CPN y las múltiples interacciones entre las necesidades de las madres y los niños, hay quienes proponen que los programas deben comprender un *continuum* en la atención de la mujer embarazada y su producto.(27). Por otro lado, aunque la mayoría de modelos de CPN no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres. (28)

A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del CPN, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. (29). Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, (30) lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto.

Adherencia al CPN. En este punto, se debe tener en cuenta la adherencia de la embarazada, las instituciones de salud y los profesionales que prestan la atención

prenatal. La de la embarazada al CPN comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas. La OMS considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN. (31).

Otros estudios han reportado prevalencias de 69% y 38,8%,y una mediana de 4 consultas por gestante.(32). Entre los factores asociados a la baja adherencia al CPN se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico.(33). La asistencia a CPN, por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos. (34).

Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan mejor CPN, algunas incluso con excesiva medicalización. (35)

En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más de12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio.(36)

Ahora bien, un punto muy importante en el logro de la adherencia a los programas, es la participación de la comunidad. Esta estrategia se vio reflejada en los resultados de un estudio que mejoró la asistencia de las gestantes al hospital.(37) En una revisión sobre el uso de servicios de salud materna, se encontró una amplia variación parcialmente relacionada con la financiación y la organización de la atención. De ahí la necesidad de evaluar las características de cada contexto. (38)

De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud.(39) Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal.(40)

Necesidades de investigación. La vigilancia en salud pública se encarga de registrar, notificar y analizar los casos de muerte materna y perinatal con el fin de orientar medidas de prevención y control (41). El análisis de los casos involucra la evaluación de la atención prenatal, lo cual permite identificar aspectos relacionados con la calidad del CPN y la disposición de servicios oportunos y adecuados para la atención de la gestante. (42).

Existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad del CPN, conocimientos, percepciones y prácticas de las gestantes y los profesionales de salud con respecto a la atención prenatal; por lo que las recomendaciones de estudios previos se centran en enfocar la investigación sobre adherencia al CPN tanto en gestantes como en el personal de salud;(23) (34) así como en la calidad,(29).en los resultados del cuidado materno(43) y en comprender los factores socioculturales que influyen en la salud materna, incluyendo asuntos de género, equidad y trabajo; (44).sin olvidar evaluar también, el contexto específico (34)y la relación entre la violencia doméstica y la ausencia de CPN o la demora en buscarlo.(23)

También es necesario conocer si las embarazadas adquieren la competencia para identificar tempranamente los signos de alarma, si saben a dónde acudir en caso de complicaciones, si tienen redes de apoyo, si cuentan con servicios de salud adecuados y si conocen los requisitos para ser atendidas, con el fin de evitar

demoras.(45) Por lo tanto, es perentorio realizar estudios poblacionales, colaborativos y multicéntricos entre países, que permitan, además de comparar, diseñar intervenciones, trabajar conjuntamente haciendo énfasis en la prevención,(46) involucrar la participación de la comunidad y realizar ensayos comunitarios. (34).con el fin de probar estrategias exitosas de cumplimiento de los atributos del CPN. El CPN es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención.

Ahora bien, a pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios, los cuales han sido poco estudiados, e incluyen barreras estructurales evidenciadas por la diferencia de acceso según el estrato socioeconómico. De igual manera, dada la complejidad del CPN, es difícil evaluar todos sus atributos a la vez. Por esto, la propuesta es iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al CPN; preferiblemente, realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al CPN, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad. Esto daría algunas pistas para diseñar y evaluar programas exitosos a nivel comunitario; y también permitiría evaluar la adherencia de los trabajadores de la salud, las instituciones que prestan los servicios y la participación de la comunidad. Además, se debe tener en cuenta que el CPN por sí solo no es suficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad, ya que no siempre se pueden predecir ciertas complicaciones del parto y puerperio, por lo cual es necesario que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad.

A continuación se dará a conocer cada uno de los programas de Salud Materna de los países involucrados en esta revisión.

2.1 COLOMBIA

2.1.1 Norma Técnica Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo.

2.1.1.1 Justificación. La tasa de mortalidad materna en Colombia para 1994 fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son evitables.

Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

2.1.1.2 Definición. Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

2.1.1.3 Objetivos.

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo bio-psico-sociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

2.1.1.4 Población Objeto. Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

2.1.1.5 Características Del Servicio. Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutiva y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos. (47)

2.1.2 Plan De Choque Para La Reducción De La Mortalidad Materna.

2.1.2.1 Propósito Y Contexto Del Plan De Choque. Este plan de choque apunta a reforzar la garantía de los derechos humanos de las mujeres con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la vida. Con base en el diagnóstico y los análisis anteriores, su propósito general es contribuir de manera eficaz y eficiente a la reducción de algunas de las causas de la mortalidad materna y de los factores de riesgo y en la modificación de algunos de los efectos de las determinantes sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna.

Es importante anotar que si bien en el plan de choque se hace énfasis en acciones de movilización social, comunicación y vigilancia y control, existe un sin número de acciones que deben desarrollarse dentro de las funciones propias de cada sector o institución involucrada y que tienen que realizarse de manera continua y efectiva, ya que su influencia es directa en las condiciones actuales y futuras de la reducción de la mortalidad materna, tal y como se mencionó en el marco normativo. Este es el caso de todas las estrategias que se enfocan en el mejoramiento en las condiciones para el fortalecimiento de las asociaciones y ligas de usuarios, la formación y capacitación del recurso humano en salud, el desarrollo de otras acciones de salud sexual y reproductiva como la planificación

familiar, la prevención de las ITS VIH/Sida y la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual, entre otras.

2.1.2.2 Objetivos Del Plan De Choque. Fundamentalmente este plan de choque tiene tres objetivos relacionados entre sí:

1. Posicionar el tema de la mortalidad materna en la agenda pública.
2. Visibilizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en la reducción de la mortalidad materna.
3. Contribuir a que se reduzca la mortalidad materna en el país.

2.1.2.3 Alcance Del Plan De Choque. Este plan de choque se realizará en nueve meses. Como su nombre lo indica, las acciones de corto plazo contempladas en él tienen como finalidad generar un movimiento inicial fuerte que sea un punto de partida para estrategias y acciones de más largo alcance. En otras palabras, este plan busca desencadenar acciones que lleven a un mayor cumplimiento de las normas, a revisar los modelos y a definir y mantener estrategias para el mediano y largo plazo. En este plan, se priorizan acciones viables y factibles en el periodo de tiempo asignado, reconociendo que existen gran cantidad de acciones no incluidas aquí cuyo desarrollo implicaría un periodo de tiempo más extenso que el inicialmente propuesto.

2.1.2.4 Áreas De Acción. Se han determinado dos áreas de acción prioritarias para la implementación de este plan. La primera tiene que ver con la comunicación y movilización social para sensibilizar al país frente al tema y la segunda corresponde a acciones que permiten monitorear las directrices que ya han sido formuladas por los entes rectores y controlar a los actores responsables de su ejecución.

Estas dos líneas de acción han sido priorizadas sobre otros temas ya que se considera que pueden impulsar otras acciones que se encuentran en desarrollo y otras que se realizarán en fases posteriores.

2.1.2.5 Temas Del Plan De Choque. En el contexto de las áreas prioritarias del plan de choque, se trabajará fundamentalmente en los siguientes temas:

Comunicación y movilización social:

1. Indiferencia social ante la mortalidad materna
2. Barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.
3. Discriminación positiva de la mujer gestante en la vida cotidiana,
4. Falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo
5. Detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.

Fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional:

1. Vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios,
2. Vigilancia del cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención y de los indicadores de gestión (cumplimiento y centinela de calidad) en relación con la planificación familiar, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y sus complicaciones,
3. Vigilancia en salud pública de la mortalidad materna.
4. Evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna.

2.1.2.6 Actores Involucrados. Las acciones que van a desarrollarse se dirigen a todos los sectores del país con énfasis en el sector de la salud. El Ministerio de la

Protección Social y los demás actores del SGSSS son quienes liderarán e impulsarán las acciones del plan de choque y, de conformidad con sus competencias, realizarán las acciones de seguimiento y vigilancia de las estrategias planteadas.

Los protagonistas involucrados de acuerdo con las competencias y responsabilidades estipuladas en la normatividad vigente cumplirán con sus funciones. Dichos protagonistas son:

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado
- (ARS).
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).
- Los gobernadores y alcaldes.
- De otra parte, es importante vincular otras instancias que pueden impulsar el trabajo:
- Las Agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el tema.
- La empresa privada.
- Las ONG y la sociedad civil.
- La academia y las sociedades científicas.

2.1.3 Indicadores y Evaluación. En general, se proponen indicadores de proceso que puedan medir la capacidad del plan de concertar voluntades en torno al tema de la reducción de mortalidad materna (por ejemplo, número de entidades que suscriban el pacto por la reducción de la mortalidad materna al que se convocará en ocasión del lanzamiento del plan,15 número de programas de televisión en el que participaron funcionarios, número de emisoras de radio que se sumaron a las

campañas, número de EPS que proporcionaron recursos para la realización de las acciones, número de EPS, ARS y DTS que participan en el plan de choque con acciones concretas al interior de cada una, IPS que se encuentren realizando acciones de mejoramiento de la calidad en la atención obstétrica, entre muchos otros). Sin embargo, vale la pena anotar que, de hecho, se deben construir muchos más indicadores de acuerdo con cada uno de los proyectos que se formulen a partir de las principales líneas de acción de este plan.

El indicador planteado para medir el impacto en el tema de reducción de mortalidad materna es el número absoluto de muertes maternas en los nueve meses en los que se desarrollará el plan por entidad territorial, por EPS y por ARS. Esto implica establecer una línea de base y hacer un seguimiento y monitoreo por mes a cada una de las entidades vinculadas al plan, en el entendimiento de que en el período de tiempo para el que está planteado el plan este indicador puede no mostrar una reducción muy sensible. En cuanto a la gestión, es importante hacerles seguimiento y evaluación a los actores del SGSSS (EPS, ARS, DTS) que se han comprometido con el plan y han implementado acciones consecuentes con éste en sus entidades.

También es importante recordar que ya existen indicadores para hacer seguimiento a acciones concretas dentro del Plan Obligatorio de Salud como los indicadores de cumplimiento de las normas técnicas, especialmente los enfocados en las actividades de planificación familiar, atención del embarazo, atención del parto institucional y del puerperio. De igual manera, el indicador centinela de calidad, número de muertes maternas en cada una de las EPS o ARS, y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) como parte del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras permitirán evidenciar la situación en la población asegurada.

2.1.4 Acciones De Comunicación Y Movilización Social.

2.1.4.1 Tema: Indiferencia Social Ante La Mortalidad Materna.

Estrategia: Realizar campañas de sensibilización frente a la mortalidad en medios masivos de comunicación social (televisión, prensa, radio) de cubrimiento nacional y regional. 17

Barrera: El público en general tiene un bajo nivel de sensibilidad y conocimiento frente al tema de la mortalidad materna.

Objetivo: Sensibilizar al público en general frente a la mortalidad materna con miras a que cada quien asuma sus responsabilidades frente al tema de la reducción de la misma.

Acción: Realizar una campaña de un mes de duración en los medios masivos de comunicación de cobertura nacional y regional de carácter privado (televisión, radio, prensa) tendiente a aumentar el grado de sensibilidad del público en general frente el tema de la mortalidad materna. Esta campaña se centra en los programas/columnas de opinión, y no implica una campaña de anuncios pagados. Durante estas intervenciones debe darse información explicada sobre las cifras y los datos de mortalidad materna en Colombia y deben darse a conocer crónicas que muestren cómo ocurre la mortalidad materna en nuestro país.

Acciones relacionadas:

- Realizar/ conseguir una base de datos de los programas/columnas de opinión que se emiten/ publican en los canales de televisión de cobertura nacional y regional, en los periódicos de cubrimiento nacional y regional en las cadenas básicas y regionales de radio.
- Invitar a los directores/ editores / escritores de estos programas/columnas a una
- presentación liderada por funcionarios de alto nivel del Ministerio de la Protección Social (para el nivel nacional) y de las Direcciones Territoriales de Salud (para el nivel regional) en la que se discuta con ellos el tema de la

mortalidad materna. Para esta reunión deben preparase materiales impresos (tipo boletines de prensa u hojas de hechos) para distribuirles a los medios con el fin de que los participantes puedan llevarse información concreta sobre el tema y preparar los programas/columnas en los que el tema vaya a discutirse. Estos materiales impresos, además de mostrar datos y cifras veraces, confiables y explicados, deben incluir crónicas de muertes maternas tomadas de la realidad.

- Realizar acuerdos con la empresa privada dueña de los medios masivos de comunicación para que apoyen la divulgación del tema en los medios que poseen. Para esto se propone realizar una reunión de trabajo con los directores / dueños de los medios masivos de comunicación de cubrimiento nacional para comprometerlos con el tema de la campaña.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social/ Direcciones Territoriales de Salud**: encargados de liderar la campaña con los medios de cobertura nacional, conseguir los compromisos necesarios por parte de los diversos actores y preparar las reuniones y materiales derivados de esta campaña. En este punto se recomienda revisar materiales que ya se hayan hecho y que estén probados para incluirlos en los paquetes se les entreguen a los medios.
- **Directores / editores de programas/columnas de opinión en medios masivos de comunicación de cobertura nacional y regional (televisión, radio, prensa)**: encargados de contribuir en la exitosa realización de la campaña.
- **Empresarios (directores / dueños) de los canales de televisión, cadenas de radio y periódicos de cobertura nacional y regional**: encargados de comprometer a su medio en la campaña.

2.1.4.2 Tema: Barreras Administrativas Al Control Prenatal Adecuado E Integral Y La Atención Adecuada E Integral Del Parto Con Y Sin Complicaciones.

Estrategia: Realizar acciones de comunicación al interior de las IPS para que se minimicen las barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

Barrera: Los actores institucionales de las IPS (personal administrativo, de servicio y médico) tienen un bajo nivel de sensibilidad ante la mortalidad materna, lo cual lleva a que interpongan barreras administrativas a las mujeres que acuden a controles prenatales y atención del parto.

Objetivo: Sensibilizar a los actores institucionales de las IPS frente al tema de los derechos de las mujeres gestantes con miras a minimizar las barreras administrativas que obstaculizan el control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

Acción A: Posicionar a través reuniones de todo el personal que trabaja en las IPS la noción de que no se deben interponer barreras administrativas al control prenatal y el parto con y sin complicaciones, en el contexto del derecho a la vida. Para estas reuniones debe elaborarse un folleto que contenga los derechos que tienen las mujeres gestantes. Así mismo, debe elaborarse un afiche que contenga estos mismos derechos que debe ser fijado en las salas de urgencia y en los servicios de atención ginecoobstétrica.

Acciones relacionadas:

- Sensibilizar a las directivas de las IPS frente al tema del derecho a la vida de las mujeres gestantes y comprometerlas a realizar las reuniones y materiales impresos propuestos.
- Para la elaboración de los materiales impresos con los derechos de las mujeres gestantes se hace necesario elaborar el listado y escribirlo en lenguaje de fácil comprensión.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: encargado de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las asociaciones nacionales de IPS.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de IPS regionales y/o locales.
- **Personal directivo de las IPS**: encargados de llevar a cabo las reuniones con su personal, de elaborar y distribuir los materiales impresos y de velar porque se cumpla con los compromisos pactados.

Acción B: Posicionar a través de reuniones de todo el personal que trabaja en las IPS, con especial énfasis en médicos/as y enfermeros/as, la noción de que no se deben interponer barreras administrativas ni de ninguna índole a la atención de las complicaciones del aborto. El objetivo de estas reuniones es posicionar la noción de que las mujeres que acuden a los servicios de salud por complicaciones del aborto también deben recibir una atención digna y humanitaria.

Acciones relacionadas:

- Sensibilizar a las directivas de las IPS frente al tema del derecho a la vida de las mujeres que acuden a los servicios por complicaciones del aborto y comprometerlas a realizar las reuniones propuestas. Esta sensibilización puede lograrse a través de reuniones y/o comunicados emitidos por funcionarios de alto nivel tanto del Ministerio de la Protección Social como de las Direcciones Territoriales de Salud.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: encargado de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las asociaciones de IPS.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de liderar la propuesta y de conseguir compromisos por parte de las IPS regionales y/o locales.
- **Personal directivo de las IPS**: encargados de llevar a cabo las reuniones con su personal y de velar porque se cumplan los acuerdos logrados en éstas.

2.1.4.3 Tema: Discriminación Positiva De La Mujer Gestante En La Vida Cotidiana.

Barrera: No se ha posicionado en la sociedad en general la importancia de la protección en términos de prácticas sociales de la gestante en el contexto de los derechos de las mujeres y las consecuentes acciones de discriminación positiva en la vida cotidiana.

Estrategia: Promover, mediante acciones de comunicación social, acciones de discriminación positiva de la mujer gestante en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares y transporte públicos, establecimientos comerciales, etc.

Objetivo: Sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre los derechos de la mujer embarazada en términos de la discriminación positiva en la vida cotidiana.

Acción: Elaborar una señal para ubicar en los medios masivos de transporte (Transmilenio, Metro, buses y busetas de servicio municipal, intermunicipal e interdepartamental) y en las estaciones de transporte, paraderos de buses, centros comerciales y oficinas públicas y/o privadas indicando que se le debe siempre ceder el puesto o el turno a las mujeres gestantes.

Acciones relacionadas:

- Hacer una convocatoria a expertos/as en señal ética para que elaboren la señal.
- Comprometer a la empresa privada (transportadores, centros comerciales, corporaciones de ahorro y vivienda, bancos, parques de diversiones, IPS/EPS/ARS, hospitales, etc.) para que fijen la señal en los sitios adecuados y aporten a la financiación de su elaboración y multicopiado.
- Elaborar un tiraje amplio (un millón de ejemplares) de la señal impresa y distribuirla gratuitamente en oficinas/lugares públicos y privados clave. La señal debe quedar posicionada socialmente de tal forma que se siga copiando automáticamente (como la de no fumar, por ejemplo).

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: encargado de contratar el/la experto/a en señal ética y de establecer los contactos con empresas de nivel nacional públicas y privadas para la financiación del multicopiado de la señal.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de establecer los contactos con empresas privadas del nivel regional y local para la financiación del multicopiado de la señal y de la distribución local de las señales.
- **EPS/ARS**: encargadas de aportar financiación al proyecto.

2.1.4.4 Tema: Falta De Reconocimiento Del Derecho De La Mujer A Decidir Sobre El Embarazo.

Barrera: No se ha posicionado en la sociedad en general el imaginario y la representación del derecho que tienen las mujeres a decidir sobre el embarazo.
Estrategia: Realizar acciones de comunicación social tendientes a promover imaginarios y representaciones sociales del embarazo de la mujer como un estado sobre el que ella también puede decidir libremente.
Objetivo: Sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre el derecho que tiene la mujer a decidir sobre el embarazo.

Acción:
Realizar un material impreso (tipo afiche) para ubicar en establecimientos comerciales, oficinas públicas y privadas, IPS/EPS/ARS, salones de acción comunal, entradas de las iglesias y demás sitios comunitarios (tiendas, cafés Internet) con imágenes de mujeres embarazadas y un mensaje que recuerde que decidir sobre el embarazo es también un derecho de la mujer.
Acciones relacionadas:

- Hacer una convocatoria a agencias de publicidad/comunicación para el diseño del afiche y elaborar los términos de referencia para la contratación.

- Comprometer a la empresa privada (con énfasis en EPS y empresas de medicina prepagada intermunicipal / interdepartamental para que se comprometan en este tema y realicen el material impreso propuesto y lo fijen en lugares visibles.
- Comprometer a empresas de transporte de carga para que se adhieran a la distribución gratuita, o con grandes descuentos, de los afiches.
- Hacer una alianza entre EPS, ARS, empresas aseguradoras de medicina prepagada y DTS para que se imprima un tiraje grande del material impreso propuesto y para que se garantice su distribución.
- **Actores:**
- **Ministerio de la Protección Social**: encargado de coordinar el diseño y la impresión del afiche y de hacer contactos iniciales con las empresas privadas que van a contribuir a la financiación del diseño/impresión/distribución del afiche.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de participar en el proceso de diseño, impresión y distribución del material impreso.
- **Empresas privadas**: encargadas de aportar financiación al proyecto.

2.1.4.5 Tema: Detección De Signos Y Síntomas De Alarma De Complicaciones Del Embarazo.

Barrera: Las madres, padres de familia y la comunidad en su conjunto (en sus niveles familiar, vecinal e institucional) no conocen los síntomas y signos más comunes que sugieren que un embarazo y un parto se están complicando y por ello no buscan atención adecuada.

Estrategia: Realizar acciones de comunicación en medios de cubrimiento local/comunitario.

Objetivo: Sensibilizar a las comunidades de estratos populares (1, 2 y 3) urbanas y rurales sobre los signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.

Acción: Emitir cuñas de radio durante tres meses en emisoras de radio locales/comunitarias sobre los síntomas y signos que pueden sugerir complicaciones en el embarazo. Por supuesto, este tipo de mensajes deben tener en cuenta el lenguaje y las características socioculturales del público al que se quiere afectar (prioritariamente personas de estratos 1, 2 y 3 de las áreas rurales y urbanas).

Acciones relacionadas:

- Realizar/conseguir un inventario de las emisoras comunitarias de radio y las emisoras comerciales locales con mayor sintonía en la localidad.
- Elaborar una lista de los signos y síntomas que sugieren complicaciones del embarazo. Esta lista debe ser "traducida" a un lenguaje que sea fácil de entender por personal no médico.
- Convocar a agencias de publicidad/comunicación para que presenten sus propuestas.
- Realizar contratos con las emisoras comerciales y comunitarias de radio para la emisión de las cuñas propuestas.

Actores:

- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de animar la campaña y conseguir la información necesaria sobre emisoras de radio comunitarias y emisoras locales de carácter comercial, de elaborar la lista de los principales signos y síntomas que sugieren complicaciones del embarazo, de "traducirlos" y de elaborar y velar por la ejecución de los contratos con las agencias de publicidad/comunicación.
- **Alcaldías Municipales**: encargadas conjuntas (con las DTS) de animar la campaña.
- Encargadas de proporcionar la información sobre radio comunitaria.

2.1.5 Fortalecimiento De Las Acciones De Seguimiento, Vigilancia Y Control De La Gestión Institucional.

2.1.5.1 Tema: Vigilancia Intensificada Del Cumplimiento De Los Estándares Mínimos Para La Atención Prenatal Y Obstétrica Integral En La Red De Instituciones Prestadoras De Servicios.

Barrera: La red de servicios disponible presenta diferentes condiciones de desarrollo y se encuentran zonas muy desprotegidas, con una red insuficiente y mal aprovisionada para la atención prenatal y obstétrica integral.

Estrategia: Intensificar el proceso de habilitación y auditoría de calidad para los servicios relacionados con la atención prenatal y obstétrica integral, y la referencia y la contrarreferencia dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Objetivo: Garantizar las condiciones y procesos mínimos en las IPS requeridos para la segura atención prenatal y obstétrica integral.

Acción: Verificar los estándares básicos (infraestructura, recurso humano, procesos, referencia y contrarreferencia, transporte, entre otros) para el cuidado prenatal y obstétrico de acuerdo con el nivel de complejidad y las directrices del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Acciones relacionadas:

- Garantizar el cumplimiento de los estándares necesarios para la adecuada atención prenatal y obstétrica, en el proceso de habilitación de IPS a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud en todo el territorio nacional.
- Intensificar el seguimiento a los planes de mejoramiento de las IPS, específicamente en lo relacionado con los estándares de cuidado obstétrico esencial e integral.
- Analizar y evaluar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de la urgencia obstétrica y perinatal.

- Vigilar que las IPS realicen la medición de la calidad centrada en el usuario/a (gestantes y sus familias) a través del conocimiento de su satisfacción frente a la atención obstétrica.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: encargado de verificar el cumplimiento del proceso de habilitación a través de la información proveniente de las Direcciones Territoriales de Salud. Encargado de revisar los estándares determinados en la reglamentación vigente para el cuidado obstétrico esencial e integral, con el fin de garantizar que se encuentren expresos dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: encargadas de realizar la verificación de las condiciones de habilitación de las IPS de su territorio y corroborar el cumplimiento de las acciones determinadas en los planes de mejoramiento. Las DTS deberán establecer vigilancia continua y auditoría de las condiciones mínimas para la habilitación de la atención prenatal y obstétrica, la referencia de pacientes y el traslado de los/as mismos/as.
- **EPS y ARS**: encargadas de garantizar que su red de instituciones prestadoras de servicios, propia o contratada, para servicios prenatales y obstétricos se encuentre habilitada y cuente con los mecanismos necesarios y efectivos para la referencia y la contrarreferencia y para el traslado de pacientes. Adicionalmente deberán contar con los mecanismos administrativos y de autorización más expeditos para que se puedan realizar, sin barreras administrativas, los procedimientos durante las 24 horas.
- **IPS**: deberán cumplir con los estándares necesarios para habilitarse y con las directrices de las DTS de acuerdo con su nivel de complejidad. Deberán, igualmente, cumplir con las condiciones necesarias y efectivas para realizar los procesos de referencia y contrarreferencia y para el traslado de pacientes.

2.1.5.2 Tema: Vigilancia Del Cumplimiento De Las Acciones De Las Normas Técnicas Y Guías De Atención Y De Los Indicadores De Gestión (Cumplimiento Y Centinela De Calidad) En Relación Con La Planificación Familiar, La Atención Del Embarazo, El Parto Y El Puerperio Y Sus Complicaciones.

Barrera A: Las EPS y ARS no cuentan con incentivos que fomenten la sana competencia entre ellas.

Estrategia: Crear incentivos para generar acciones de mejoramiento al interior de las aseguradoras.

Objetivo: Generar conocimiento público de la gestión de las aseguradoras en el cuidado prenatal y obstétrico y fortalecer el control social.

Acción: Creación de un galardón en el que se premien las EPS y ARS que presenten mejores estándares de calidad en el proceso de atención materno-perinatal y divulgación de los resultados en medios masivos de comunicación para generar control social.

Acciones relacionadas:

- Consolidar y depurar la información del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras para establecer las líneas de base.22
- Revisar los estándares de calidad de la atención para establecer los criterios a evaluarse.
- Establecer contactos con entidades de la empresa privada que apoyen financiera o técnicamente el proyecto.
- Divulgar ampliamente las condiciones de participación en el galardón.
- Divulgar ampliamente los resultados en medios masivos de comunicación.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: en conjunto con las agencias de cooperación internacional y ONG, impulsará el proceso de creación del galardón y realizará los contactos necesarios con la empresa privada y los medios de comunicación. De otra parte, mantendrá al día la operación del

Sistema de Fortalecimiento de la Gestión que permitirá evaluar los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos.

- **Direcciones Territoriales de Salud**: deberán mantener actualizada la operación del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión en el Régimen Subsidiado con el fin de evaluar los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos. Adicionalmente realizarán los contactos con los medios de comunicación, regionales y locales, para divulgar las condiciones del galardón y los resultados. **las directrices de la Resolución 412 de 2000 y 3384 de 2000.**
- **EPS y ARS**: deberán participar en las reuniones de contacto en donde se divulguen las condiciones del galardón y deberán realizar el reporte trimestral de los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad elegidos.

Barrera B: 23 No se cumplen las acciones establecidas en las normas técnicas de protección específica (atención del parto y de la planificación familiar a hombres y mujeres) y detección temprana (alteraciones del embarazo) de manera sistemática y secuencial en la población.

Estrategia: Impulsar el proceso de seguimiento y monitoreo del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras a realizar por el nivel nacional y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud**.**

Objetivo: Mantener el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras (SFGA) operando trimestralmente y aplicando los correctivos (asistencia técnica, sanciones, incentivos, entre otros) de manera permanente con énfasis en los indicadores relacionados con la atención materna.

Acción: Fortalecer, en el nivel nacional, departamental y distrital, el proceso de seguimiento y evaluación planteado en el SFGA.

Acciones relacionadas:

- Capacitar al recurso humano de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud sobre los contenidos y la mecánica del Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Administradoras.

- Fortalecer el equipo de gestión encargado de la vigilancia de las administradoras, tanto en el nivel nacional como en el nivel departamental y distrital, con el recurso humano y la tecnología necesaria así como con los mecanismos expeditos de comunicación con los entes de control para establecer las acciones a que haya lugar.
- Verificar el cumplimiento de las normas técnicas en la población asegurada mediante el análisis trimestral de los indicadores de cumplimiento relacionados con la atención materna y perinatal y realizar el proceso de retroalimentación de los resultados obtenidos en campo, analizando todas las variables a considerar en la prestación de los servicios.
- Verificar el cumplimiento de las guías de atención para el manejo de las urgencias obstétricas mediante el análisis y seguimiento de casos clínicos e indicadores de proceso diseñados para tal fin para determinar correctivos.
- Diseñar el mecanismo idóneo para la transferencia de información a los entes de control y para garantizar que se tomen las medidas correspondientes.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: realizará el seguimiento trimestral de los indicadores en el Régimen Contributivo y el proceso de retroalimentación a las EPS. También realizará aleatoriamente verificación en campo de la información y las condiciones de operación reportadas.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: deberán garantizar la operación del SFGA para el Régimen Subsidiado en su territorio de conformidad con las pautas establecidas. También realizará aleatoriamente verificación en campo de la información y las condiciones de operación reportadas.
- **EPS, ARS**: deberán realizar las acciones de inducción de la demanda a sus afiliados. Deberán reportar trimestralmente al MPS los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. Velarán igualmente porque su red de IPS realice las acciones de acuerdo con las normas establecidas y reporte trimestralmente las acciones realizadas. Deberán llevar a cabo la auditoría

de servicios enfocándose no sólo en el seguimiento de protocolos sino en la calidad o satisfacción percibida por los usuarios/as.

- **Superintendencia Nacional de Salud**: vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.

2.1.5.3 Tema: Vigilancia En Salud Pública De La Mortalidad Materna.

Barrera: Los actores del SGSSS (IPS, EPS, ARS y DTS) no realizan un proceso periódico de seguimiento y análisis de la mortalidad materna.

Estrategia 1: Implementar el modelo de vigilancia de mortalidad materna en todo el territorio nacional para que se realice de manera sistemática, efectiva y oportuna.

Objetivo: Realizar vigilancia de los casos de mortalidad materna, para establecer las causas, los factores asociados, las patologías relacionadas, los procesos que pueden estar relacionados y las medidas concretas de mejoramiento.

Acción: Aplicar el modelo de vigilancia de la mortalidad materna en todos los departamentos del país y en las EPS, ARS e IPS.

Acciones relacionadas:

- Determinar y validar los contenidos mínimos para el análisis en las historias clínicas maternas así como el sistema de información (datos, periodicidad, forma de envío, procesos de análisis, verificación en campo, entre otras) y sus características.
- Lograr que los Comités de Estadísticas Vitales y Comités de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna se encuentren operando en las áreas de intervención que se determinen como prioritarias en el país.
- Diseñar los protocolos de vigilancia de los factores de riesgo asociados a la mortalidad y morbilidad maternas.

- Emitir los actos legislativos complementarios a los existentes que sean necesarios para implementar el modelo de vigilancia.
- Capacitar el recurso humano de IPS, EPS, ARS y DTS en la aplicación de los protocolos.
- Hacer públicos los resultados de los análisis realizados para generar sensibilización y control social.
- Generar un instrumento que identifique las zonas (municipios, localidades, entre otras) de riesgo en departamentos y distritos para focalizar los esfuerzos y adaptar o intensificar las medidas en donde sea necesario.
-

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud**: establecerán en conjunto con las agencias de cooperación internacional y las DTS las condiciones de operación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna.
- **Direcciones Territoriales de Salud**: deberán garantizar la operación del sistema en su territorio de conformidad con las pautas establecidas. Para ello deberán estimar las necesidades puntuales en capacitación de recurso humano y tecnología disponible.
- **EPS, ARS**: deberán funcionar como notificadoras y realizar el proceso de análisis al interior de su entidad, así como participar de las actividades que para realizar retroalimentación y medidas de mejoramiento organicen las entidades territoriales, el Instituto Nacional de Salud o el Ministerio de la Protección Social.
- **IPS**: funcionarán como entes notificadores y, a su vez, deberán realizar el seguimiento de cada uno de los casos que se presenten y participar en las acciones correctivas o de mejoramiento que se establezcan.
- **Sociedades científicas**: deberán participar en el proceso de análisis y capacitar al recurso humano en salud sobre el proceso de vigilancia.

- **Superintendencia Nacional de Salud**: vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.

Estrategia 2: Implementar una intervención articulada con los actores del SGSSS para realizar la revisión crítica de las muertes maternas, su patrón de comportamiento y las causas de muerte en el territorio nacional y así mismo proponer las alternativas de solución más costoefectivas.

Objetivo: Establecer un organismo consultor ad hoc para determinar el patrón y comportamiento de las muertes maternas en el país, su evitabilidad y para facilitar la toma de decisiones y medidas de intervención para reducir las muertes maternas.

Acción: Crear un comité nacional asesor (órgano de consulta ad hoc) para la reducción de la mortalidad materna.

Acciones relacionadas:

- Identificar el patrón y la causalidad de las muertes maternas por regiones del país e identificar los factores determinantes con el propósito de establecer la evitabilidad de éstas.
- Desarrollar recomendaciones de carácter técnico y administrativo tendientes a mejorar la integralidad de las acciones en salud sexual y reproductiva en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Establecer las medidas promocionales, preventivas y correctivas para reducir las muertes en términos de evitabilidad con base en el comportamiento y la causalidad de las muertes, con el propósito de que el sector asuma procesos de mejoramiento del acceso, la calidad y la oportunidad.
- Dar soporte a la toma de decisiones técnico-normativas del Ministerio de la Protección Social, Entidades Territoriales, EPS y ARS en el área de salud materna.

Actores:

- **Ministerio de la Protección Social**: movilizará a los actores necesarios para conformar el comité nacional asesor. Participará con el equipo técnico necesario para el análisis de las muertes maternas y los mecanismos necesarios para su reducción desde cada uno de los actores del SGSSS.
- **Superintendencia Nacional de Salud**: vigilará de manera continua y permanente el cumplimiento de las medidas correctivas, sancionatorias, punitivas o de mejoramiento que se tomen como resultado del análisis realizado.
- **Instituto Nacional de Salud**: participará en el análisis e impulsará medidas concretas a implementar en la vigilancia de la morbilidad y la mortalidad materna.
- **Instituto Nacional de Medicina Legal**: participará en el análisis de mortalidad y aportará la información necesaria para determinar los factores de riesgo asociados.
- **Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)**: participará y apoyará con la información necesaria para la toma de decisiones en el Comité.
- **EPS, ARS**: deberán participar del análisis e impulsar las medidas de mejoramiento que se identifiquen en el análisis de las muertes.
- **Red de Centros CLAP, sociedades científicas y ONG**: participarán en el análisis de la mortalidad y sus factores asociados así como en la propuesta de medidas concretas que se puedan realizar para mejorar la situación.
- **Agencias de cooperación internacional**: apoyarán técnica y administrativamente las actividades del comité y la implementación de medidas para la reducción de la mortalidad materna.
- **IPS**: deberán participar del análisis y realizar las acciones consecuentes con éste así como las medidas de mejoramiento que se identifiquen.

2.1.5.4 Tema: Evaluación De Experiencias Para El Desarrollo De Estrategias De Reducción De La Mortalidad Materna.

Barrera: No se conocen ampliamente los resultados de experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna. Muchas de estas experiencias han funcionado a pesar de barreras de acceso geográfico, de problemas de orden público y de determinantes socioculturales negativos.

Estrategia: Divulgar experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna.

Objetivo: Demostrar que la mortalidad materna puede reducirse a pesar de condiciones adversas del contexto.

Acción: Detectar, estudiar, documentar y divulgar experiencias exitosas para la reducción de la mortalidad y/o morbilidad materna y sus factores relacionados en los niveles regionales y/o locales.

Acciones relacionadas:

- Establecer los parámetros que permiten identificar una experiencia como exitosa.
- Hacer una convocatoria para alentar la participación de distintas experiencias en la documentación propuesta.
- Seleccionar y analizar las experiencias implementadas en el país.
- Documentar las experiencias seleccionadas y escoger el medio de comunicación más adecuado para divulgarlas.

Actores:

- **MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**: en conjunto con las agencias de cooperación internacional, la academia, las sociedades científicas y las ONG que han trabajado en el tema determinarán los parámetros de éxito de los proyectos. Así mismo, harán la convocatoria y evaluarán las experiencias con miras a seleccionar las que van a documentarse.

- **Gobernaciones, Alcaldías y Direcciones Territoriales de Salud**: deberán apoyar activamente y con recursos la convocatoria y la posterior divulgación de las experiencias seleccionadas.
- **IPS**: podrán documentar y aportar las experiencias que provean conocimiento sobre el tema y las estrategias más efectivas y adecuadas de acuerdo con su entorno.(48)

2.2 ARGENTINA.

2.2.1 Programa Materno Infantil De La Nacion. Salud Integral De La Mujer, La Niñez Y La Adolescencia.

2.2.1.1 Objetivo General: Mejorar la calidad y cobertura de la atención de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, a fin de disminuir sus probabilidades de enfermar o morir.

2.2.1.2 Estrategias.

- Elaboración de **guías para la práctica y normas para la organización de los servicios**, en consenso con sociedades científicas y expertos en la materia de todo El país.
- Organización de **redes perinatales** entre servicios de todos los niveles de complejidad, para mejorar la atención a las embarazadas, madres y recién nacidos sanos o con patologías.
- Capacitación de los **Equipos de Salud Perinatales**, idealmente multidisciplinarios (Obstétricas, Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Asistentes Sociales, etc.) para que se comprometan en el respeto de las necesidades psico-socio-culturales –y no sólo biológicas– de la mujer y su familia.

- **Mejoramiento de la atención del parto** por medio de la promoción de la Maternidades Centradas en la Familia , que incluyen el cumplimiento Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales.
- **Análisis permanente de las muertes maternas e infantiles**, particularmente a través del Sistema de Información Perinatal (SIP).
- **Mejoramiento de la Calidad de la Atención Post-Aborto**. Capacitación en servicio de los equipos de salud de las principales maternidades del país, incluyendo la producción de un video sobre los Desarrollo y perfeccionamiento de los **instrumentos de registro**.
- **Evaluación de la calidad de la atención materno-neonatal**.
- Promoción de la **lactancia materna**.
- Participación en la Comisión Nacional Asesora en Neonatología, la Comisión Nacional Asesora en Ginecología y Obstetricia, la Comisión Nacional de Vigilancia de la Morbimortalidad Materna e Infantil, y en el Grupo de Trabajo Colaborativo Multicéntrico de Prevención de la Ceguera en la Infancia por Retinopatía del Prematuro (Grupo ROP).

2.2.1.3 Líneas de acción prioritarias del Área de Salud Perinatal.

- **Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales** para la transformación del modelo de atención en todos los servicios perinatales y la organización de redes de atención
- **Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud** (médicos, obstétricas, enfermeros, trabajadores sociales, agentes sanitarios).
- **Transferencia a todas las jurisdicciones de medicamentos, equipamiento e insumos esenciales** para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Evaluación de Servicios sobre la base de la Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, Norma de Organización y Funcionamiento de Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos

Neonatales y la Grilla de Evaluación de Servicios de Obstetricia y Neonatología .

- **Vigilancia y control la morbimortalidad materna e infantil**, integrando la Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna y la Mortalidad Infantil que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.
- **Capacitación en la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP)** –OPS/OMS–). Además, recopilación, distribución y análisis de las bases provinciales, integradas en una base nacional, que alcanza actualmente a 1.000.000 de registros de eventos perinatales.
- **Monitoreo, seguimiento y evaluación de actividades y resultados** en todas las jurisdicciones.
- En conjunto con el Área de Comunicación Social producción y difusión de: campañas de comunicación social; publicaciones y guías para la práctica y otros materiales de comunicación relacionados con sus funciones. (49)

***Tabla 8. Metas Sanitarias*.**

Metas Sanitarias
Captación temprana de la embarazada (Antes de la semana 20 de gestación)
Efectividad de atención del parto y atención neonatal
Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematurez
Efectividad de atención prenatal y del parto.
Auditoria de Muertes infantiles y maternas
Cobertura de inmunizaciones
Cuidado sexual y reproductivo
Seguimiento de niño sano hasta 1 año
Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años
Inclusión de Comunidades Indígenas

Fuente: Ministerio de Salud de la Argentina 2009.

2.2.2 Plan Estratégico Mortalidad Materna.

1) UNIDAD EJECUTORA PROVINCIAL

La UEP se plantea como el cuerpo encargado de proveer de contenido y asistencia técnica a los titulares de las carteras de salud de las provincias. Será el órgano consultor de cada ministro provincial que, por sus rasgos e integrantes, conformará un equipo de trabajo capaz de formular e implementar políticas de fondo, que revistan de la integralidad, multidisciplinariedad y calidad necesarias.

La conformación de la UEP, estaría integrada por los siguientes referentes:

- Titular de Maternidad e Infancia
- Titular del Plan Nacer
- Titular de Salud Sexual y Procreación Responsable
- Titular de Adolescencia
- Titular de la Región Sanitaria
- Titular del Área Externa
- Titular del Hospital zonal
- Referente de la Obra Social Provincial
- Entre otros..

2) NUEVA HERRAMIENTA DE NOMINALIZACIÓN NACIONAL – SIP

La necesidad del sistema de salud público de contar con un registro unificado, funcional y nacional se hace cada vez más evidente. Su necesidad se puede dividir en 2 grandes aspectos: 1) la nominalización de la población que utiliza los servicios de salud y 2) la producción, procesamiento y análisis de datos sobre la salud de la población que permitan la toma de decisiones informadas para la gestión de los recursos en salud.

Nominalizar destinatarios y contar con equipos médicos que puedan desempeñarse con población a cargo, es esencial para optimizar el funcionamiento del servicio social provisto por el Estado, como así también la calidad, atención y seguimiento de cada uno de los ciudadanos que acceden al

servicio sanitario. Consensuar la Unificación de Historias Clínicas Sanitarias es el primer paso.

Consecuentemente, en primer lugar, las autoridades de los Ministerios de Salud de Nación y de las provincias, han comprometido sus esfuerzos en mejorar y re-significar la herramienta de información SIP (Sistema Informático Perinatal), de manera tal que se incremente y potencie su utilización actual.

La nueva propuesta SIP Gestión permitirá diseñar y conformar un modelo de monitoreo comparativo nacional, que constará de:

• Envío de datos (de Provincia a Nación)
• Devolución trimestral de datos con respectivo análisis (de Nación a • Evaluación, monitoreo y medición constante de las tendencias provinciales y la media nacional
• Correcciones y propuestas de cambio (en caso de provincias que así lo ameriten)

Las variables a incluir con la nueva propuesta de SIP Gestión son las siguientes:
1. Edad Materna
2. Primer Control Prenatal según edad gestacional
3. Promedio de Control Prenatal (por jurisdicción)
4. Vacunación Antitetánica al parto
5. VDRL
6. Grupo y Rh
7. Tipo de Parto (describir la variable terminación)
8. Edad gestacional al parto
9. APGAR al minuto 1
10 APGAR al minuto 5
11. Peso del Recién Nacido
12. Recién nacido sano con alojamiento conjunto:
13. Condición del recién nacido al egreso del servicio

14. ROP
15. Displasia Broncopulmonar
16. Condición al egreso materno
17. Se realizó consejería en Salud Reproductiva
18. Infección Hospitalaria en Neonatología

3) USO DE FONDOS DEL PLAN NACER

El Plan Estratégico consta entre sus acciones de medidas que tienden al fortalecimiento del primer nivel de atención, trabajando sobre los conceptos de prevención y promoción de la salud, la búsqueda activa de la embarazada, el mejoramiento, periodicidad y constancia de los controles prenatales, optimizando los recursos humanos actuales y sumando nuevos actores comunitarios al sistema, entre otras actividades.

En la actualidad, el direccionamiento provincial en el uso de los fondos del Plan Nacer es, sin dudas, pasible de correcciones, sobre todo en lo que concierne al Nomenclador (el apartado Comunidad), cuyas prácticas son esenciales a los fines estratégicos del plan, pero cuyo porcentaje de financiamiento es menor al 10%, presentando grandes disparidades entre provincias.

La voluntad y el compromiso de los ministros de salud provinciales y nacionales, sustentado en la sub-optimización de tales gastos, se asentó en la evaluación y replanteo de tal direccionamiento a fin de poder incrementar, según dicten las autoridades provinciales, el porcentaje destinado actualmente a tales prácticas.
Sin dudas, un replanteo en la utilización de tales fondos será el disparador de nuevas acciones que fortalecerán el primer nivel de atención, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios prestados en dicho nivel de atención sanitaria.

2.2.2.1 1º Nivel De Atención.

1) PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN

"Una atención primaria que va más allá de los efectores y llega hasta los hogares"

La Participación Social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de APS, junto con la auto-atención, el papel de la mujer, el uso de la medicina tradicional y el saber popular, y sigue siendo parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o por lo menos limitar, los principales problemas que afectan la salud de nuestro pueblo Respecto a la salud de la mujer es impostergable la capacitación para la defensa de sus derechos, así como también la sensibilización de la sociedad en su conjunto sobre el derecho que tiene una mujer a decidir cuándo embarazarse, disponibilidad de métodos anticonceptivos en forma gratuita y conocer los riesgos de las complicaciones del aborto en condiciones no seguras.

Asimismo, deben desarrollarse estrategias orientadas a todas las mujeres para:

a) Implementar estrategias para evitar el embarazo no planificado

La política del Ministerio establece claramente la integralidad de los actores y las acciones con objetivos específicos. En este sentido, las estrategias para evitar el embarazo no planificado y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) necesitan de la articulación y coordinación del área obstétrica de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) con el Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable (PSSyPR), el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, la Dirección de Salud Comunitaria, los educadores, etc., para llegar a los efectores de salud en todos los niveles de atención, organismos comunitarios, escolares, entre otros.

Por ello, el asesoramiento y la información sobre métodos anticonceptivos deben ser difundidos utilizando el lenguaje y respetando los valores culturales de las

diferentes poblaciones pero propendiendo al reconocimiento por parte del hombre, de la sociedad y fundamentalmente de la mujer, de sus propios derechos.

El embarazo planificado y deseado disminuye la posibilidad de complicaciones graves dado que fortalece la adhesión de la mujer al control y al cuidado durante el mismo, facilitando el vínculo con su hijo. Por otra parte, la elección del momento del embarazo, promueve un mayor y mejor cuidado del niño.

b) Asesorar sobre riesgos y acciones beneficiosas a realizar previas a la decisión de un nuevo embarazo

El Consultorio de Alta Conjunta define el cuidado preconcepcional como un conjunto de intervenciones cuya meta es identificar y modificar riesgos biomédicos, de conducta y sociales del embarazo a través de la prevención y la gestión. Cuando la mujer tiene la primera visita prenatal puede ser demasiado tarde para prevenir algunos problemas de salud de ella, del embarazo o del niño. Cada mujer en edad reproductiva que puede embarazarse es candidata al cuidado preconcepcional aún si no está planeando concebir. También los hombres deberían recibir información y asesoramiento aun cuando todavía los componentes no están tan bien definidos en el hombre como en la mujer: La mayoría de los componentes de cuidado preconcepcional pueden ser brindados en el 1º nivel de atención.

Incluye:

La concientización pública sobre la importancia de las conductas beneficiosas y perjudiciales en la salud concepcional usando información y herramientas que sean apropiadas para los diferentes grupos de edad, niveles de alfabetismo y aspectos culturales y de lenguaje.

Responsabilidad individual. Promover que cada mujer, hombre y pareja tengan un plan de vida reproductiva basado en sus valores y recursos.

Visitas preventivas: Como parte de visitas de cuidado primario, proveer una evaluación de riesgo, educación y consejería y promoción de la salud para todas las mujeres en edad reproductiva

Chequeo pre-embarazo: Como un componente de cuidado de la maternidad

Cobertura de mujeres con riesgo aumentado (muerte infantil, muerte fetal, defectos al nacimiento, bajo peso al nacer, PP, morbilidades severas, etc.): Garantizar el acceso de las mujeres con mayor riesgo al cuidado preventivo preconcepcional e intergenésico utilizando el período entre gestaciones para proveer intervenciones intensivas adicionales.

Identificación de riesgo e implementación de intervenciones oportunas, efectivas y de mayor impacto potencial Monitoreo: de la salud preconcepcional de la población

Prevención e identificación de casos de violencia de género

La consulta preconcepcional puede detectar condiciones de salud como hipertensión, trombofilias, pérdida repetida del embarazo, desórdenes alimenticios, abuso de sustancias, violencia doméstica y pobre nutrición, riesgos sociales, ambientales y ocupacionales, infecciones e inmunizaciones, planificación familiar, riesgos genéticos, etc., e intervenir ante ellas. Son múltiples las intervenciones que han mostrado una clara evidencia de efectividad en mejorar el resultado del embarazo en esta etapa.

Considerando que las mujeres en edad reproductiva deberían estar nominalizadas en cada Centro de Salud, todos los integrantes del equipo deben asumir la responsabilidad de orientar a la mujer para la realización de esta consulta, como así también debe promoverse la comunicación social y familiar para la transmisión de este concepto.

2) BÚSQUEDA ACTIVA – Captación temprana de la embarazada

Sobre 155.440 embarazos registrados en el año 2007, un 9.2% no habían tenido control prenatal y el 17.9% habían realizado 1-4 consultas prenatales, de lo cual se infiere que en nuestro país, a sabiendas de que la mayoría de los nacimientos

son institucionales, sólo el 72,9 % de las embarazadas han tenido un cuidado aceptable de su embarazo en cuanto al número de consultas, independientemente de los contenidos y la calidad del control prenatal. Asimismo, un 52.5% ha tenido su primera consulta en el primer trimestre del embarazo con la posibilidad de detectar precozmente factores de riesgo y actuar oportunamente frente a potenciales complicaciones.

Sin dudas, esta realidad exige implementar estrategias que reconozcan las particularidades regionales, culturales, educacionales y socioeconómicas para hacer efectiva la captación temprana de la embarazada, estableciendo acciones de prevención, detección y corrección que propendan al desarrollo normal del embarazo. Asimismo, debe instalarse la responsabilidad que las parejas, familias y la sociedad toda, tengan en el cuidado de las mujeres embarazadas. Para ello, cada mujer ante la sospecha de embarazo, debe ser orientada a concurrir al centro de salud más cercano para el diagnóstico del mismo y para planificar su cuidado.

En esta línea, lo que se pretende mejorar es la calidad del Control Prenatal, poner redes de comunicación que faciliten la atención adecuada del embarazo (turnos programados, laboratorio, ecografías etc.), y contar con un sistema de referencia para servicios de mayor complejidad (derivación oportuna) para la paciente de Alto Riesgo Obstétrico; todo lo cual contribuiría a la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.

3) OPTIMIZACIÓN DE LOS RR.HH. – Nuevos actores

En el marco de la estrategia de fortalecimiento del Primer nivel de atención se hace indispensable sumar nuevos actores comunitarios al sistema.

En primer término, el rol de los Promotores de salud o Acompañantes comunitarios transforma en la práctica los conceptos de prevención y promoción de la salud en el territorio mismo.

Una adecuada planta dotada de tales recursos permitirá contar con agentes sanitarios que trabajen diariamente la salud con la comunidad misma de la cual son parte.

Entre sus funciones, estarán:

Nominalización de la población

Trabajar en las comunidades en la detección, captación, acompañamiento de las embarazadas, recién nacidos y niños menores de 2 años.

Controlar Historia Clínica, Carné Perinatal y Libreta Sanitaria: controles médicos y vacunaciones.

Detectar situación de riesgo socio-sanitario (semaforización) y evaluar redes de derivación, referencia y contra-referencia.

Evaluar los servicios de atención de la salud materno-infantil: maternidades seguras, parto humanizado, consultorios de alto riesgo, etc.

Diseñar estrategias de sensibilización, prevención y promoción de estilos de vida saludables: proyectos participativos, talleres, jornadas, etc.

Detectar, dentro de la comunidad, potenciales actores de salud para atención primaria: optimizar el capital social - conocimiento empírico (obstétricas, enfermeras jubiladas, etc.)

Capacitar en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario; sexualidad, vacunación, lactancia materna, prevención ITS, cuidados en el embarazo, entre otros.

Contribuir al enriquecimiento y fortalecimiento de las redes sociales existentes y generar espacios de participación y organización comunitaria.

En segundo término, encontramos el rol de la Obstétrica, el cual debe ser reformulado, a fin de aprovechar las capacidades y formación profesional.

En la Argentina existen cada vez menos espacios académicos que brinden la carrera y formación en Obstetricia. En la actualidad, se dicta sólo en 7 Universidades: Nacional de Bs. As., Nacional de La Plata, Nacional de Santiago del Estero, Nacional de Entre Ríos, Aconcagua

(Mendoza),Católica de Cuyo (San Luis) y Católica de La Plata. El perfil del egresado de la carrera de Licenciatura en Obstetricia le otorga una sólida formación científica, humanística, ética y tecnológica. Por ello, es menester impulsar la difusión de su formación y dotar de condiciones óptimas el desarrollo de su currícula.

Entre sus funciones estarán:

- Asistenciales
- Asesoramiento preconcepcional.
- Detección precoz del embarazo.
- Atención del embarazo normal.
- Detección precoz de patologías y derivación oportuna.
- Realizar monitoreo cardiotocográfico.
- Asistir el parto, alumbramiento y puerperio normal.
- Practicar la episiotomía y episiorrafia.
- Promover lactancia materna y monitorear su evolución en el puerperio.
- Consejería y promoción de educación para la salud.
- Implementar acciones en APS.
- Gestión
- Participar en la gestión de los cuidados maternos e infantiles y de salud sexual.
- Participar en la definición de Políticas de Salud.
- Asesorar arbitrajes y peritajes ligados a la profesión de la obstétrica.
- Extender el certificado de nacimiento.

- Docencia
- Planificar, organizar, coordinar y realizar actividades docentes en sus diferentes modalidades.
- Ocupar cargos docentes en la Universidad y otras instituciones.
- Planificar, organizar y dirigir cursos de post-grado (maestrías, doctorados, carreras de especialización).
- Investigación
- Planificar estudios relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva.
- Diseñar, elaborar, ejecutar y/ o evaluar proyectos de investigación.
- Integrar el método científico como herramienta fundamental en su hacer profesional.
- Publicar y difundir trabajos de investigación
- Por lo expuesto, la/el Obstétrica/o se transforma en el mejor recurso humano existente en los sistemas de Salud, CAPACITADO y ADECUADO para la atención integral de la mujer, transformándose en un profesional de excelencia para brindar la mejor la calidad de atención y estableciendo un contacto ideal con las familias.
- Los esfuerzos y políticas a plantearse desde los gobiernos nacionales y provinciales, deben tender al cumplimiento efectivo de tales incorporaciones, generando un óptimo marco y desenvolvimiento de los actores, involucrándose de manera completa al rol vital que deberá desempeñar en el sistema sanitario.
- Por lo expuesto, el ejercicio de la Obstetricia en la Republica Argentina debe contar con un Marco Legal y Normativo propio a nivel nacional que regule el ejercicio profesional propiciando la aprobación de la Ley Nacional del Ejercicio Profesional de las Obstétricas / Lic. en Obstetricia, que incluya los nuevos roles (Anteproyecto en diputados).

2.2.2.2 2º - 3º Nivel De Atención.

1) MATERNIDADES SEGURAS

Objetivo General: Promover las maternidades seguras y las maternidades centradas en las familias, a partir de los conceptos de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, prevención y seguimiento del binomio madre – hijo.

a) CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC)

Dado que cerca de 100% de los partos son institucionales y que la madre e hijo deben permanecer internados un promedio de 48 horas, el CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA (CAC) permite la integración de acciones de promoción, además de sensibilización y prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil, a cargo de los servicios de neonatología y obstetricia.

El programa consiste en la organización de un proceso de Alta Conjunta, dada por el plantel profesional de Obstetricia y Neonatología (obstétricas, obstetras, pediatras, neonatólogos, enfermeras, puericultoras), en forma individual a cada familia. El mismo tiene contenidos preestablecidos (educativos, asistenciales, de consejería en SSyPR), formularios ad-hoc con un instructivo para el llenado del mismo y la recomendación clara de que cada centro asistencial desarrolle las estrategias adecuadas para asegurar que la información de la contrarreferencia llega al primer nivel de atención dentro de las 48 hs. de producida el alta, con el objetivo de que se pueda controlar la concurrencia de madre e hijo a los controles programados. Asimismo, el programa prevé la categorización de riesgo socio – sanitario que permita un seguimiento informado de cada familia.

El Alta Conjunta permite también aprovechar la oportunidad para la vacunación materna (rubéola, tétanos si no hubiese sido vacunada durante la gestación), para certificar el grupo y factor de ambos, y asegurar la vacunación con BCG y hepatitis B para el recién nacido.

Sin dudas, el Consultorio de Alta Conjunta (CAC) es el primer paso hacia una estrategia adecuada de Referencia y Contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención, a través del llenado de calidad de la Historia Clínica Perinatal (SIP). Asimismo, se determinará el riesgo social del paciente y articulará con los demás niveles (provincia, municipio) las acciones a tomar.

Objetivos operativos:

1. La estrategia consiste en la implementación de un conjunto de acciones acordadas con las provincias y descriptas para cada maternidad y sus centros de salud.
2. Miembros del equipo de Salud (por lo menos dos actores) incluyendo un profesional de la salud y un trabajador social o equivalente, quienes se responsabilizaran en conjunto por las acciones a desarrollar
3. Deberán completar un formulario ad- hoc con el conjunto de datos que se requiere.
4. Deberán darle a la madre toda la información que prevé el folleto consensuado a tal efecto
5. Deberán ofrecer la información sobre Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR) y, eventualmente, según preferencia de la madre, deberán entregar el anticonceptivo de lactancia.
6. El personal encargado deberá asegurarse de que la madre se retirará de la institución con la libreta sanitaria para su hijo.
7. Deberán asegurar la vacunación del binomio madre- hijo (según corresponda: BCG, hepatitis B, rubéola)
8. Se deberán impartir claras nociones sobre higiene tanto para el RN como para la madre
9. Deberán poner a la madre al tanto de los recursos de que dispone de ayuda en caso de ser necesario
10. Deberán dar el espacio y el tiempo necesario para toda consulta posible que tenga la madre sobre su salud y la de su familia. Este espacio debe ser

lo suficientemente abierto como para que la familia se sienta cómoda manifestando sus dudas en lo referente a su salud sexual y procreación, las necesidades económico financieras, etc.

El equipo de salud deberá clasificar el riesgo social de la madre y consignarlo en el formulario según el riesgo social y médico, los profesionales intervinientes deberán determinar la fecha para el primer control del niño y de la madre.

Deberán establecer el mecanismo seguro para que el duplicado del formulario y la epicrisis de la HCP lleguen al primer nivel de atención a tiempo para la fecha del control del binomio madre- hijo.

El personal interviniente deberá asegurarse que los turnos se den el mismo día para facilitar la concurrencia al control.

El personal interviniente deberá asegurarse de que se han llenado los datos del SIP necesarios, de acuerdo a lo acordado en el plan estratégico.

El Consultorio de Alta Conjunta será una herramienta esencial para mejorar la calidad de los servicios, con un aporte integral en las respuestas a la madre (y el recién nacido) ya sea en cuidados específicos de ambos, como en consejerías sobre anticoncepción, salud sexual, procreación, entre otros aspectos.

b) CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

En la estrategia de fortalecer las maternidades, una acción fundamental en tal dirección es la implementación de un espacio destinado especialmente al CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. Sabemos que, aproximadamente, el 85% de los embarazos son normales y/o de bajo riesgo. En tanto, el 15% restante (40.000 embarazos por año) cursará con alguna patología como hipertensión arterial previa o inducida por el embarazo, DBT I o II,

Infecciones transmisibles al feto (Sífilis, VIH, Chagas, Estreptococo-Tiroidopatías, Cardiopatías, etc.); a estos denominamos de Alto Riesgo.

El consultorio de Alto Riesgo tiene por objetivo la prevención y tratamiento de las patologías prevalentes. No obstante, el seguimiento trasciende el espacio de dicho consultorio, siendo fundamental que exista un manejo multidisciplinario de los pacientes, incluyendo la articulación con otros servicios de apoyo tales como infectologia, endocrinología, salud mental, servicio social y otros.

El enfoque social de las patologías debe prevalecer en las personas que asisten a las embarazadas, resultando clave evaluar adecuadamente el alto riesgo social y dando intervención precoz para llevar a cabo un seguimiento estricto que permita realizar las intervenciones necesarias en forma oportuna para resolver la problemática de la mujer. En este sentido es fundamental la evaluación local de riesgo, en base al análisis de los resultados de la población materno-infantil a cargo, para trazar normas adecuadas con el objeto de mejorar la salud materna y perinatal.

Vigilancia de mortalidad materna:

La comprensión de que la mayoría de las causas de muerte materna en nuestro país son evitables y que las intervenciones para prevenirlas son costo-efectivas y están avaladas por la evidencia científica, exigen actuar sin más demoras adoptando, implementando y monitoreando el cumplimiento y resultado de dichas intervenciones. Los problemas no son aislados sino que forman parte de una compleja trama social con particularidades regionales y provinciales. Por lo tanto, las soluciones han de fundamentarse en un enfoque que sea integral e involucre a todos los actores y problemáticas locales.

Además del esfuerzo para la medición de las muertes maternas, debe enfatizarse en la necesidad de información inmediata acerca de dónde, cómo y por qué estas

muertes ocurren a los fines de establecer estrategias de análisis causal y no con fines punitivos.

¿Por qué es importante la vigilancia de la muerte materna en tiempo real?
La vigilancia epidemiológica es la recopilación permanente, sistemática, oportuna y ordenada de la información para observar cambios en la tendencia ó distribución de los problemas de salud y tomar decisiones a nivel jurisdiccional y nacional.

La Resolución Ministerial 640/2007 establece la obligatoriedad de notificar el caso, definida como tal la defunción de una mujer en edad reproductiva (de 10-49 años), e identifica al responsable de la notificación: el efector ó la jurisdicción. Sin embargo, aún la notificación es lenta y tardía, por lo que es necesario fortalecer el concepto de la importancia de la misma para que se produzca dentro de las 24 hs de producido el evento .

c) CENTROS DE LACTANCIA MATERNA (CLM)

Un Centro de Lactancia Materna es un espacio en el que, con una política activa y personal especialmente entrenado, se promueve, protege y apoya el uso de leche materna tanto en niños sanos como en niños con dificultades con la lactancia. Específicamente es un espacio dentro de una Maternidad u Hospital de Niños donde se extrae, conserva y distribuye leche materna para la administración a su propio hijo. Eventualmente el excedente no utilizado puede ser donado a un Banco de Leche Humana para su procesamiento y distribución a otros niños.

El objetivo fundamental de los Centros de Lactancia Materna (CLM) radica en estimular la lactancia materna para de esta manera descender la morbi-mortalidad neonatal.

Proyecto: Creación de Centros de Lactancia Materna

Justificación: Fomentar la Lactancia materna y la utilización de leche humana en la alimentación de prematuros, RN y lactantes hasta el segundo año de vida o más.

Localización: 100 Maternidades más grandes del país.

Descripción: Crear o fortalecer en el ámbito de las Maternidades seleccionadas un Centro de Lactancia

Meta: Contribuir a elevar el número de niños con lactancia materna exclusiva a los 6 meses a 45% y promover la lactancia continuada hasta los dos años

Objetivos: Que todos los niños nacidos en estas Maternidades:

• Inicien la Lactancia Materna

• Sean dados de alta con Lactancia Materna exclusiva

• Sean contactados con consultorios o redes de apoyo a la Lactancia Materna al alta hospitalaria

Planta Física: Idealmente contará con una oficina, una sala de espera, un área de preparación e higiene materna, un espacio de extracción, y un espacio para la manipulación, fraccionamiento y guarda de la leche extraída

Equipamiento e insumos: será indispensable que estos centros dispongan de extractores manuales y eléctricos de leche, heladeras, freezers, agua caliente y fría, calefacción y refrigeración, sillas para las madres, jabón y toallas descartables entre otros elementos indispensables para el buen funcionamiento del mismo

Recursos Humanos: Nutricionistas, enfermeras, auxiliares entrenados

Normas y Procedimientos: Para el trabajo en estos centros se prevé la realización de manuales y normas de procedimientos que servirán como base para el desempeño en estas Maternidades. En todo caso, cada Maternidad podrá elevar los requisitos por encima de lo propuesto por este Ministerio

d) CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

La consejería es siempre una acción de promoción de la salud y de educación, simultáneamente. Su efectividad requiere de un total alcance poblacional, (individuos y grupos) y su eficacia requiere de la información actualizada, oportuna

y validada científicamente. A partir de ello, el objetivo de la consejería consiste en posibilitar el acceso gratuito, adecuado, y a tiempo, a los medios necesarios para ejercer el derecho a una elección autónoma e informada acerca de la salud. Sin dudas, es una forma de intervención multidisciplinaria, integral y multifactorial que llevan a cabo centros específicos con personal especializado, los proveedores de servicios (a través de sus equipos de salud, en sus distintos niveles de atención) y las agencias y actores sociales de la comunidad (en forma conjunta con los anteriores) en acciones educativas y de promoción de la salud.
Una meta a alcanzar consiste en poner los esfuerzos en la población a fin de que, en la práctica, puedan diferenciarse claramente lo que son los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

A saber:
Los Derechos Sexuales son aquellos que incluyen el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente en materias relacionadas con ella. Significa tener derecho al placer sexual, al ejercicio de la sexualidad, a tomar decisiones sobre con quien, cuando y como disfrutar de su sexualidad, con pleno respeto por la integridad física, psíquica y moral.

Por su parte, los Derechos Reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, disponiendo de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Además, incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Las consejerias apuntan a ser la herramienta esencial que permitirá concretar, en tiempo y forma, tales derechos en la práctica de manera que cada ciudadano

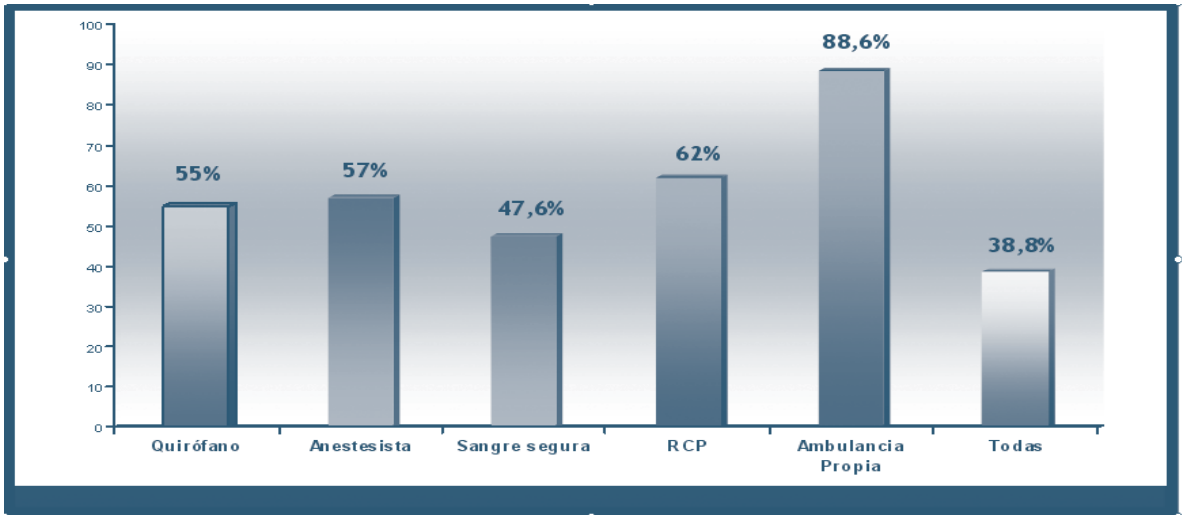
pueda gozar plenamente de sus derechos, disfrutar de su sexualidad, planificar la reproducción y decidir libremente de forma conciente, deliberada e informada.

2) CUMPLIMIENTO Y MONITOREO DE LAS CONE

En la idea de fortalecer las maternidades seguras, un aspecto fundamental en tal sentido, lo constituye el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), por ser un requisito esencial que deberían cumplir todas las maternidades y neonatologías del país. Aunque sabemos que no es una condición suficiente para garantizar un parto seguro, sin dudas es una condición necesaria para alcanzarlo.

Actualmente, los datos en cuanto al % global de cumplimiento de las CONE, según una encuesta realizada en 768 Maternidades del país (2003-2004), arroja las siguientes cifras:

***Grafico 6. Cumplimiento y Monitoreo de las CONE*.**



Fuente: Ministerio de salud de la Argentina.

Es evidente por lo que traducen estas cifras, que son pocas las maternidades que cumplen con las condiciones de “maternidades seguras”. Cuánto menos partos tiene una maternidad, mayor es la probabilidad de que no se cumpla con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales.

3) REGIONALIZACIÓN

La neonatología, como especialidad de alta complejidad, surge a partir de la década del ‘70. Las primeras unidades aparecieron en Estados Unidos, en California, vinculadas a centros de investigación en fisiología cardiopulmonar.

A partir de esta experiencia, se generaliza el concepto de que la recepción y el cuidado de los recién nacidos sólo puede hacerlo el especialista en recién nacidos: el neonatólogo.

En la Argentina la especialidad se difunde a partir de la década del ‘80 con la aparición de las primeras unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Desde ese momento empieza a generalizarse la idea de que sólo se puede tener una maternidad si se tiene una UCIN que se haga cargo de los pacientes de Alto Riesgo.

En los primeros años, el atractivo de una especialidad nueva y pujante permitió la creación de residencias y dotó al sistema de neonatólogos. Esto duró relativamente poco y desde mediados de la década del ‘90 se ha visto una progresiva disminución en el número de aspirantes a las residencias de neonatología (que es una residencia post básica).

Parte de esta disminución se da como consecuencia de la particular organización del sistema de salud. Los profesionales neonatólogos se dedican a hacer guardia. Contratan por un número de horas, 24, 35, 40, que en la mayoría de los casos incluye las horas de guardia. Para poder tener un ingreso adecuado a las

expectativas, estos médicos hacen varias guardias por semana en distintos servicios – y distintos efectores – alternando entre el sector público y el privado. Estos profesionales, altamente capacitados, ven un futuro de guardias que no ofrece una perspectiva atractiva de crecimiento y progreso y sí una de progresivo desgaste físico acompañado de una pobre calidad de vida. El recurso, por lo tanto, escasea y esta escasez seguirá en aumento.

El número de UCIN ha crecido desordenada y geométricamente. Y el recurso humano, que evidenció un notable aumento al principio, ha decrecido en los últimos años. La consecuencia es que hay una sobreoferta de UCIN con un déficit de personal médico.

Como ejemplo, dentro del sector público, en la CABA en 20 cuadras a la redonda existen 4 efectores que atienden Neonatos: Los Hospitales de Niños, de Clínicas, Rivadavia y Fernández. Entre los 3 últimos no llegan a la mitad de los partos de la Maternidad Sardá. Entre los 4 juntan 9 neonatólogos por día de guardia, cuando la Maternidad Sardá tiene 3.

La situación con enfermería no es mejor. A la escasez generalizada de enfermeras en el sistema de salud, se suma la fragmentación en la oferta de servicios. Habría interesantes ejemplos que agregar de los mismos centros públicos antes mencionados.

Los partos de bajo riesgo no necesariamente deben ser atendidos por neonatólogos. Deben ser atendidos por personal que esté capacitado para la emergencia y que tenga vinculación geográfica regional con centros de alta complejidad que puedan resolver las situaciones derivadas.

4) REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El Sistema de Salud actual, en todas las provincias, está integrado por centros de salud y hospitales de diferente complejidad.

Si bien los centros de salud reconocidos por la comunidad, constituyen el primer nivel de atención y contribuyen a disminuir las barreras existentes, es necesario organizar el segundo nivel de atención, el hospital local de referencia, para asistir a los pacientes referidos para interconsulta, tratamiento especializado o urgencia.

A pesar de que se utiliza la estrategia de atención primaria de la salud y la implementación de los sistemas locales, la organización de la referencia y contrarreferencia entre los centros de salud y el hospital local no se logra eficazmente y es una de las asignaturas pendientes de los sistemas de salud. Las redes se encuentran (aún en aquellas provincias en las que las zonas sanitarias se hallan establecidas) desorganizadas. El objetivo general consiste en organizar un sistema de referencia y contrarreferencia inserto dentro del sistema de salud que dé una respuesta suficiente y oportuna a las necesidades de atención de la población.

Objetivos específicos:

- Implementar redes de referencia-contrarreferencia para emergencias, internación e interconsultas, con turnos programados
- Fortalecer la red de comunicación y transporte a fin de evitar el desplazamiento innecesario de la comunidad
- Organizar redes de servicios intermedios para exámenes complementarios: tomas descentralizadas de muestras de laboratorio, PAP y colposcopía, de Diagnóstico por Imágenes (Ecografía y Radiología) con turnos programados en los efectores correspondientes.
- Para ello se hace necesario generar acuerdos entre:

- Las instancias institucionales (nacionales, provinciales, municipales, regionales, etc.) con decisión política
- Las instancias operativas (directores de hospitales, responsables de área programática, jefes de servicios hospitalarios involucrados y responsables de Centros de Salud, integrantes del sistema local, entre otros)
- La propuesta nacional consiste en establecer un Modelo de Referencia y Contrarreferencia, articulando con los Hospitales Garrahan y Posadas11, en pediatría y obstetricia, respectivamente. Se prevé que la oficina provincial central de referencia y contrarreferencia pueda articular con las oficinas de los efectores antes mencionados para casos que requieran intervenciones específicas en el nivel nacional central.

2.2.2.3 Evaluación Y Capacitación En Servicio. De la evaluación, surgen datos preocupantes referidos al nivel organizativo y operativo, en los cuales habría que poner todos los esfuerzos para revertir.

A saber:

1. El menor promedio de cumplimiento (68,7%) se observó en RR-HH.
2. El 37% no realiza actividades de educación continua con el equipo de salud.
3. El 42% tiene problemas de organización y funcionamiento.
4. El 79% no cuenta con residencia para obstétricas y el 40% no cuenta con residencia de tocogineco.
5. El 51,2% no realiza ameu para legrados uterinos.
6. El 42% no cuenta con normas de control para infecciones intrahospitalarias y bioseguridad
7. El 48,8% no cuenta con servicio de ecografía de guardia las 24 hs.

Estos datos son particularmente interesantes, ya que son producto de una auto-evaluación y no de un proceso de auditoría externa que permita la acreditación para el funcionamiento específico.

Para lograr una adecuada jerarquía del recurso público en salud se requerirá de un proceso conjunto de evaluación y acreditación. Además, en primer lugar, será menester poner en funcionamiento todos los recursos de capacitación disponibles que permitan una reorganización de los efectores para mejorar los procesos administrativos y asistenciales internos.

En segundo lugar, se deberá jerarquizar y recategorizar los recursos humanos provinciales y nacionales e implementar un mecanismo de ingreso y permanencia para los nuevos actores que se vayan incorporando al sistema sanitario nacional (Promotores comunitarios, Obstétricas, Enfermeras, entre otros). Además de estos mecanismos, y para lograr un sustancial cambio en la actividad asistencial, las provincias y los servicios, con la ayuda de técnicos y de Nación – cuando fuera necesario – deberían rediseñar la planta de recursos humanos de cada efector público para asegurar que se le brinda a la población el mejor servicio posible y de acuerdo con los estándares nacionales e internacionales diseñados para lograr los mejores resultados en salud. Esto es particularmente necesario ya que según la encuesta antes mencionada, casi el 69 % de los efectores incluidos en este análisis reportan NO contar con personal adecuado a las necesidades de las instituciones.

En tercer lugar, se deberá promover un sistema que permita implementar la capacitación continua en servicio, para todos los recursos humanos a fin de mantener actualizado el trabajo y desempeño de los equipos de salud, en pos de una mejor y mayor calidad en la atención.

Sin dudas, el desafío a realizar es complejo y arduo, pero la voluntad política, asentada en los encuentros del CO.FE.SA., además del manifiesto apoyo de los equipos territoriales provinciales, serán esenciales para generar los cambios necesarios.

2.2.2.4 Comunicación.

“No es suficiente que una reforma, innovación, proyecto o programa esté bien diseñado y financiado. Es necesario, además, que sea bien comunicado, que movilice voluntades y deseos”

El Plan presente se ha sido concebido desde una concepción de la comunicación como un espacio de producción de sentidos sociales, donde lo macro-social y lo micro-social se unen para generar procesos más amplios de participación y cambio social.

Esto implica cambios sustanciales para el campo de la comunicación, la labor de las/os comunicadores y la de los organismos gubernamentales y comunidades involucradas en estrategias de comunicación como la del presente plan. La comunicación deja de ser un “instrumento al servicio de”, para convertirse en una “dimensión estratégica” en la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.

En este sentido, el Plan Estratégico de Comunicación no se reduce a diseñar y redactar mensajes atractivos, sino que se incorpora la visión estratégica que implica crear nuevos significados comunes, poner en cuestión prácticas que resultaban un obstáculo para evitar la muerte materno infantil, lograr que los ciudadanos y ciudadanas sean más sensibles a ciertos temas e impulsar la participación de los excluidos de la conversación pública.

La comunicación es un proceso mediante el cual se crea y estimula el diálogo, la discusión, la toma de conciencia sobre la realidad social, la propia identidad cultural, la confianza, el consenso y el compromiso entre las personas. Debe llegar, a través de los diversos medios de comunicación, no solamente a los efectores, sino a los hogares, las escuelas y otros espacios de circulación de la población (vía pública, comercios, espacios de recreación, etc.) Esto implica por

un lado la utilización de los medios masivos de comunicación, pero también los medios comunitarios (municipales, regionales, barriales, de bajo alcance), la utilización de los lugares como salas de espera como espacios de comunicación y un fuerte impulso a lo que tiene que ver con las consejerías y los talleres. La comunicación será responsable de crear sentidos con el fin de que las propuestas resuenen en cada una de las audiencias a alcanzar.

Destinatarios:
El Plan está dirigido a la población general y las mujeres en edad fértil en forma particular. Asimismo, se ha incluido entre los destinatarios a los equipos de salud de los diversos niveles y a las/os promotores y agentes de salud.

Ejes Principales:

- El Plan de comunicación debe desarrollar una estrategia comunicacional para informar, sensibilizar y fomentar la participación ciudadana. En este sentido se considera que el Plan estará sostenido por dos pilares que guían y sostienen las diferentes acciones y estrategias comunicacionales propuestas:
- Acceso a la Información
- Sensibilización de la población
- El acceso a la información es un derecho, que permite entre otras cosas que las personas puedan tomar decisiones en relación a su salud. Es necesario asegurar que la información sobre derechos y recursos llegue a toda la población, en particular a aquellos sectores sociales más vulnerables.
- Se trata de, a través de la información, aportar a la promoción de la salud de la población, proporcionando herramientas que permitan mejorar su salud y el control que ejercen sobre la misma y la de su familia y comunidad.

- El acceso a la información facilita que los individuos y las comunidades puedan desarrollar una participación concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud.
- Para que la información llegue, debe estar presentada de manera clara, en un lenguaje accesible y adecuado y diferenciado según las prácticas culturales de cada comunidad y población destinataria.
- En este sentido se prevé el diseño de un plan que incluya la difusión de mensajes comunes a través de los medios masivos, pero también la difusión de mensajes particulares para cada comunidad.
- Con este Plan se propone que la población:
- Reciba la información adecuada que le permita estar atenta/os a los factores de riesgo para su propia salud y la de su familia y entorno.
- Pueda ampliar el conocimiento sobre la necesidad de realizar controles prenatales periódicos, precoces e integrales.
- Se apropie de los espacios de consejería y consulta. Conozca que puede contar con ellos a la vez que ejerce el derecho a recibirlos.
- Acceda a la información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, las características de cada uno, los controles que requieren, su gratuidad, etc.
- Conozca sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.
- Acciones de comunicación:
- Integración del referente de comunicación a las UEP: Con el fin de asegurar el seguimiento, evaluación y monitoreo de las acciones de comunicación se propone la integración del referente comunicacional a la Unidad Ejecutora Provincial de cada provincia. Se considera necesaria una interacción periódica del área de comunicación con los referentes de las diversas áreas (Maternidad e Infancia, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacer, etc.) a fin de coordinar las acciones y realizar el necesario

seguimiento y monitoreo sobre las Campañas y demás acciones comunicacionales desarrolladas.

- Material que acompañe las estrategias de captación y acompañamiento del embarazo.
- Talleres de comunicación comunitaria: formación de agentes y promotores sanitarios en las nociones básicas de la comunicación comunitaria con el fin de que cuenten con herramientas adecuadas para comunicar a las comunidades de pertenencia las nociones básicas para la promoción y prevención de la salud.
- Armado de material de apoyo –guías- que brinden herramientas para el trabajo de los agentes sanitarios. Material informativo que acompañe las capacitaciones en el auto-examen y auto-cuidado de la salud y el cuidado comunitario.
- Material para obstétricas.
- Material para la mamá que sale de la maternidad.
- Material sobre los Centros de Lactancia Materna
- Material para las Consejerías en Salud Sexual y Procreación Responsable
- Campaña Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil (spots de radio y televisión).
- Campañas Locales.
- Página web / Red de Comunicadores en Salud. (50)

2.3 COSTA RICA.

2.3.1 Programa De Salud Integral De La Mujer. Mujer Durante El Embarazo De Bajo Riesgo Obstétrico.

2.3.1.1 Propósito. El Programa de Salud Integral de la Mujer tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud biopsicosocial de la población femenina, mediante acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de su salud, que conlleve al desarrollo integral de la mujer, la madre, el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto.

2.3.1.2 Objetivos Generales.

1. Ofrecer atención integral de salud a la mujer durante todas las etapas de su vida, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo, en especial a las embarazadas y recién nacidos.
2. Extender las coberturas y mejorar la calidad de la atención a la mujer en la etapa preconcepcional, concepcional y post-concepcional, así como en la etapa posterior a la edad reproductiva.
3. Fortalecer la capacidad operativa de los servicios de salud a la mujer y las embarazadas a través de mejorar el sistema de programación local, la supervisión, monitoreo y evaluación del Programa.
4. Promover la capacitación y actualización científico-técnica continua del recurso humano
responsable de la atención gineco-obstétrica y perinatal.
5. Realizar e incentivar investigaciones médico-psicosociales y operativas con relación a la situación de salud de la mujer, su familia y la comunidad.
6. Fomentar la concepción integral de la Salud Sexual y Reproductiva de la Población,
integrando el aspecto psicosocial, individual y colectivo, además del ambiente socio-cultural, respetando y rescatando la medicina tradicional.

2.3.1.3 Objetivos Específicos.

1. Disminuir las tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal
2. Brindar atención integral, temprana, periódica, completa y oportuna, con amplia cobertura a las embarazadas.
3. Ofrecer atención especial a las embarazadas de alto y muy alto riesgo obstétrico y perinatal.
4. Promover el buen estado nutricional de la embarazada.
5. Reducir la incidencia de recién nacidos de bajo peso.
6. Identificar y controlar los factores de riesgo que condicionan la salud bucal.
7. Mejorar la calidad del diagnóstico prenatal de las patologías fetales
8. Promover la detección precoz y orientación a individuos con riesgo de transmitir enfermedades hereditarias.
9. Eliminar el Tétanos Neonatal, la Sífilis Congénita y el Síndrome de Rubeola Congénita.
10. Extender la cobertura de atención del parto institucional y mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido.
11. Fortalecer la vigilancia de la práctica de la operación cesárea a nivel institucional.
12. Mejorar la calidad de la atención del puerperio inmediato y ampliar las coberturas del
puerperio tardío.
13. Asegurar el apego inmediáto del recién nacido al pecho materno y promover el alojamiento conjunto.
14. Promover las acciones de capacitación y educación dirigidas a mantener e incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.
15. Realizar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal
16. Mejorar el sistema de información perinatal
17. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer ginecológico
18. Extender las coberturas e intensificar la promoción, prevención y diagnóstico de las lesiones preinvasoras del cáncer del cuello uterino

19. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mamas
20. Proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad
21. Disminuir la incidencia de embarazos no deseados y del aborto
22. Promover el estudio y tratamiento de la pareja infértil
23. Asegurar la vigilancia, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual
incluyendo el VIH/SIDA de acuerdo a las normas específicas.
24. Promover la educación en sexualidad humana y salud reproductiva a toda la población, haciendo énfasis en los adolescentes y reforzando el autocuidado de la salud
25. Disminuir la morbilidad asociada a la Menopausia y el Climaterio
26. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente las acciones del programa en todos los niveles y el cumplimiento de las normas de atención.
27. Asegurar el desarrollo programado de actividades de educación continua al recurso humano responsable de la atención de la mujer, las embarazadas y los recién nacidos.
28. Diseñar y ejecutar investigaciones en los diversos campos de la salud reproductiva y sexual, incluyendo aspectos nutricionales, de género, violencia intrafamiliar y otros.

2.3.1.4 Ejecución Del Programa.

2.3.1.4.1 Unidades Técnico-Administrativas.

Nivel Nacional

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable del Programa en todo el país. El Nivel Nacional está representado en las diversas Direcciones del Ministerio de Salud. Desde el punto de vista técnico normativo, la Dirección

General de Salud y la Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Sección de Salud Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es responsable de la elaboración, actualización, implantación y difusión de las Normas y de supervisar el cumplimiento de las mismas. El Departamento mantiene coordinación con el Departamento Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable de los aspectos organizativos de la atención en los servicios de salud y de supervisar la calidad de la misma. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

Nivel Regional

El Director Regional de Salud, con el apoyo de su Unidad de Gestión y del Coordinador asignado al Programa de Salud Integral de la Mujer, son responsables de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del Programa en los establecimientos de salud de la Región. Estas actividades se realizan con la asesoría técnica del Nivel Central.

El equipo coordinador, en conjunto con las unidades de desarrollo humano regionales, es responsable del desarrollo del programa de capacitación y actualización del personal que realiza las actividades del Programa.

Nivel Local

Los Directores de los establecimientos de Salud de nivel local (Hospitales, Centros de Salud, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-centros y

Puestos de Salud), con participación de todo su equipo de salud, tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa en todos sus componentes. El Director Médico asegurará la adecuada y óptima utilización de los médicos especialistas y médicos generales, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas y otros miembros del equipo de salud.

B. REGIONALIZACIÓN Y SECTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El país está dividido en catorce Regiones de Salud según características geográficas y poblacionales. A su vez, las Regiones están divididas en Áreas de Salud. La red de servicios la forman Hospitales Nacionales, Provinciales y Rurales, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud

C. NIVELES DE ATENCIÓN

El Programa de Salud Integral de la Mujer se ejecuta siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva y de acuerdo a los recursos disponibles, utilizando un Sistema de Referencias.

D. TRABAJO EN EQUIPO

El equipo de salud está integrado por médicos generales y especialistas, enfermeras generales y especializadas, auxiliares de enfermería, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, técnicos de laboratorio, técnicos y auxiliares de registros médicos, inspectores de saneamiento ambiental, secretarias, personal de aseo y otros funcionarios administrativos y técnicos de acuerdo a los recursos existentes en cada instalación de salud.

Los diversos integrantes del equipo tienen funciones y actividades definidas que les permite participar de forma coordinada para el logro de los objetivos del

Programa. Se promueve una política de integración funcional de los servicios y disciplinas para obtener un rendimiento óptimo técnico-administrativo.

E. TECNOLOGÍA APROPIADA

La tecnología a utilizarse se basará en la programación según el enfoque de riesgo y en modelos de asistencia regionalizada. El tipo de atención y la tecnología requerida estará condicionado al grado de riesgo diagnosticado y al recurso humano disponible.

F. PROYECCIÓN COMUNITARIA

El equipo de salud tiene funciones educativas y de promoción para el desarrollo de la comunidad para contribuir a modificar los factores de riesgo que inciden en la salud de la población y lograr su participación y compromiso en el mantenimiento de la salud.

G. PROGRAMACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

La Programación anual de las actividades se hará en cada instancia con base en la población Universo, las metas establecidas y los recursos disponibles. Una copia de la Programación y Evaluación Anual de la Región se remitirá al Nivel Central adjuntando el formulario correspondiente.

Para garantizar el desarrollo efectivo de las actividades del Programa, los diferentes niveles (Nacional, Regional y Local) programaran supervisiones periódicas de sus áreas de responsabilidad y se realizaran evaluaciones semestrales y anuales de los logros del Programa, con base en la Programación establecida.

2.3.1.4.2 Principios Básicos.

A. Atención Integral

La atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género y su efecto en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

B. Educación

La educación debe estar inmersa en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa, de forma permanente.

Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

Las actividades educativas hacia los usuarios y la población en general permitirán desarrollar los siguientes aspectos, entre otros:

• Programas de promoción y educación sobre autocuidado de la salud dirigidos en especial a grupos femeninos de todas las edades.

• Educación en salud sexual y reproductiva con énfasis en mujeres en edad fértil

• Programas de educación y orientación para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual en la adolescencia

• Programas educativos que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

C. Investigación

Se fomentará la investigación clínica, epidemiológica, etnográfica, de género y operativa que contribuya a enriquecer el diagnóstico de la situación de salud materna y perinatal, de la mujer, la familia y la comunidad en general y permita la aplicación de acciones preventivas y de atención con énfasis en los grupos de riesgo.

D. Administración

La organización y administración adecuada de los servicios de salud deberán garantizar la utilización óptima y eficiente de los recursos para garantizar una atención integral. Los sistemas locales de salud promoverán la participación social y favorecerán la participación de las mujeres en la gestión.

2.3.1.4.3 Sistema Nacional Mortalidad Materna.

Objetivo

- Mejorar la calidad de atención en salud
- Identificando los factores de riesgo: asociados y causales, relacionados con la muerte materna
- Promover cambios en el equipo y en los servicios de salud
- Fomentar los estilos de vida saludables
- Reducir la morbimortalidadmaterno-perinatal

Meta Principal:

La vigilancia y la reducción de la mortalidad materna.

- Esto genera, Información, para el desarrollo de programas e intervenciones, para lograr:
- El mejoramiento de la salud de las madres
- La reducción de la mortalidad materna
- El perfeccionamiento de la calidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- Reducir los eventos de muertes maternas a nivel nacional en un : 30%

ACCIONES PARA DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-PERINATAL

- Evaluación de la maternidad y sus servicios de apoyo: emergencias, Registros Médicos, Anestesia, Sala de operaciones, para iniciar un proceso de mejoramiento de la calidad de la atención: experiencia en el Hospital de Upalay el hospital de Liberia.
- Reporte de todo evento de muerte materna en un 100% a nivel nacional.
- Elaboración de la Trazadora Prenatal, que servirá para monitorearla calidad de la consulta prenatal a nivel nacional.
- Implementación de la normativa de que, a toda mujer en edad reproductiva se le investigue la fecha de la última menstruación independientemente del motivo de la consulta o internamiento hospitalario.
- Implantación de la vigilancia de las dos primeras horas de posparto en forma estricta dentro de la sala de partos.
- Intervención de enfermería obstétrica en la valoración de la mujer embarazada en los servicios de Emergencias.
- Capacitación a médicos generales en la metodología de Enfoque de Riesgo.
- Mayor concientización de inscribirse en los Cursos de Preparación al parto, por parte de la población gestante.
- Revisión de la norma de atención Prenatal, con los niveles locales y regionales Ministerio de Salud y C.C.S.S en todo el país.
- En todas las maternidades de los hospitales de la C.C.S.S existe un comité de Mortalidad Materna.

- Todo comité de Mortalidad Materna está constituido por: un medico gineco-obstetra, enfermería obstetrica, trabajadora social y por un representante de Registros Médicos.
- En todo evento de muerte materna que se analice, debe de haberse realizado la visita domiciliar respectiva, para conocer el grado de satisfacción o no por parte de la familia, en relaciona la atención brindada a la mujer embarazada fallecida.
- Elaboración de un Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna que ha sido incorporado en todas la maternidades del país, C.C.S.S. así como, en las maternidades de los hospitales privados
- El Sistema Nacional de Evaluación de Mortalidad Materna se encuentra repaldado por el decreto No. 28147-S publicado en la Gaceta del 22 de Octubre de 1999.
- Para el año 1997 se realizo un diagnostico de reportes de muertes materna, encontrándose un sub-registro de un 40%,
- Para el año 2003 el subregistro de eventos de muertes maternas ha descendido en un 75%, del total diagnosticado en 1997. (51)

2.4 BRASIL.

2.4.1 La Construcción De La Calidad De La Atención Prenatal. En el cuidado de la salud de las mujeres, la atención prenatal y el parto debe ser organizada para satisfacer las necesidades de las mujeres durante el embarazo y el posparto, a través de la utilización de los conocimientos técnico-científicos y los medios y recursos más adecuados para cada caso en el contexto de humanización de la asistencia.

La organización de la atención obstétrica en la red del SUS es organizar y regular las redes de atención al embarazo, el parto, el puerperio y recién nacido, establecer las actividades que integran todos los niveles de atención y garantizar

la atención adecuada a la mujer en todo el embarazo y el parto. En este contexto, el sistema de salud debe garantizar la cobertura de toda la población de mujeres durante el embarazo y después del parto, atención obstétrica y neonatal de forma integrada, mediante la regulación de los niveles de atención primaria y especializada ambulatoria y el control de las camas obstétricas y neonatales.

2.4.2 Condiciones para la Atención Prenatal y el Parto Eficaz.

1. Humanización de la atención obstétrica y neonatal como un factor esencial para el un seguimiento adecuado de la mujer durante el embarazo, el parto y la puerperio y del recién nacido.
2. Diálogo con la población, especialmente con las mujeres, en aspectos de la atención prenatal en la salud y las diversas acciones comunitarias.
3. Captación temprana de las mujeres embarazadas a atención prenatal en primer trimestre del embarazo, a las intervenciones a lo largo del tiempo el embarazo y el posparto, ya sea para la promoción, prevención o tratamiento. Es necesario que las mujeres se practiquen la prueba de embarazo en la unidad de salud, cuando sea necesario. Los primeros controles y la atención prenatal y su continuidad en curso requieren cuidado con el establecimiento de los vínculos mutuos entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas.
4. La calidad técnica de la atención debe ser Periódicas y un seguimiento continuo de todas las mujeres durante el embarazo y el puerperio, tanto en la unidad de salud como en la casa, y garantizar el seguimiento durante todo el embarazo, con la clasificación de riesgo en el primer embarazo y las consultas posteriores, proporcionando aclaración y orientación necesaria para las acciones de educación.

2.4.3 Cumplimiento de las Responsabilidades de los Tres Niveles de Gestión.

2.4.3.1 Federativa.

• Asesorar a los estados, municipios y Distrito Federal en la organización de sus sistemas de atención obstétrica y neonatal, con la definición de unidades de referencia y contrarreferencia, la estructura del centro la regulación y el despliegue de sistemas móviles de la atención.

• Asignar recursos para la cofinanciación de las acciones relativas a atención obstétrica y neonatal.

• Vigilar el desempeño del sistema de atención obstétrica y neonatal y los resultados alcanzados a través del control de los indicadores de la morbilidad materna y neonatal en el ámbito federal.

2.4.3.2 Estado.

• Desarrollar, en colaboración con los Departamentos Municipales de La salud, los planes regionales, la organización de sus sistemas estatales y regionales de atención obstétrica y neonatal que se ocupan de todos los niveles de atención.
• Organizar y garantizar el funcionamiento del centro de la regulación estatal de obstétrica y neonatal.
• Asesorar a los municipios en la estructuración de las municipales y regionales regulación de la obstétrica y neonatal y la aplicación de los sistemas móviles de la atención.
• Asignar recursos financieros propios para el Programa de Desarrollo de Humanización en el control prenatal y Nacimiento.
• Vigilar el desempeño del sistema de atención obstétrica y neonatal y los resultados obtenidos a través del control de los indicadores de la morbilidad materna y neonatal en el estado.
• Asesorar a los municipios en el proceso de aplicación, seguimiento, evaluación y el seguimiento de la atención prenatal, parto y puerperio.

2.4.3.3 Municipales.

• Participar en la preparación de planes regionales para la organización de la atención

obstétrica y neonatal, junto con el Departamento de Salud del Estado.

• Garantizar la asistencia de la atención prenatal y en su propio territorio y completar el registro y control de las mujeres embarazadas.

• Asegurar el acceso para llevar a cabo pruebas de laboratorio para seguir el atención prenatal en su propio territorio o en otro municipio, de acuerdo con programación regional.

• Garantizar la asistencia de todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos que buscar los servicios de salud y prestar servicios hospitalarios, donde necesarias en su propio territorio o en otro municipio, de acuerdo con programación regional.

• Establecer un punto de referencia para la atención ambulatoria y el hospital las mujeres embarazadas de alto riesgo en su propio territorio o en otro municipio conformidad con la programación regional.

• Organizar y asegurar el funcionamiento de la ordenanza municipal de obstétrica y neonatal y el funcionamiento del servicio móvil pre-e inter-hospitalaria.

•Asignar recursos financieros propios para el desarrollo de la atención prenatal, parto y puerperio.

• Vigilar el desempeño del sistema de atención obstétrica y neonatal y los resultados obtenidos a través del control de los indicadores de la morbilidad materna y neonatal en el nivel municipal.

2.4.4 Requisitos Para El Desarrollo De Acciones.

1. Disponibilidad de recursos humanos que puede acompañar a la embarazada de acuerdo con los principios y directrices de la política nacional para la atención la salud de los adolescentes y mujeres adultas en su contexto familiar y social.

2. Espacio físico adecuado para la atención a las mujeres embarazadas y las familias en La unidad salud, higiene y buena ventilación.

3. Instrumentos para el registro, procesamiento y análisis de datos disponibles, para permitir la vigilancia sistemática de evolución del embarazo, el parto y el puerperio por medio de la recogida y análisis de los datos obtenidos de la unidad de salud o en el hogar. El flujo de información entre los servicios de salud, el sistema de referencia y contrareferência, debe estar garantizada. Por tanto, debe utilizarse:

- Tarjeta de las mujeres embarazadas: instrumento de registro. Debe contener las principales datos para el seguimiento del embarazo, que son importantes para la referencia y contrarreferencia. debe ser, siempre, con la mujer embarazada .
- Hoja de datos perinatal: instrumento de recolección de datos para su uso por parte de los profesionales de la unidad. Deberá contener los datos clave para la vigilancia

el embarazo, el nacimiento, el recién nacido y el puerperio.

- Formulario de inscripción de mujeres embarazadas: instrumento de información de la mujer embarazada.
- Declaración de la revista: herramienta para la evaluación de las acciones de atención prenatal. Deberá contener la información mínima necesaria previstos para cada consulta.

4. Los medicamentos esenciales: los antiácidos, antieméticos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, supositorio de glicerina, hioscina, analgésicos, antibióticos, antihipertensivos, anticonvulsivantes, cremas vaginales.

5. Evaluación de la atención prenatal, para identificar los problemas de la salud de la población objetivo.

2.4.5 Utilización de la Atención Prenatal y el Parto - el Papel De Equipo Multiprofesional. La atención prenatal y el parto debe ser proporcionada por el equipo salud. Consultas de prenatal y posparto pueden ser realizadas por profesionales médico o enfermera. Según la Ley de la Práctica de Enfermería Profesional

- Decreto N º 94406/87 - la atención prenatal de bajo riesgo podrán ser acompañados por enfermero (a).

2.4.6 Agente Comunitario de Salud.

Funciones

• Visitas domiciliarias, la identificación y el desarrollo de la mujer actividad de la educación de las mujeres embarazadas y sus familias, centrándose en la salud básica y nutrición, higiene y cuidado de la salud.

.• Debe referirse la mujer embarazada a los servicios de salud o decirle a la enfermera

o el médico de su equipo si está presenta: fiebre, escalofríos, flujo mal olor, la pérdida de sangre, palidez, aumento frecuencia contracciones uterinas, ausencia de movimientos fetales, endurecimiento del pecho, eritema y calor y dolor al orinar y los signos de alarma.

• Debe notificar al médico o la enfermera en el caso de los adolescentes, sobre la por el rechazo del embarazo adolescente o su familia.

• Orientación sobre la frecuencia de las consultas, la identificación de situaciones de riesgo y adelante para el diagnóstico y el tratamiento.

• Realiza la captura de los embarazos precoces para la primera consulta y para consultas posteriores.

• Llevar a cabo visitas en el período posparto, que acompaña el proceso de alimentación,

guías de la mujer y su pareja acerca de la planificación de la familia.

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

• Realiza la educación de las mujeres y sus familias.

• Verifique el peso, la altura y la presión arterial y registrar los datos de la tarjeta embarazadas.

• Proporciona la medicación, prescripción médica en los medicamentos estándar para el programa.
• Aplicar las vacunas.
• Participar en actividades educativas.

ENFERMERO(A)

• Realiza la educación de las mujeres y sus familias.
• Realiza la consulta prenatal de bajo riesgo de embarazo.
• Convocatorias de exámenes de rutina y guías como el protocolo de tratamiento servicio.
• Reenviar las madres identificadas como en situación de riesgo para el médico.
• Realizar actividades con grupos de mujeres, grupos de la sala de espera etc.
• Visitas Domiciliarias.
• Ofrece la tarjeta de embarazo fecha de vencimiento para cada consulta.
• Realiza la recogida de examen de citopatologia.

MÉDICO

• Realiza la consulta prenatal, intercalados con enfermero (a).
• Convocatorias de exámenes y tratamiento como guías y normas técnicas operativos.
• Orientar las mujeres sobre los factores de riesgo.
• Identifica las mujeres embarazadas de riesgo, y las transmite a la unidad de referencia.
• Realiza la recogida de examen cito patológico.
• Ofrece la tarjeta de embarazo fecha de vencimiento para cada consulta.
• Formar parte de grupos de embarazadas y realiza visitas a domicilio cuando es el caso.

• Identifica las complicaciones y orientar a las mujeres a conducir a sitios de referencia cuando sea necesario.

2.4.7 Visitas Domiciliarias. Las visitas domiciliarias deben realizarse, preferentemente por la Comunidad, en la frecuencia necesaria para cada caso. Sin embargo, es menos de dos por el embarazo.

Se debería reforzar el vínculo entre la madre y la unidad básica salud y, a pesar de estar orientado a las mujeres embarazadas, deben tener plena y carácter global sobre la familia y su contexto social. Por lo tanto, cualquier cambio o la identificación de un factor de riesgo para el embarazo, o para otros miembros de la familia, debe ser observado y discutido con el equipo en la unidad de salud.

El seguimiento de la mujer embarazada debe llevar a casa los siguientes objetivos:
• Captura de las mujeres no embarazadas inscritas en control prenatal.
• Renovar embarazada ausente a la atención prenatal, especialmente aquellos de alto riesgo, ya que las complicaciones pueden surgir.
• Vigilar la evolución de algunos aspectos del embarazo, de acuerdo orientación de la unidad de salud, donde el desplazamiento la mujer embarazada a la unidad en determinado período, se considera que ocasiona molestias innecesarias.
• Completar el trabajo educativo con la mujer embarazada y su grupo familiar. (52)

2.4.8 El Pacto Nacional Reducción De La Mortalidad Materna Y Neonatal. Instalación Y Funcionamiento Del Comité Nacional De Vigilancia Y Evaluación.

Objetivo: Proponer estrategias de acción, directrices, instrumentos jurídicos para lograr la aplicación del pacto.

2.4.8.1 Comité de Mortalidad Materna.

Propósitos y Funciones

- Estimular la creación de los Comités
- Promoción de seminarios regionales y locales para aumentar la sensibilización,
  en conjunción con organizaciones de la sociedad civil.
- Capacitación de los miembros de las comisiones permanentes.
- Investigación de Muertes.
- Realización de las investigaciones de las muertes maternas en las localidades
  donde el sector de la Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Salud no está habilitada. Además, cuando se trata de una decisión local.

La naturaleza de la muerte

- Proyección de las muertes maternas según se ha informado, la no materna y claro, y llenar el formulario de la investigación.
- La investigación de todas las muertes de mujeres en edad fértil a identificación de las muertes maternas no declarados.

Las circunstancias en que se produjo el fallecimiento

- Verificar las condiciones de asistencia a las mujeres.
- Identificación de las características de la estructura social (familia y comunidad).

Análisis de la Muerte

• Evaluación de los aspectos de la prevención de la muerte: la definición de evitables
de la mortalidad materna.
• Identificación de los factores evitables:
a) la comunidad y las mujeres.
b) los profesionales.

c) institucional

d) desarrollo social.

f) no concluyentes.

g) ignoradas.

Información

• Participación en la corrección de las estadísticas oficiales, facilitando el fortalecimiento

de los sistemas de información.

• Difusión de los informes de todas las instituciones y organismos que pueden intervenir en la reducción de la mortalidad materna.

Educación

• Promover la discusión de casos clínicos en el hospital comités.

• Promoción del debate sobre la persistencia de niveles de mortalidad materna a partir de datos epidemiológicos.

• Promoción del debate sobre la cuestión de la mortalidad materna mediante la celebración de eventos a la prevención, programas de reciclaje y la educación continua y la producción de material educativo.

Definición de las medidas preventivas

• Preparación de propuestas de intervención para reducir de la mortalidad materna a partir del estudio de todos los casos.

Movilización

• Promoción del diálogo entre todas las instituciones pertenecientes a ya sea del gobierno o de sectores organizados de la sociedad civil, para garantizar la aplicación de las medidas sugeridas.

2.4.8.2 Carácter de los Comités. Los comités son principalmente entre y multidisciplinario. Tiene un punto de vista técnico-científicas, confidencial, no coercitiva o punitivas, con la función altamente educativa y la supervisión la aplicación de las políticas públicas.

2.4.8.3 Composición. La elección de los miembros de los comités de mortalidad materna depende de características de las instituciones y la población de cada región. Es esencial compuesto por representantes de diversas instituciones relacionados con el cuidado de la mujer y el registro de eventos vitales, o que tienen capacidad técnica para llevar a cabo la función.

La participación de sociedades científicas, entidades de clase, las entidades los derechos de las mujeres, los representantes del movimiento mujeres y feministas, y las instituciones de enseñanza ha sido fundamental el análisis de las muertes, la definición y aplicación de las medidas estas medidas. La representación del movimiento de mujeres indígenas y negro puede garantizar un recorte de la raza y la etnia a los propósitos y funciones de las comisiones. La representación de la fiscal en las comisiones es de gran importancia para definir formas innovadoras para garantizar la aplicación de medidas definidos por los comités de prevención. En el Estado de Pernambuco fue protocolo de intenciones firmado entre el fiscal del Estado que y el Comité para el Estudio de la mortalidad materna se establece la cooperación mutuo a la atención de la salud de la mujer y el fortalecimiento políticas públicas para la maternidad sin riesgo. Este acuerdo fue objeto de varias reuniones entre la comisión y el fiscal es un preámbulo a otro acuerdo firmado posteriormente entre los Fiscal y el Departamento de Salud del Estado de Pernambuco. Los comités de muerte materna puede estar compuesto de representantes las siguientes instituciones:

• Departamentos de Salud (Área Técnica de Salud de la Mujer, la vigilancia

Epidemiológica, Programa de Salud de la Familia y la Comunidad de Agentes Salud).

• Consejo Regional de Medicina.

• Consejo Regional de Enfermería.

• Sociedades Científicas (obstetricia y ginecología, pediatría y enfermería obstétrica, entre otros).

• Movimiento de la mujer.

• Movimiento de mujeres de negro e indio.

• Las escuelas de medicina, enfermería y salud pública.

• Juntas de la salud.

• fiscales.

• Departamentos, consejos de coordinación o la defensa de los derechos de mujer.

Los municipios que tienen las parteras deben tener en cuenta su representación en la comisión. Instituciones relacionadas con la protección de los derechos de los trabajadores rurales han expresado interés en participar en las comisiones, que puede ser una experiencia interesante para la definición de las políticas de salud dirigidas para las mujeres que viven en el campo. Cabe señalar que en los pequeños municipios, a menudo existen las representaciones de las instituciones antes mencionadas, que no debe para evitar la organización de un comité. En tales casos, la comisión podrá ser entrenada por profesionales que pueden ser entrenados para esta función. En el caso de un comité o comités para el estudio de las defunciones en hospitales, Se recomienda lo siguiente: jefe de la obstetricia, de cabeza enfermería, enfermeras y otros grupos de profesionales implicados con la atención del parto.

2.4.8.4 Organización de los Comités. Aunque los municipios y los servicios de salud tienen la autonomía para organizar comités de mortalidad materna es más común que establezcan de la formación del Comité Estatal de mortalidad materna (CEMM). De todos modos, es importante que los comités municipales y el hospital

estén vinculados a los departamentos de salud estatales, a fin de obtener el apoyo técnico y administrativo indispensable para el ejercicio de sus funciones, actuando como órganos de asistencia técnica para corregir las estadísticas oficiales, definición de estrategias y la supervisión de la aplicación de los mismos. El primer paso para la creación de un comité de muerte materna es la promoción de un seminario o taller para educar a los representantes las instituciones seleccionadas para lo componen. En ese momento, es aconsejable lugar en el debate sobre la información y la atención obstétrica a la planificación familiar, los datos y clasificaciones de las muertes maternas disponibles y las características, funciones, objetivos y funcionamiento de las comisiones. Una vez confirmado el interés de las instituciones en componer el comité de muerte materna, es la convocatoria oficial. Algunos comités de promoción de seminarios, talleres y ceremonias de posesión de sus miembros para informar a la población en general de los principios de su actividades. Otros celebraron la primera reunión, cuando un debate proyecto de reglamento. En las siguientes reuniones se ha preparado un plan de acción. Comités suelen incluir en su plan estatal de acción y actividad Principal la formación de los comités regionales y municipales. Los otros comités suelen empezar sus actividades con la investigación inmediata de las muertes maternas. (53)

3. FACTORES DETERMINANTES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es la expresión más evidente de la inequidad y desigualdad a la que están sometidas las mujeres. Refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres.

Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. La falta de educación y el analfabetismo hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud.

En los países pobres con tasas altas de mortalidad materna es común que las mujeres inicien tempranamente su vida sexual sea o no bajo el vínculo del matrimonio, y esto hace que estén expuestas no sólo a las complicaciones de los embarazos incluida la muerte, sino a embarazos no deseados y por consiguiente a abortos inducidos; además son más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, sicológica o sexualmente por sus compañeros.

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer. Las mujeres que tienen cuatro o más hijos presentan razones de mortalidad materna superiores a 120 mientras que las que tienen 2,4 o menos hijos presentan razones por debajo de 64. De igual manera, en las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior al 74% presentan razones de mortalidad inferiores a

74, mientras donde la prevalencia es de 62% o menos la razón aumenta a 111. En el análisis de la mortalidad materna en Colombia entre 1998 y 1999, se encontró que el riesgo de morir era más alto en las mujeres menores de 20 años y en las mayores de 29 años.

El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad. En Colombia coexisten otros factores que dificultan la atención en salud, como el conflicto armado, el desplazamiento forzado y las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el período de 1995 a 2000 el 27,3% de las muertes maternas pertenecían al régimen subsidiado, el 20% al régimen contributivo, el 17,5% eran pobres no afiliadas y en el 25% restante se desconocía el régimen de afiliación.

También se da el caso de algunas mujeres que no logran una adecuada comunicación con los proveedores de la asistencia médica porque se sienten avergonzadas, maltratadas o irrespetadas, y esto se refleja luego en ausencia al control prenatal.

Cuando el personal de salud no tiene un entrenamiento adecuado en salud materna, es factible que se presenten fallas en el manejo de las complicaciones obstétricas y esto contribuye al aumento de la morbimortalidad materna. Las aptitudes de los proveedores calificados varían enormemente, y muchos no tienen los conocimientos básicos necesarios para resolver o proporcionar tratamiento inicial adecuado durante las emergencias obstétricas.

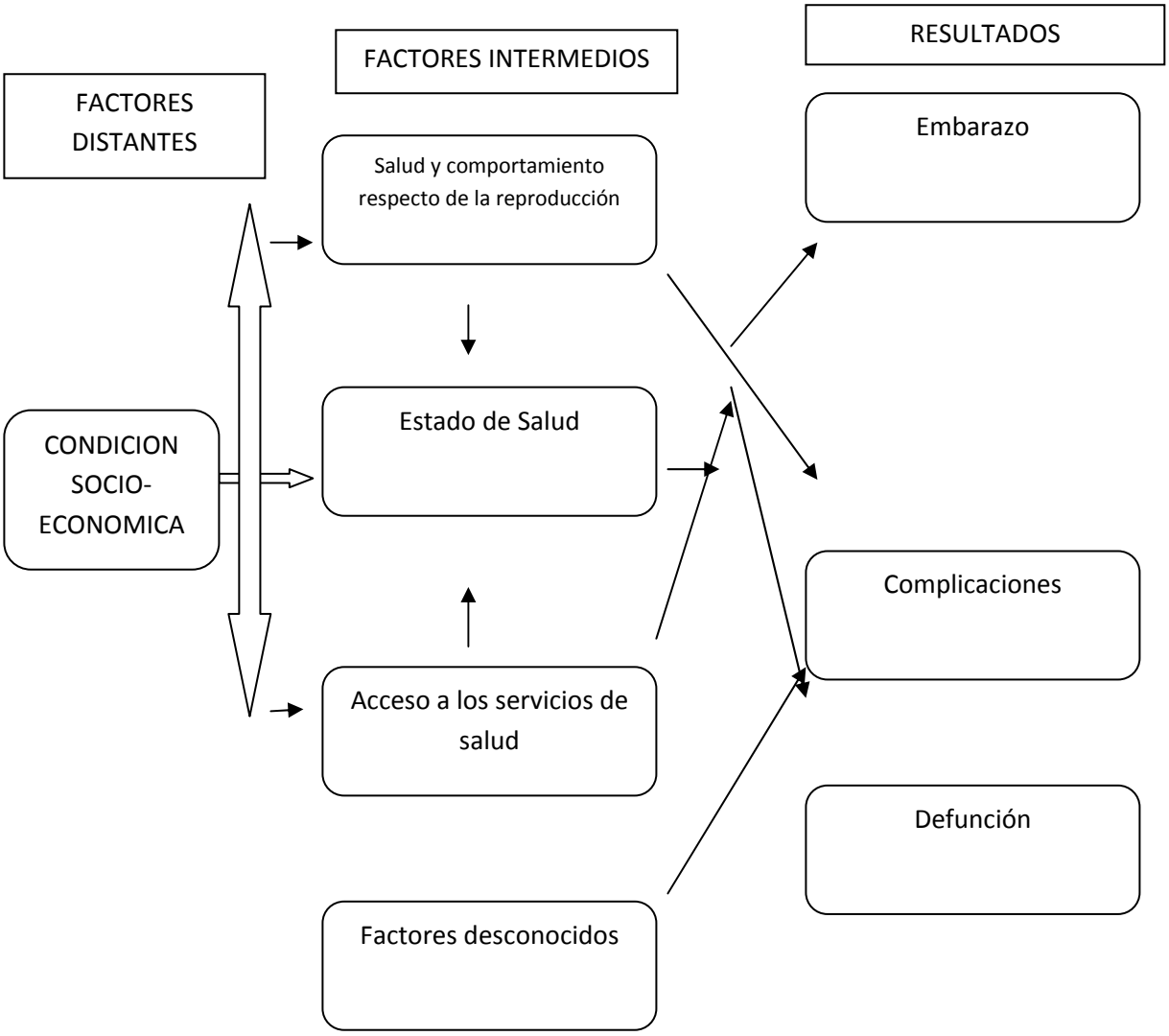
3.1 PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA.

En los diferentes agrupamientos de las causas de muerte materna no puede ignorarse la influencia de ciertos factores, algunos de ellos están directamente relacionados con la organización de los servicios y otros lo están de forma indirecta. Entre los primeros pueden citarse: la accesibilidad a los servicios (sociocultural, económica y geográfica) en relación a la atención del embarazo, parto y puerperio; la disponibilidad y calidad de los recursos y los servicios (humanos, materiales y financieros), y la regionalización de los servicios con un enfoque de riesgo que permita un sistema apropiado de referencia.

Además, deben considerarse los determinantes socioeconómicos que influyen de distintas formas en la mortalidad materna. La asociación, aunque muy estrecha, se considera indirecta. Entre estos factores se incluyen la pobreza, la malnutrición, la residencia suburbana o rural, la composición de la familia y su nivel de instrucción, la situación conyugal y la situación social y cultural desventajosa de la mujer según cada tipo de sociedad. Tanto los factores directos como los indirectos afectan la mortalidad materna, aunque tienen efectos diferentes según se combinan con variables biológicas tales como la edad, la paridad y el intervalo intergenesico. La mayoría de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas y entre ellas las de mayor peso son las asociadas con hemorragia, complicaciones del puerperio y toxemia. A ellas se agrega, particularmente en América Latina, el aborto ilegal inducido. Estos cuatro grupos de causas representan el 75% o más de las muertes maternas en algunos países de América Latina y el Caribe. A continuación se mostrara un mapa representando la razón de mortalidad en las Américas seguido de dos cuadros donde se muestra las principales causas de muerte según la magnitud de la tasa de mortalidad y oferta de servicios y las intervenciones según la oferta de servicios en cobertura de anticonceptivos, control prenatal y atención del parto. (54)

A continuación se presenta uno de los modelos que han sido elaborados para analizar las causas de la Mortalidad Materna (Maine, 1992). Una de las ventajas de este modelo es que permite especificar la cadena de acontecimientos que llevan a una Mortalidad Materna y así poder diseñar estrategias para intervenir sobre cada uno de ellos y reducir la Mortalidad Materna. (55)

Grafico 7. Modelo determinantes de McCarthy y Maine.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Modelo determinantes de McCarthy y Maine(1992)

Veamos los factores que contribuyen a producir una muerte materna.

3.2 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Durante siglos se ha sabido que el riesgo de defunción se ve fuertemente afectado por el tipo de sociedad en la que se vive y por la posición que se ocupa en la escala social. En la mayoría de las circunstancias y para la mayoría de las enfermedades, la mortalidad es más alta entre los pobres y desfavorecidos que entre los ricos. No solo la Mortalidad Materna es más baja en los países desarrollados que en los países en desarrollo, sino que incluso en el interior de algunos países suelen reflejarse diferencias con la relación al riesgo de morir por causas maternas según la clase social a que pertenece.

La condición socioeconómica afecta la Mortalidad Materna por dos caminos; por un lado, la educación formal afecta el comportamiento de la mujer en la esfera de la salud; por otro, la nutrición afecta directamente el estado de salud de la mujer antes del embarazo y durante este.

3.3 SALUD Y COMPORTAMIENTO EN MATERIA DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Este factor afecta la Mortalidad Materna mediante su incidencia sobre el estado de salud, el embarazo y las complicaciones. Las relaciones entre Mortalidad Materna y ciertas características del comportamiento reproductivo son las que han sido mejor documentadas por la literatura.

Edad: la edad de una mujer cuando da a luz afecta sus posibilidades de defunción. Es probable que factores bilógicos y sociales contribuya, a la vez a este fenómeno. Por ejemplo, las tasas más altas, que a menudo se localizan entre las mujeres muy jóvenes en los países en desarrollo, pueden deberse en parte a la

falta de madurez de la pelvis. Las mujeres de más edad pueden haber acumulad arios problemas de salud durante su vida (tales como hipertensión y diabetes), los que podrían causar complicaciones obstétricas.

Paridad: existe relación entre la Mortalidad Materna y la paridad. Las mujeres que experimentan su primer embarazo tienen por lo general más posibilidades de morir que las mujeres en su segundo o tercer embarazo, y a partir de este último los riesgos vuelven a aumentar.

Deseo del Embarazó: un embarazo no deseado puede poner en peligro la vida de una mujer de distintas maneras. Ante todo, la mujer puede recurrir a un aborto ilícito. También hay menores posibilidades de que busque atención médica que una mujer que se siente feliz con su embarazo.

3.4 ESTADO DE SALUD

El estado de salud se ve influido por factores distantes y por factores intermedios por ejemplo, la conducta y los cuidados de salud. La anemia puede ser resultado de falta de dinero para adquirir alimentos (condición socioeconómica) o de hábitos alimentarios deficientes (comportamiento en materia de salud). En muchos casos, la anemia puede ser corregida mediante l acceso a servicios de salud adecuados. A su vez, el estado de salud puede acarrear la mortalidad materna al influir sobre la posibilidad de que la mujer tenga complicaciones y también sobre las posibilidades de qu una mujer con complicaciones pueda sobrevivir.

3.5 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La tecnología médica para impedir casi todas las defunciones debidas a complicaciones obstétricas comunes ha estado disponible durante decenios: por ejemplo las transfusiones sanguíneas, el uso de antibióticos y otras drogas, la

operación cesárea, los anticonceptivos y los procedimientos seguros para realizar los abortos o tratar sus complicaciones.

El acceso a los servicios de salud publica implica no solamente su existencia sino también que la gente cuente con la información necesaria para utilizarlos oportuna y adecuadamente, que se proporciones de un modo que resulte aceptable tanto para las mujeres como para sus familiares, y que los suministros y el equipo sean adecuados.

3.6 FACTORES DESCONOCIDOS

Los estudios realizados muestran la existencia de una considerable proporción de complicaciones del embarazo y del parto que no corresponden a ninguno de los factores de riesgo conocidos.

A continuación se describirán los resultados de algunos estudios realizados en los países que involucran esta revisión donde se describirán los factores antes mencionados los cuales están ligados directamente con la mortalidad materna.

3.7 COLOMBIA.

En Colombia los altos índices de mortalidad materna están relacionados con la no garantía por parte del Estado del derecho a la salud de las colombianas. En este sentido, la política de salud sexual y reproductiva no ha reflejado en su estructura y asignación de recursos las necesidades de la población, especialmente adolescente, quedando marginada del sistema de seguridad social en salud.

En este sentido, la fecundidad en Colombia comenzó a mostrar un marcado descenso después de 1965, cuando registró los niveles más altos de la historia.

De una tasa total o global de fecundidad de siete hijos por mujer en 1965, Colombia pasó a una de 2,6 en 2001 y de 2,4 en 2005.

Hasta 1990 el descenso se dio en todos los grupos de edad, aunque con diferente grado de intensidad. No obstante, a partir de esa fecha se observa un incremento en la fecundidad del grupo de adolescentes.

De esta manera, según los resultados de las encuestas nacionales de demografía y salud, las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad: en 1990 se estimó alrededor de setenta por mil, mientras que en 1995 subió a ochenta y nueve, y en 2005 se calculó en noventa por mil, siendo muy notorio en las jóvenes de residencia rural . Entre estas el incremento fue del 47%, Uno de los principales hallazgos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud es identificar que la fecundidad disminuye con el nivel educativo de las mujeres y es inversamente proporcional a su estrato socioeconómico. De acuerdo con Carmen Elisa Flórez los descensos en fecundidad han ocurrido fundamentalmente entre las mujeres de 25 años y más, llevando a un rejuvenecimiento en la estructura de las tasas de fecundidad por edad, a un cambio en la forma del patrón y a un descenso en su edad media. Hacia finales de siglo, en la etapa avanzada de la transición, el patrón muestra un pico temprano a los 20-24 años, con una media de 27 años. Esto implica que la contribución de las mujeres menores de 25 años a la fecundidad total ha aumentado. Carmen Elisa Flórez, op. cit., p. 36. De acuerdo con Elena Prada, otra de las mediciones que confirman el incremento de la natalidad en las adolescentes es la proporción de jóvenes que ya son madres o que están embarazadas en el momento de las Encuestas de Demografía y Salud. Para 1990, el 13% de mujeres menores de 20 años estaba en estas condiciones, el 19% en el 2000 y el 20,5% en el 2005, lo que implica una proporción 46% más alta que la encontrada diez años atrás; es decir, actualmente una de cada cinco jóvenes menores de 20 años ha tenido ya un hijo o está esperando el primero.

Tal aumento está directamente relacionado con la tendencia del mayor número de jóvenes que se inicia sexualmente en la adolescencia, probablemente sin ninguna protección anticonceptiva o con uso incorrecto de métodos, o quizás utilizando métodos con baja eficacia anticonceptiva. Desde ese punto de vista, es pertinente señalar que el comportamiento de la fecundidad está directamente relacionado con el comportamiento de la mortalidad materna. Precisamente, uno de los principales hallazgos del estudio del Dane sobre el tema durante el período 1992-1996 es que los municipios con tasas de fecundidad menores de 2,5 hijos presentaron una mortalidad materna promedio de 64,7 por cien mil, en tanto que en aquellos con niveles de fecundidad mayores de 4,0 hijos se registró una mortalidad materna aproximada al doble.

De acuerdo con una de las únicas fuentes de información existentes para observar el comportamiento de la fecundidad en las minorías étnicas y raciales, el promedio de tamaño del hogar de las minorías fue de 4,38 comparado con 3,85 para el resto de la población. En particular, los hogares de afro-colombianos e indígenas tuvieron 1,39 niños mientras que el promedio para el resto de la población fue de 1,04 niños por hogar.

El 11% del total de mujeres de 25 a 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años, en comparación con apenas el 8% en el 2000. Profamilia, *op. cit*., 2005, Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que están casadas o unidas, el uso de métodos anticonceptivos fue de 57%, cifra igual a la del año 2000, y entre las mujeres del mismo grupo de edad, que no están casadas o unidas, pero que tienen vida sexual activa, el uso de métodos disminuyó del 81% en el 2000 a 79% en el 2005. Profamilia, *op. cit*., 2005.

Pese a estos hallazgos, es importante reconocer que existe un gran desacuerdo en cuanto a los niveles actuales de mortalidad materna en el país.

La diferencia radica en el número de nacidos vivos que para el Ministerio de la Protección Social se ubica en cerca de un millón, mientras que en las estadísticas vitales estaría alrededor de 860 000 al año. Debido a esta controversia se ha dejado de utilizar el indicador tradicional (defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos) lo cual complica significativamente la definición de metas en el área de salud materna. Si se acepta la cifra de nacidos vivos del Ministerio, la tasa sería de 67,7 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos, pero si se toma la que proviene de los nacimientos registrados en estadísticas vitales, la mortalidad materna estaría en cerca de 100 por cien mil mujeres en edad fértil.

Hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; es decir, que todas las patologías que originan estos eventos están asociadas a la falta de servicios de salud reproductiva de buena calidad y a las precarias condiciones de vida de las mujeres (tabla 9).

***Tabla 9. Tasas de Mortalidad Materna según Variables Seleccionadas. Colombia. 1992-1996*.**

Colombia: tasas de mortalidad materna según variables seleccionadas, 1992-1996

Variables seleccionadas	Tasas de mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos
> 67% de la población con NBI	112
< 31% de la población con NBI	74
4.0 Hijos o más por mujer	120
2.5 Hijos o menos por mujer	64
5 años o menos de educación promedio	150
8 años o más de educación promedio	68
62% o menos de tasa de prevalencia anticonceptiva	111
74% y más de tasa de prevalencia anticonceptiva	74

Fuente: DANE, FNUAP, La Mortalidad Materna en Colombia. Estimaciones Departamentales y Municipales, 1999.

En este sentido, al observar el comportamiento de la mortalidad materna de acuerdo con el ciclo reproductivo y según la distribución porcentual de las muertes en cada grupo de edad, se advierte que en las jóvenes entre 15 y 19 años la tasa es más alta que en las mujeres de veinte a veinticuatro años, a su vez, la de este último grupo es más baja que la del grupo de veinticinco a 29 años. Así mismo, se advierte el mayor riesgo de muerte relacionado con los nacimientos después de los 34 años. En relación con el comportamiento de la mortalidad materna por departamento, zona, estrato socioeconómico y régimen de afiliación es importante mencionar que las diferencias existentes están directamente vinculadas, entre otras, con las condiciones de pobreza, las facilidades de acceso a los servicios, la infraestructura básica disponible, el adecuado y oportuno diligenciamiento de los certificados de defunción y la calidad de la información.

De esta manera, de acuerdo con el estudio del DANE-FNUAP, las regiones que presentaron la tasa más alta de mortalidad materna fueron la Orinoquia y la Amazonia (141 por cien mil nacidos vivos), que comprenden las vastas planicies y zonas selváticas del suroriente, seguidas por las regiones Oriental y Pacífica con tasas de 111 y 106 por cien mil nacidos vivos. Con valores por debajo del promedio nacional se encontraron las tres regiones restantes: Central, Atlántica y Bogotá. Según la división político administrativa por departamentos, un poco más de la tercera parte de ellos presentó niveles de mortalidad materna extremadamente altos frente al promedio del país. En cuanto al régimen de afiliación, durante el período 1995-2000, de la totalidad de las muertes maternas el 27,3% correspondió a mujeres afiliadas al régimen subsidiado, el 17,5% a mujeres sin afiliación y el 20% a mujeres afiliadas al régimen contributivo. En el 25% de los casos se desconoce a qué régimen de afiliación pertenecía.

En este sentido, no obstante la cobertura de atención prenatal por médico o enfermera –93,5%– y la de parto institucional –90.7%– se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas,

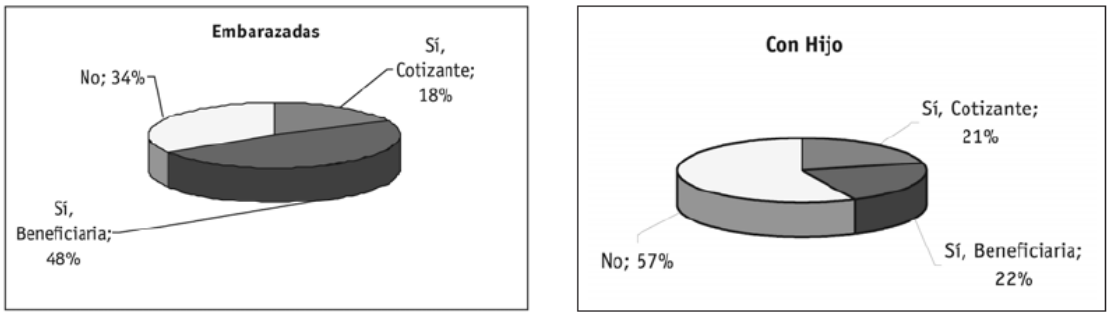
factor que, entre otros, podría explicar que las mujeres en edad fértil no estén afiliadas a ningún sistema de seguridad social y por tanto no tengan acceso a los servicios de salud, o que pese a estar afiliadas a los regímenes subsidiado o vinculadas reciben servicios de salud en instituciones que con una difícil crisis financiera con infraestructura y personal insuficiente. De acuerdo con Felipe Barrera y Lucas Higuera es posible que el hecho de que las jóvenes embarazadas no concurran a chequeos médicos indispensables y se den partos en condiciones subóptimas, se deba a los reducidos niveles de afiliación al sistema de seguridad social, entre otras razones. Así, a partir de la Encuesta de Fedesarrollo, el 57,4% de las adolescentes con hijo no tiene ningún tipo de afiliación a servicios de salud, frente al 33,72% de las adolescentes embarazadas que tampoco lo tienen (gráfica 8). Tal como lo mencionan los autores, el aseguramiento en salud tiene un peso importante en las condiciones de vida de una adolescente embarazada o con hijos, en especial para la primera, pues amortigua los gastos asociados al período de gestación y alumbramiento. En contraste, pese a carecer de información y estudios específicos sobre la mortalidad materna en las minorías étnicas, los datos suministrados por Raquel Salazar y Mauricio Cárdenas confirman las profundas desventajas socioeconómicas de estos grupos poblacionales en Colombia con respecto al resto de la población.

La tasa de desempleo de los y las afro-colombianas es, en casi todas las regiones, más alta que la del resto de la población. Mientras el 31% de la población que no pertenece a las minorías en Colombia no tuvo acceso a servicios de salud, esta proporción fue igual a 48% en el caso de las minorías étnicas y raciales (población afro-colombiana e indígena). De la población cubierta, la mayoría de las minorías fueron cubiertas por el régimen subsidiado (19,36% del total de las minorías) mientras que el 32,85% del total de la población que no hace parte de las minorías estaban afiliadas al régimen contributivo.

En segundo lugar, la muerte materna se registra por el lugar donde ocurrió el evento y no por el lugar de residencia habitual de la mujer, y en tercer lugar, hay un mejor y más oportuno registro de la muerte materna en las ciudades capitales que en el resto de los municipios del departamento. Elena Prada Salas, *op. cit*., p. 17. De acuerdo con el estudio de la mortalidad materna en Cali, entre los factores que pudieron incidir en la muerte materna evitable se encontró que el 17,1% fue por fallas en la atención médica, el 17,1% por la calidad del recurso humano, independiente de la institución que prestó la atención. Otras de las fallas fueron falta de sangre, suministros, medicamentos, uso de los servicios y la no referencia o tardía, aunque en menor proporción. Barrera, O. Felipe y Higuera, J. Lucas, *op. cit*., p. 16.

***Grafico 8. Aseguramiento en Salud Adolescentes Embarazadas y con Hijo*.**

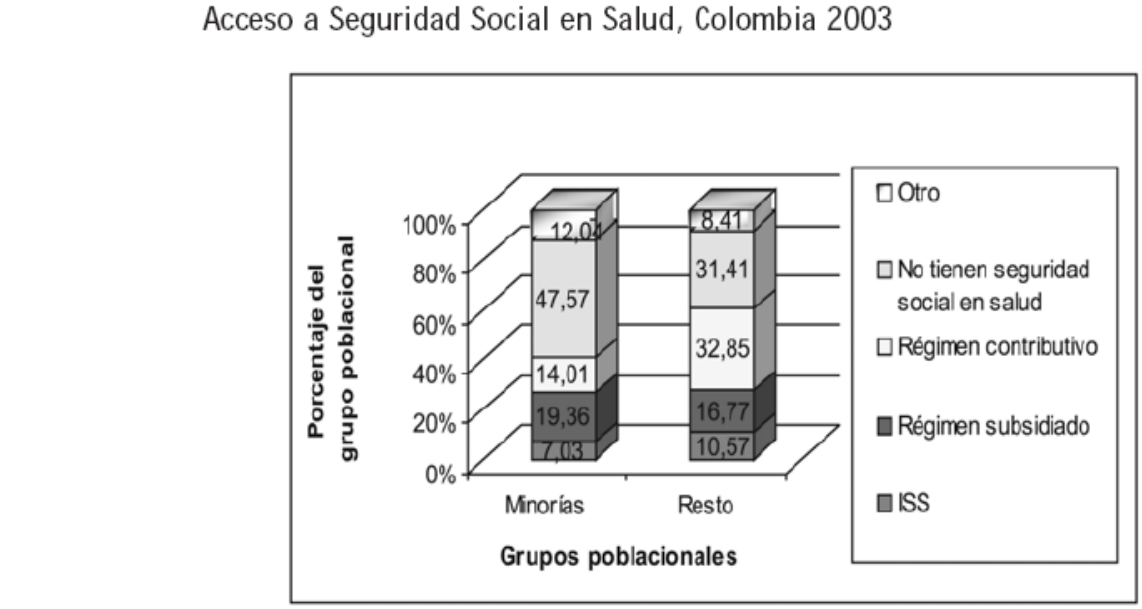
Aseguramiento en salud adolescentes embarazadas y con hijo



Fuente: Encuesta Social de Fedesarrollo, 2003.

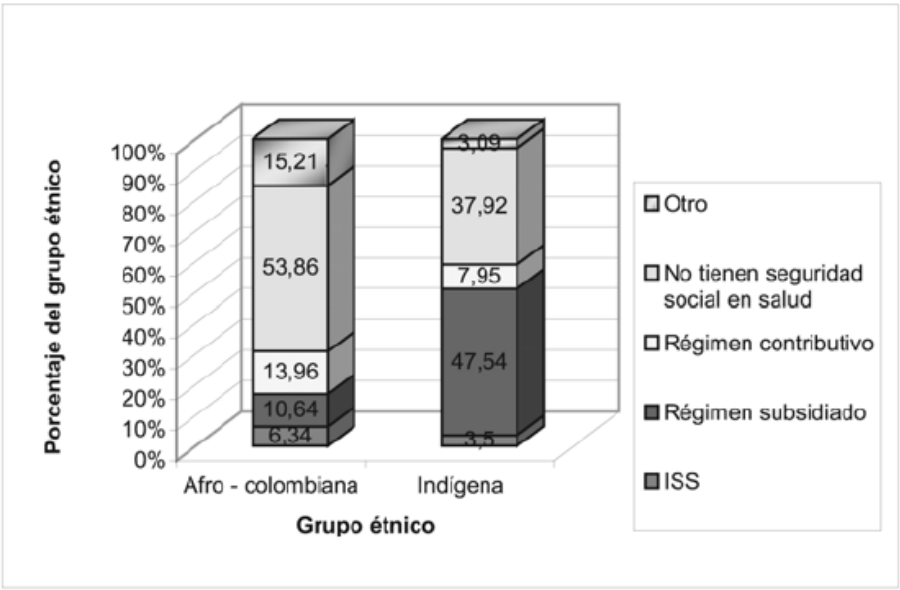
Es claro que la seguridad en salud de la población afro-colombiana es más crítica que la de los grupos indígenas. Aproximadamente el 53,8% de los afro-colombianos no tuvo seguro médico en 2003, mientras que esta proporción fue igual a 37,9% en el caso de los grupos Raquel Bernal Salazar y Mauricio Cárdenas Santamaría, *op. cit*., p. 9. indígenas. La mayoría de la población indígena asegurada estaba afiliada al régimen subsidiado, comparado con solo el 10,64% de los afro-colombianos (gráficas 9 y 10). En general, es menos probable que las minorías estén aseguradas.

Grafico 9. Acceso a Seguridad Social en Salud. Colombia. 2003.



Fuente: Dane, *Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003.*

Grafico 10. Acceso a Servicios de Salud por Grupos Étnicos. Colombia. 2003.



Fuente: DANE. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003*

Estas condiciones de las minorías étnicas y raciales del país permiten plantear –aunque sería necesario un estudio específico– que los indicadores de mortalidad materna en esta población, así como los de la población desplazada, podrían ser más altos que los del resto del país y exigirían medidas urgentes de política social para comenzar a mitigar su difícil situación. Ahora bien, las condiciones socioeconómicas también influyen de forma significativa en el comportamiento de la mortalidad materna. En este sentido, de acuerdo con el DANEFNUAP, a mayores niveles de pobreza y de fecundidad mayor es la mortalidad materna; inversamente, a mayor nivel educativo y mayor uso de métodos anticonceptivos menor es la mortalidad materna. Los resultados muestran que las tasas de mortalidad materna en los municipios son menores de cien por cien mil, para niveles de pobreza menores de 50% y mayores de cien para el resto. En este sentido, las transformaciones en el mercado laboral, así como el deterioro del ingreso (salario real) durante los últimos años han golpeado simultánea e indistintamente a la población de los sectores bajos, medios y altos, generando un incremento desbordado de la población en condición de pobreza. Esta condición está asociada, como causa o como efecto, con mayores niveles de fecundidad e índices más elevados de morbi-mortalidad materna e infantil.

En cuanto al aborto inducido es necesario señalar que su carácter ilegal ha originado, entre otros aspectos, que su realización se efectúe de manera insegura y en malas condiciones, lo cual desencadena complicaciones que pueden ocasionar enfermedades mayores, secuelas en la salud e incluso la muerte. Se estima que el 60% de los casos de aborto que llegan a las instituciones prestadoras de servicios de salud son inducidos.

Otra de las posibles formas de explicar los altos índices de mortalidad materna, analizadas por el doctor Francisco José Yepes, director ejecutivo de la Asociación Colombiana de la Salud, es a partir del modelo que ha sido desarrollado por la Universidad de Columbia en Estados Unidos, denominado el modelo de las tres

demoras, el cual muestra la importancia de la atención oportuna y de calidad en las instituciones de salud. Desde esta perspectiva, existe una primera demora que se origina en el hogar, porque las mujeres o no son conscientes de tener un problema o se demoran en tomar la decisión por razones culturales, por oposición del marido, por dificultades a nivel de la familia, etcétera. La segunda demora está relacionada con el hecho de que una vez las mujeres toman la decisión de acercarse a la institución de salud, la dificultad está en conseguir un medio de transporte. En este sentido, no siempre hay un vehículo disponible en zonas aisladas o existen problemas en las carreteras que dificultan la movilización.

Finalmente, la tercera demora tiene que ver con la no atención oportuna en las instituciones de salud. De esta manera, de acuerdo con Yepes, las mujeres colombianas pueden estar muriendo por llegar muy tarde a la institución de salud o por no llegar, además, cuando llegan no les están dando la atención con la calidad que deberían recibir.

Por esto, una parte importante de las solicitudes de asistencia pos-aborto en los hospitales provienen de mujeres con complicaciones de un aborto practicado sin garantías de seguridad. Por lo general, el tratamiento del aborto incompleto implica la extracción de los tejidos retenidos en el útero para cortar la hemorragia persistente y evitar la infección. También puede ser necesario tratar otras complicaciones. Esta asistencia de emergencia puede prestarse en establecimientos de distintos tipos (desde hospitales de tercer nivel o de primer nivel, hasta clínicas de planificación familiar) así como un servicio ambulatorio u hospitalario. El tratamiento de las complicaciones del aborto y la planificación familiar pos-aborto deben integrarse en todo el sistema de salud, definiendo para cada nivel la prestación terapéutica adecuada a las competencias y recursos disponibles. (56)

3.7.1 Uso de Alcohol y de Cigarrillo durante el Embarazo.

- Nueve de cada diez embarazadas (90 por ciento) no consumió alcohol y 96 por ciento no fumó durante el embarazo, proporciones similares a las de 2000: 91 y 95 por ciento, respectivamente.
- En todas las regiones con excepción de la región Central se observa una disminución de las mujeres que no tomaron alcohol durante el embarazo, con la mayor disminución en la región Pacífica. El porcentaje de las embarazadas que no fumaron aumentó en las regiones Atlántica, Central y Bogotá. Los departamentos con mayor proporción de mujeres que tomaron alcohol durante el embarazo son las de Chocó, Boyacá, Santander, Vaupés, Vichada, Meta, Arauca, Guaviare, Cauca y Norte de Santander. Las que más fumaron en el embarazo son de Chocó, Cauca, Meta y Quindío. (57)

***Mapa 2. Mortalidad Materna En Colombia Según Regiones. 2001*.**

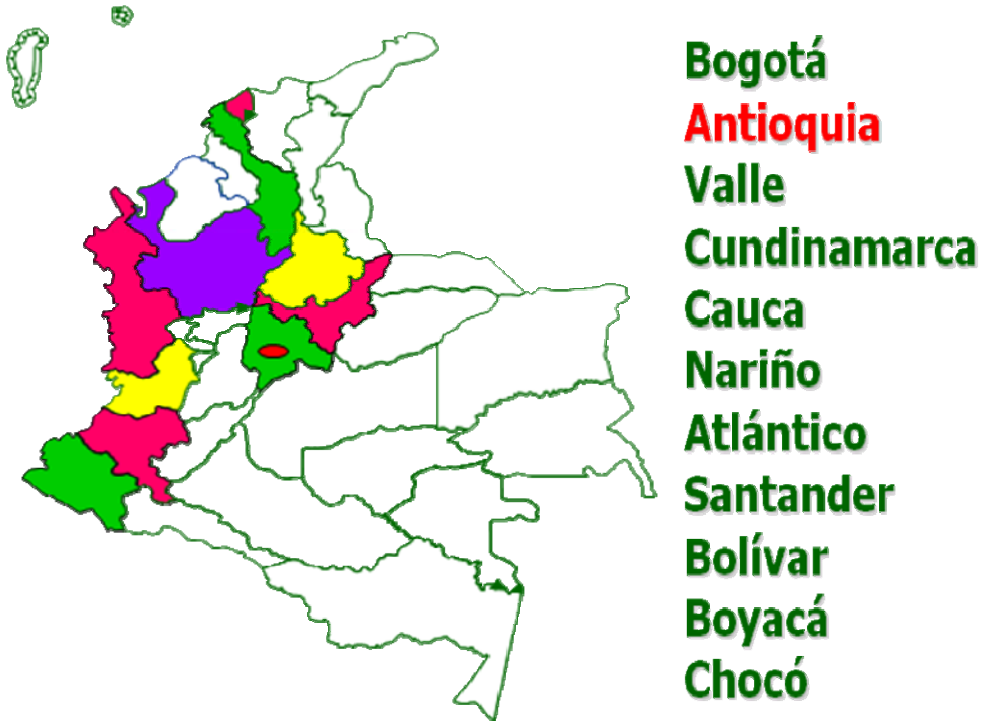
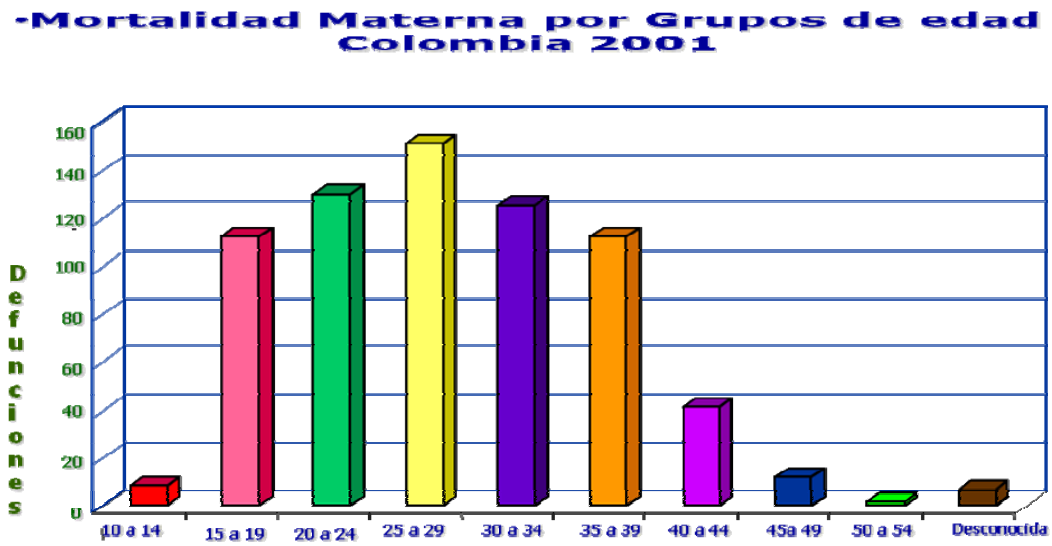


Grafico 11. Mortalidad Materna por Grupos de Edad. Colombia. 2001.



Fuente: DANE Defunciones por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS

González y Núñez (2006), muestran como la falta de acceso de las madres e hijos a los servicios de salud, ya sea en el período anterior o posterior al parto, contribuyen a explicar los niveles de mortalidad materna e infantil.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005), sólo el 60,7% de las mujeres gestantes recibieron cuatro o más controles prenatales, el 53,7% tuvo un parto institucional, el 40,5% fueron atendidas en el parto por un médico, el 54,1% no recibió atención prenatal profesional y el 42,7% no recibió asistencia posparto.

Un desempeño similar se observa en la tasa de mortalidad materna en la región Pacífica que en 2003 era de 184 madres fallecidas por cada cien mil NV, muy por encima de la tasa nacional (117.8 madres fallecidas por cada cien mil NV) (DNP, PNUD, PNDH y GTZ, 2006.

Algunos estudios destacan cómo el acceso a los servicios de salud y la educación de la madre son determinantes en la reducción de la mortalidad infantil y materna.

En efecto, Rozenweig y Schultz (1982) estiman para Colombia una relación de sustitución parcial entre la educación de la madre y el acceso a servicios de salud, dado que el efecto de la educación de la madre sobre la mortalidad infantil se reduce a medida que se incrementa el acceso a los servicios de salud.

Barrera (1990) y Caldwell (1990) para Filipinas y Nigeria, respectivamente, sugieren que los niños con madres de mayor nivel educativo obtienen mayores beneficios de la utilización de los servicios de salud. Dado que el nivel de escolaridad alcanzado por las madres, es un indicador que se asocia a la posibilidad de adquirir y acceder a información relevante que incide en su comportamiento preventivo con el fin de evitar complicaciones para ellas y para el niño en el momento del parto.

Maine (1993) sugiere que algunas intervenciones como el cuidado prenatal, servicios de planificación familiar, atención especializada en el parto y cuidado de emergencia obstétrica, podrían ser decisivas para mejorar el estado de salud de la madre y reducir las muertes maternas. Bulatao y Ross (2001), muestran como principales determinantes de la reducción de la mortalidad materna, el ingreso per-cápita y el acceso a los servicios de salud materna.

Reynolds, Wong y Tucker (2006) encuentran como el control prenatal junto con la inmunización infantil, reducen las complicaciones obstétricas y previenen muchas enfermedades de la niñez, especialmente en madres entre 15 y 19 años en países en desarrollo.

Bhutta et al. (2004) muestran como para el sur de Asia, a pesar del alto crecimiento económico de estos países, todavía persisten altas tasas de mortalidad materna e infantil. En su estudio, encuentran que temas asociados con el acceso a los servicios de salud, nutrición y educación a mujeres y niños pobres

junto con una equitativa distribución entre estos en la zona rural y urbana son claves para reducir la mortalidad materna e infantil.

Igualmente, se encuentra en la literatura, que existe una fuerte correlación entre educación de la madre y cuidados médicos (Aviles 1996). Es así como, las mujeres más educadas participan en las decisiones del hogar y sobre su propio cuidado de salud aspecto que resulta significativo para el uso de servicios de salud materna como los controles prenatales (Furuta & Salway 2006).

Para El Salvador, Avilés (1996, p. 73) concluye que “el efecto de la educación en el uso de los servicios de salud es claro y consistente con lo esperado, aún después de tomar en cuenta las características socio demográficas. Su efecto es significativo para el control prenatal y posparto.”

Dammert (Ibíd.) encuentra que las variables estadísticamente significativas que explican la atención del parto por un profesional en salud son: el nivel de educación de la madre, la lengua materna, el índice de activos del hogar, la tenencia de seguro médico y la infraestructura de salud en el distrito. También, destaca que el acceso a medios de comunicación, en las áreas rurales, permite la difusión de campañas educativas sobre salud reproductiva dirigidas a dotar de mayor información a las gestantes.

Sandoval (2002) presenta la interrelación entre factores individuales y de la comunidad como determinantes de la atención prenatal, el parto institucional y la atención posparto por medio de un análisis multinivel en dos niveles (individuo y comunidad), que involucra el ajuste de un modelo de regresión logístico para cada variable explicada.

Entre los resultados obtenidos por Sandoval (Ibíd.) se destaca que los factores individuales tienen mayor efecto en el acceso a la atención materna que los

factores de la comunidad. En efecto, encuentra que la educación de la madre es el principal predictor de la atención materna, seguido por el acceso a hospitales, el nivel socioeconómico de la madre y la decisión de las mujeres sobre su propio cuidado de salud.

El Litoral Pacífico Colombiano al ser una de las regiones más deprimidas del país, presenta fuertes deficiencias en la infraestructura física y social, en efecto; alcanza un NBI del 85% mientras el promedio nacional es del 32%, ambos valores al 2003, tiene la tasa de analfabetismo más alta del país (18.6%), en las cabeceras municipales, el acueducto cubre el 48% de las viviendas, y el alcantarillado sólo el 10% (Chávez, 2003, p. 92).

Según Fedesalud y el Plan Programa Colombia (2005), el Litoral Pacífico es una región donde la mayoría de sus habitantes reúne las características de una población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud y donde no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque estos servicios a los ciudadanos.

Sin embargo, esta inaccesibilidad geográfica en términos reales es una inaccesibilidad económica, puesto que sus habitantes deben sufragar altas tarifas de transporte fluvial, que en algunos casos representan la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales.

Las bajas tasas de prestación de servicios de salud que el estudio encuentra para estos grupos poblacionales, sumadas a la reducida disponibilidad de recursos destinados a los centros de salud en la mayoría de los municipios del Chocó y las zonas rurales de Tumaco, hacen evidente un déficit de oferta y demanda de servicios.

De igual forma, aún cuando en pocas ocasiones los habitantes de la región pueden pagar los elevados costos de transporte y logran acceder a los centros de salud, la mayoría de ellos (inclusive algunos afiliados al Régimen Contributivo o Regímenes Especiales), se encuentran con centros de salud con mínimos recursos, tanto humanos, como de medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos (Fedesalud y Plan Programa Colombia 2005).

Específicamente, en el departamento del Chocó existe una muy reducida oferta de entidades aseguradoras en salud tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Factores como la escasa actividad económica formal, el bajo índice poblacional y los altos niveles de pobreza, no hacen de la región un lugar atractivo para que lleguen masivamente las empresas promotoras de salud (EPS) y menos aún, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (Martínez, 2005, p. 16).

3.7.2 Atención Prenatal. Como indicador relevante de la conducta preventiva de la madre a través del embarazo, se emplean los controles prenatales, estos son visitas programadas con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo, el desarrollo del niño y la preparación para el parto (AbouZahr & Wardlaw, 2003, p. 1-2).

La cobertura y calidad del control prenatal constituyen factores decisivos en la salud infantil y determinan en gran medida las causas de muerte en los primeros meses de vida. Su uso a tiempo es decisivo en la disminución de las tasas de morbimortalidad materna e infantil (Vásquez, 2005a, p. 3-11; Vásquez, 2005b, p. 1-2).

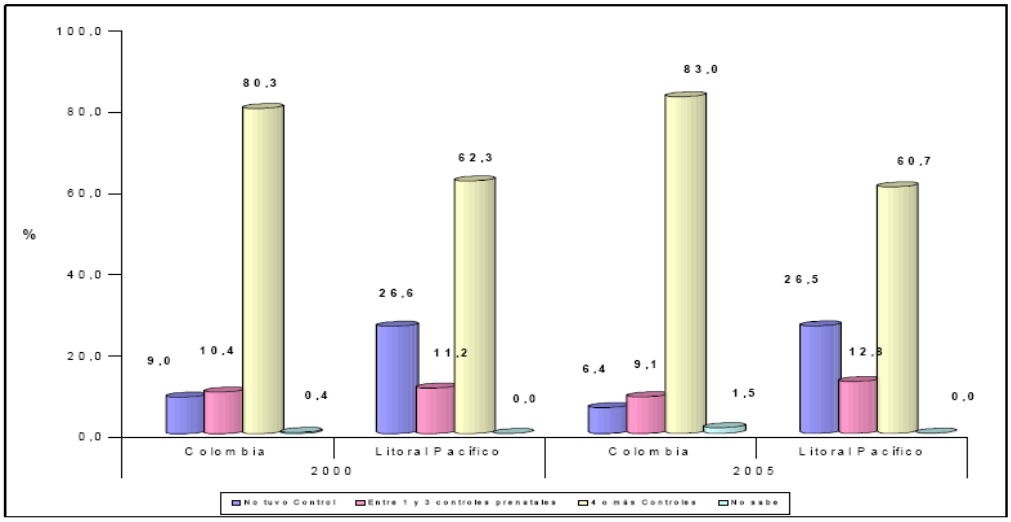
Aunque a nivel mundial se han realizado avances en lo referente a ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal, la proporción de mujeres que alcanzan el mínimo recomendado de cuatro consultas es demasiado

baja (OMS 2005, p. 45-46). Colombia ha asumido un reto en este aspecto y fijó como meta nacional, “Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales (Línea de base 1990: 66%)” (DNP-CONPES 2005).

Entre el año 2000 y 2005 la tasa de mujeres con controles prenatales óptimos (4 ó más controles), tanto para Colombia como para el Litoral no presentó variaciones significativas. Sin embargo, las diferencias entre áreas son significativas, dado que la tasa de mujeres con controles prenatales óptimos en el Litoral Pacífico, está alrededor de 20 puntos porcentuales por debajo de lo presentado para Colombia. La tasa de mujeres que no tuvieron algún tipo control prenatal en esta región, es casi 4 veces mayor a la tasa nacional (Gráfico 12).

***Grafico 12. Tasa de Controles Prenatales. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005*.**

. Colombia – Litoral Pacífico Colombiano (2000-2005):
Tasa de Controles Prenatales.



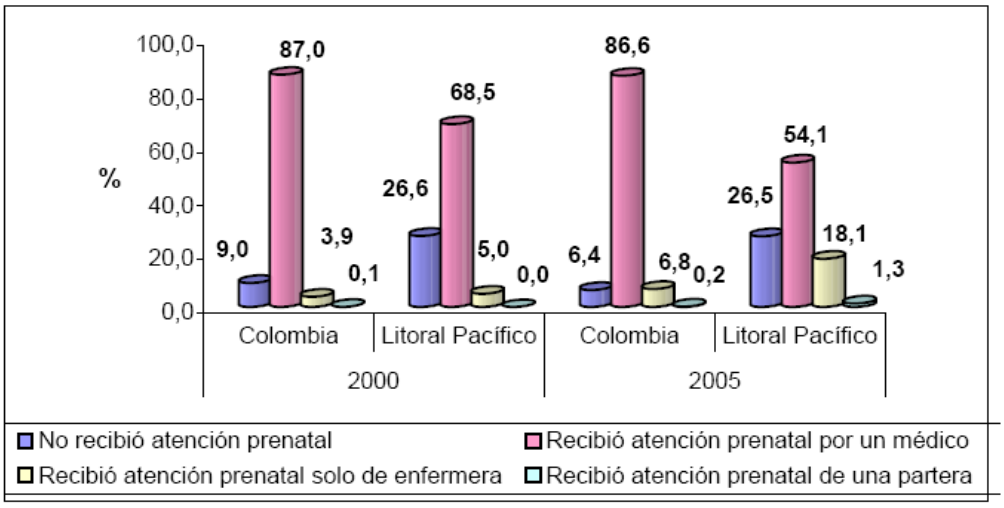
Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2000 - 2005 Colombia.

En cuanto a la atención prenatal calificada (en este caso, atención brindada por un médico), Colombia en los últimos 5 años no ha presentado variaciones importantes en este sentido y se ha mantenido estable, caso contrario ocurre en el

Litoral Pacífico, donde dicha tasa decreció en 14,4 puntos porcentuales, evidenciando para 2005 que 54 de cada 100 mujeres son atendidas antes del parto por un médico (la tasa nacional para ese mismo año fue de 86 por cada 100 mujeres en estado de gestación) (Gráfico 13).

***Grafico 13. Tasa de Asistencia Prenatal según Persona que realizó la Asistencia. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005*.**

Colombia – Litoral Pacífico Colombiano (2000-2005):
Tasa de asistencia prenatal según persona que realizó la asistencia.



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2000 - 2005 Colombia.

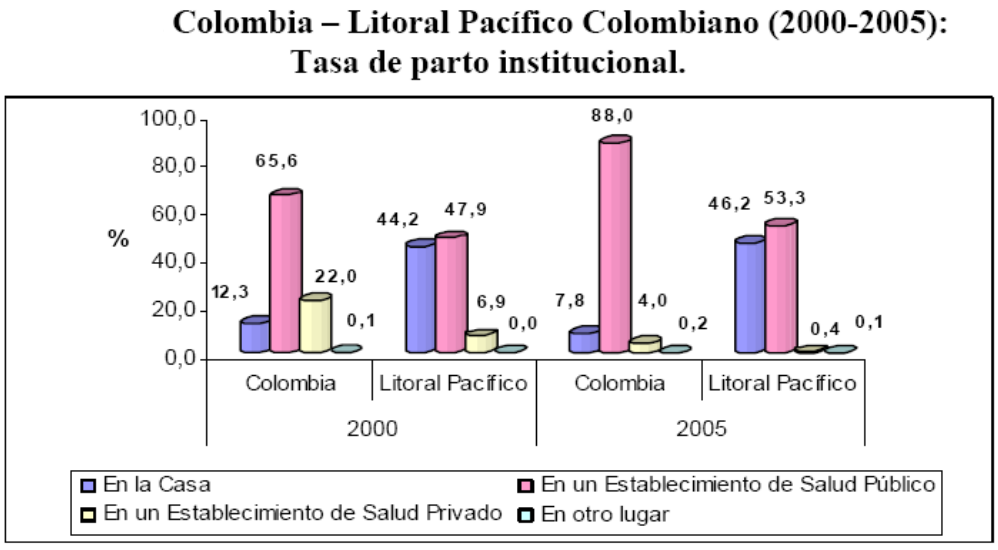
3.7.3 Atención al Parto. Dado que las complicaciones en el parto son en gran medida imprevisibles y pueden convertirse con rapidez en potencialmente mortales, una atención profesional inmediata y eficaz durante el parto y después de él puede salvar la vida de las mujeres y de sus hijos recién nacidos (OMS 2005).

En este sentido, el proveedor de servicios de salud al momento del parto debe tener las destrezas y habilidades necesarias y contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de

políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura en salud, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, de referencia y transporte (Family Care International, 2003, p. 2).

Tanto a nivel de Colombia como para el Litoral Pacífico, la tasa de parto institucional total (público más privado) se mantuvo estable en el último lustro, aunque se observa una ampliación en la brecha entre el parto institucional público y el privado (Gráfico 3). De otro lado, es importante destacar que para 2005 el número de partos atendidos en una institución de salud (pública o privada) en el Litoral Pacífico es de 53,7% del total de partos, cifra muy inferior a los partos atendidos en dichas instituciones a nivel nacional (92%). Esta situación se traduce para el Litoral en un 46,2% de partos atendidos en casa, sin las condiciones de salubridad y equipos obstétricos adecuados (Gráfico 14).

***Grafico 14. Tasa de Parto Institucional. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005*.**

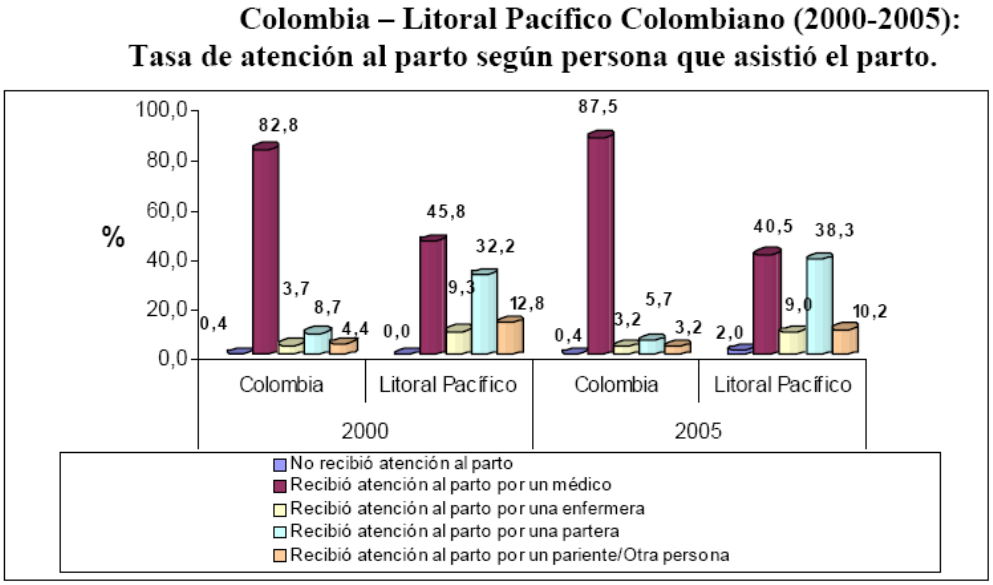


Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2000 - 2005 Colombia.

Con respecto a la atención al parto por parte de un médico, en los últimos 5 años Colombia presentó un aumento de 5 puntos porcentuales en el total de partos atendidos por este profesional en salud, por el contrario, en el Litoral Pacífico se presentó una disminución de 5 puntos porcentuales en este indicador, llegando en 2005 a 40,5%, es decir, menos de la mitad de los partos atendidos por un médico cuando se compara con el agregado nacional (Gráfico 15).

En el Litoral Pacífico, está muy arraigada la cultura de las parteras, ellas atienden alrededor del 38% de los partos en la región, cifra muy elevada con respecto al 5.7% de los partos que atienden parteras en el total del territorio nacional.

***Grafico 15. Tasa de Atención al Parto según Persona que Asistió el Parto. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005*.**



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2000 - 2005 Colombia.

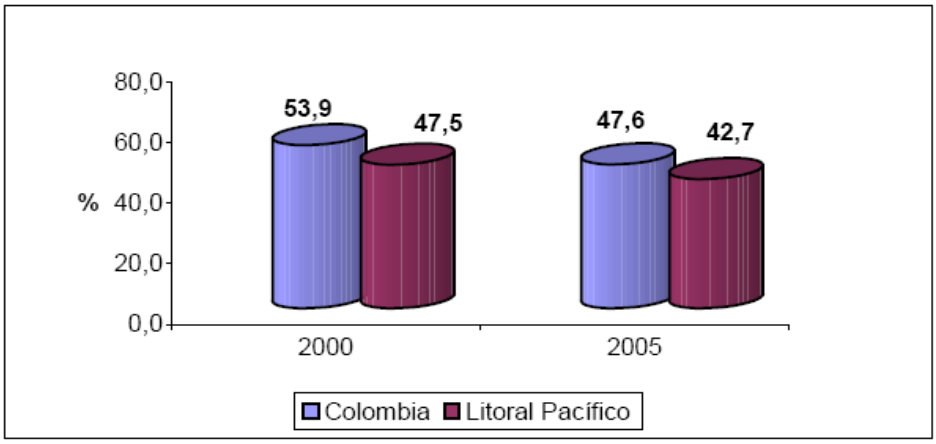
3.7.4. Atención Postnatal. La asistencia posparto, es importante para evitar complicaciones como la retención de restos placentarios e infecciones que pueden poner en peligro la vida de la madre, entre otras complicaciones (OPS 1998).

Colombia, dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, formuló estrategias para disminuir sus tasas de mortalidad infantil y en la niñez, entre ellas una referente a la asistencia posparto: “Lograr una adecuada, oportuna y continua atención del embarazo, el parto y el puerperio” (DNP-CONPES 2005, p. 18).

En los últimos 5 años, la tasa de asistencia postnatal tanto para Colombia como en el Litoral Pacífico, presentó una disminución de 6 y 5 puntos porcentuales respectivamente. En 2005, tan sólo el 48% y el 43% en ambas zonas de estudio, recibieron algún tipo de asistencia médica después de presentar algún problema debido al parto (Gráfico 16).

***Grafico 16. Evolución de la Tasa de Atención Postnatal. Litoral Pacífico Colombiano. 2000-2005*.**

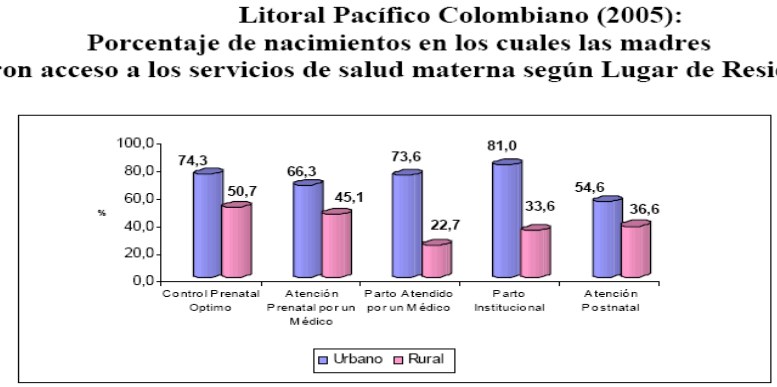
. **Colombia – Litoral Pacífico Colombiano (2000-2005): Evolución de la Tasa de atención postnatal.**



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2000 - 2005 Colombia.

3.7.5 Lugar de Residencia. En el Litoral Pacífico el diferencial entre las tasas de atención materna urbana y rural siempre ha estado a favor de la urbana. Este diferencial para el caso de la atención al parto por un médico y parto institucional casi que se triplica (Gráfico 17).

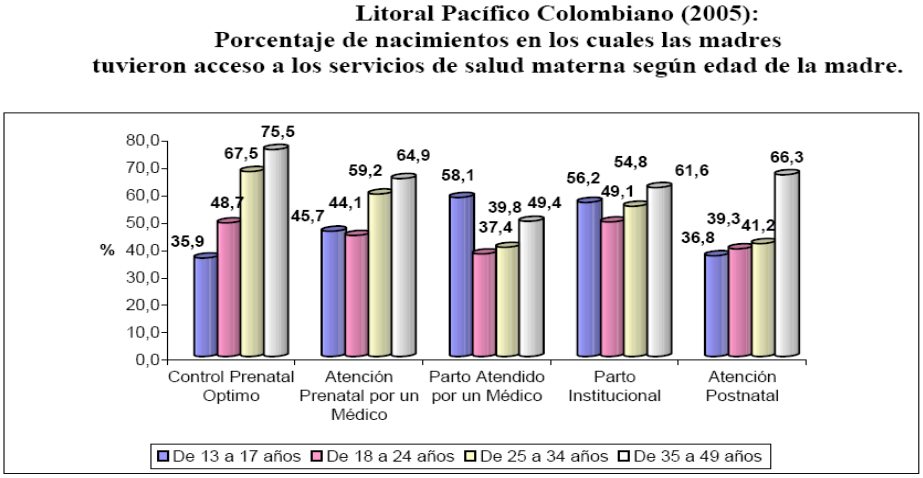
***Grafico 17. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Lugar de Residencia. Litoral Pacífico Colombiano. 2005*.**



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2005 Colombia.

3.7.6. Edad de la Madre. En el Litoral Pacífico, cuanto mayor es la edad de la madre mayor es la recepción de atención prenatal, al parto y posparto, estos resultados son concordantes de acuerdo al hecho de que este grupo de mujeres está en alto riesgo reproductivo y requiere de una mayor atención materna. Sólo en el caso de atención al parto por un médico, las madres adolescentes presentan un mayor nivel de atención que las madres de mayor edad, alrededor de un 58,1% (Gráfico18).

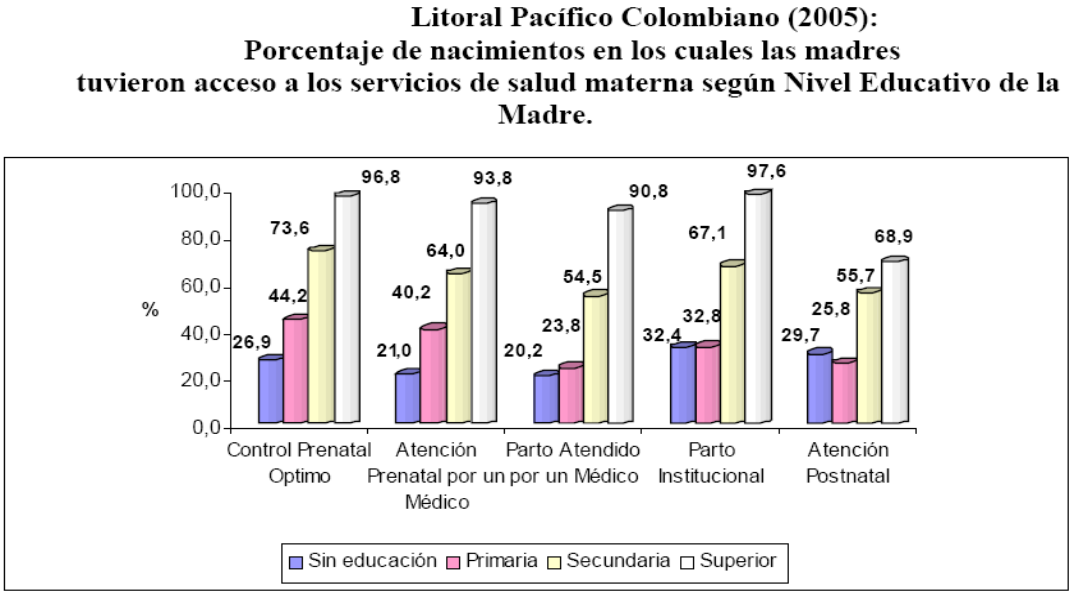
***Grafico 18. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a Servicios de Salud Materna según Edad de la Madre. Litoral Pacífico Colombiano. 2005*.**



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2005 Colombia.

3.7.7 Nivel de Educación de la Madre. Como se observa en el Gráfico 19, a medida que la madre adquiere un mayor nivel educativo, las tasas de atención prenatal, al parto y postnatal se incrementan. Estos resultados son los esperados, debido a que las madres a medida que tienen mayor conocimiento de la importancia para ella y para el niño de un adecuado control de salud materna, tienden a utilizar más estos servicios.

***Grafico 19. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Nivel Educativo de la Madre. Litoral Pacífico Colombiano. 2005*.**

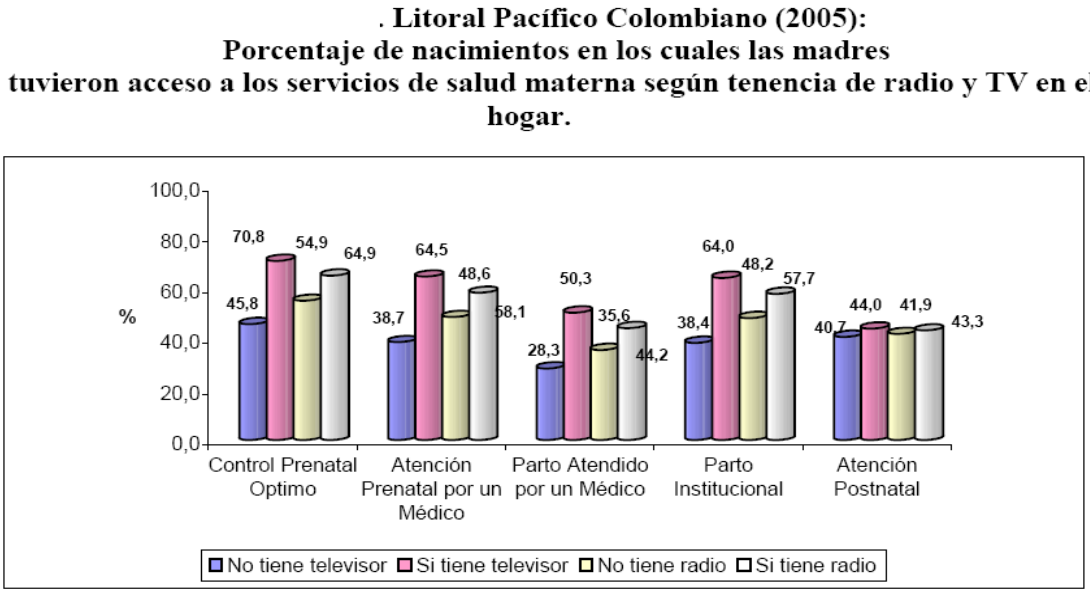


Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2005 Colombia

3.7.8 Tenencia de Radio y Televisión en el Hogar. La televisión y la radio pueden actuar como medios para adquirir información relevante sobre la importancia para la madre y su niño de recibir una adecuada atención médica durante el proceso de gestación, parto y puerperio.

El Gráfico 20 muestra que las madres que tienen acceso a un televisor presentan en promedio 20 puntos porcentuales más de asistencia a los servicios de salud materna analizados (Gráfico 20).

***Grafico 20. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Tenencia de Radio y TV en el Hogar. Litoral Pacífico Colombiano. 2005*.**



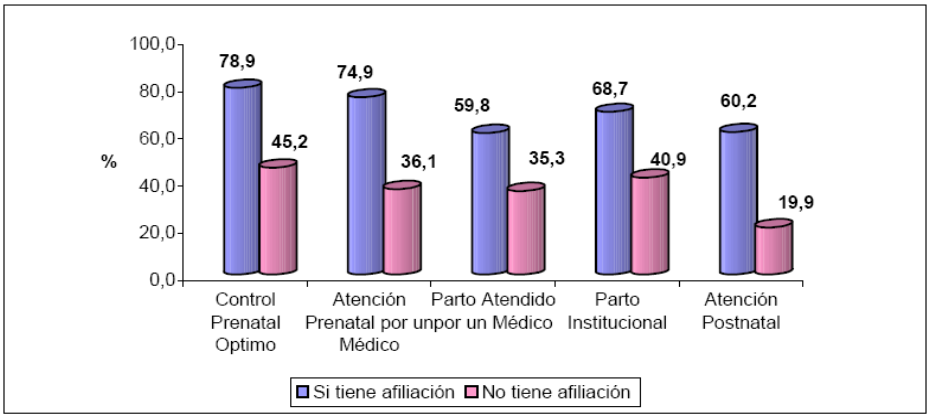
3.7.9 Afiliación de la Madre a un Régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Según la ENDS 2005, el 52,2% de mujeres en el Litoral Pacífico que tuvieron nacimientos en los últimos 5 años no tenían alguna afiliación a un régimen de seguridad social en salud.

El Gráfico 21 sugiere que las madres que están afiliadas a algún régimen de seguridad social en salud, presentan mayores tasas de atención materna. Menos del 46% de las madres no afiliadas hacen uso de este tipo de servicios de salud, el caso más destacado es el de la asistencia médica al posparto, ya que sólo 2 de cada 10 madres reciben dicha atención. En el grafico 22 permite apreciar que el régimen subsidiado tiene un mejor desempeño en cuanto al acceso de las madres

a los controles prenatales óptimos (73.1%) y a la atención prenatal por parte de un medico (66.7%). (58)

Grafico 21. Porcentaje de Nacimientos en los Cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Afiliación de la Madre a un Régimen del SGSSS.

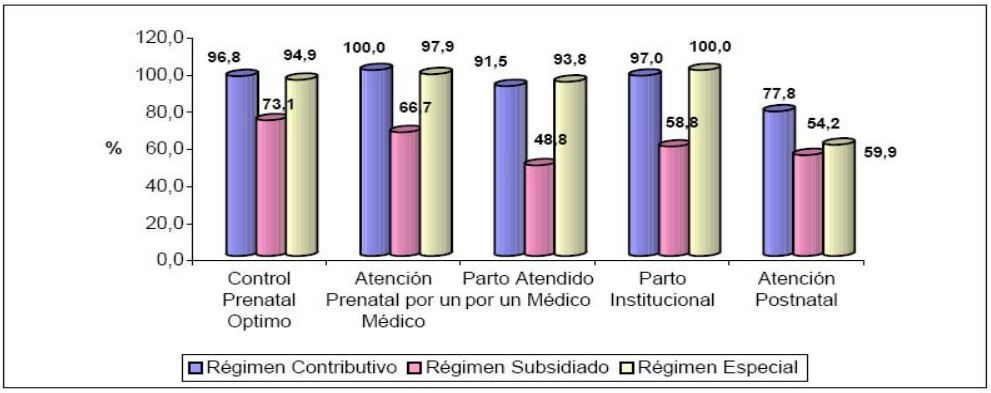
Litoral Pacífico Colombiano (2005):
Porcentaje de nacimientos en los cuales las madres tuvieron acceso a los servicios de salud materna según afiliación de la madre a un régimen del SGSSS.



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2005 Colombia.

Grafico 22. Porcentaje de Nacimientos en los cuales las Madres tuvieron Acceso a los Servicios de Salud Materna según Régimen de Afiliación de la Madre al SGSSS.

Litoral Pacífico Colombiano (2005):
Porcentaje de nacimientos en los cuales las madres tuvieron acceso a los servicios de salud materna según Régimen de afiliación de la madre al SGSSS.



Fuente: Cálculos GIDR con base en ENDS 2005 Colombia.

3.8 ARGENTINA.

3.8.1 Situación de la Mortalidad Materna en la Argentina. Argentina mejoraron en los últimos veinte años (Ministerio de Salud y OPS, 2003), disminuye la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas y aumentando la esperanza de vida de 65,4 a 68,44 años para los hombres, y de 72,1 a 75,59 para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil descendió de manera sostenida de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a16,3 por mil en el año 2001; y la RMM decreció en un 65,7% entre 1980 y 2002 (gráfico 23).

***Grafico 23. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Argentina. 1980-2002*.**

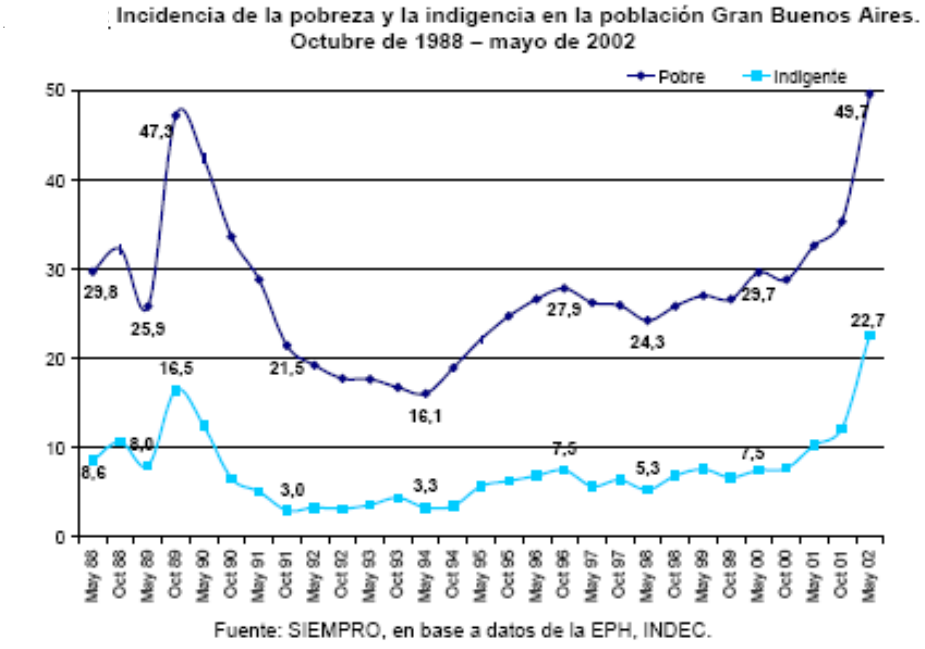
Fuente: Sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

La relación entre pobreza y mala salud está demostrada. La misma relación se observa con la indigencia, el desempleo y la exclusión social. Cuando se considera la relación entre mortalidad o morbilidad y cualquier indicador socioeconómico (ingreso per cápita o nivel de empleo) se observa que los grupos de población con peores condiciones económicas, de vida y educativas, tienen peor estado de salud.

En 1980 la pobreza afectaba al 8,3% de la población y la indigencia a menos del 2%. En 1989 se produjo una fuerte devaluación de la moneda local que, trasladada a los precios, culminó en los episodios hiperinflacionarios de 1989/1990 (Cimillo, 2002). El salario real había descendido ese año al piso más bajo y en sólo cinco meses la proporción de la población que estaba por debajo de la línea de pobreza pasó del 25,8% al 47,3%, y la que vivía en la indigencia creció del 8% al 16,5%.

Desde 1998 las condiciones de vida de la población se deterioraron rápidamente, en concordancia con el aumento de la desocupación y con ello creció la pobreza, llegando a un nivel sin precedentes. Entre los meses de octubre de 1998 y 2002, la proporción de pobres creció del 25,9% al 58,5%, con diferencias según el aglomerado observado.

***Grafico 24. Incidencia de la Pobreza y la Indigencia en la Población Gran Buenos Aires. Octubre 1988 – Mayo 2002*.**



Fuente: SIEMPRO, en base a datos de la EPH, INDEC.

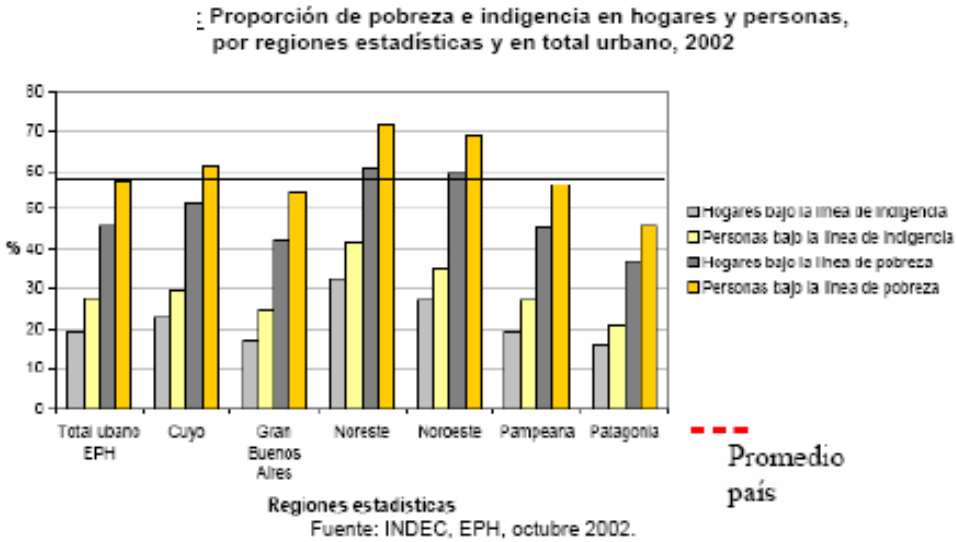
La disminución de la RMM presentó diferencias entre los tramos del período 1980-2002. Desde 1980 el descenso fue sostenido hasta el año 1994, cuando se

produce el 85% de la disminución de la RMM. A partir de ese año no sólo ésta se detiene, sino que además muestra incrementos en los tramos 1994-1996 y 2000-2002. En el gráfico 25 se muestra el contexto económico y político antes citado, en los diferentes tramos temporales de la evolución de la RMM.

***Grafico 25. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Argentina. 1980-2002*.**

Como se observa en el gráfico 26, en las regiones del NEA, NOA y Cuyo se registraron proporciones de pobreza en hogares y en la población, superiores al promedio nacional.

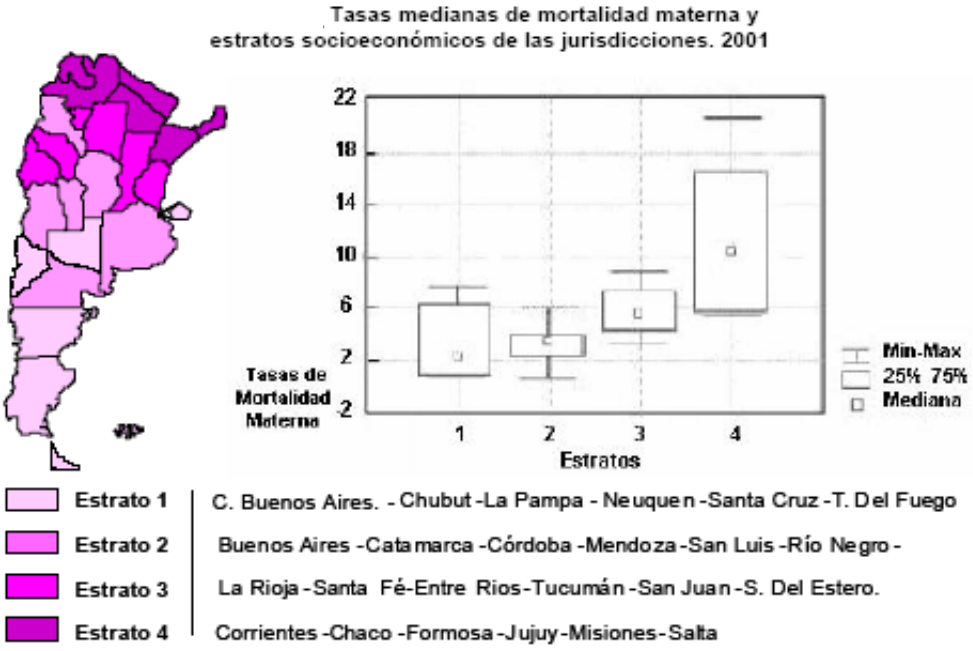
***Grafico 26. Proporción de Pobreza e Indigencia en Hogares y Personas, por Regiones Estadísticas y en Total Urbano. 2002*.**



Las provincias participantes del presente estudio de mortalidad materna, representaron a las regiones con mayores proporciones de pobreza del país. Estas regiones son NEA: Formosa y Chaco; NOA: Tucumán; y Cuyo: San Luis, Mendoza y San Juan.

El análisis de la mortalidad materna según estos estratos muestra las desigualdades existentes, siendo la razón entre la mortalidad materna de los estratos de mayor ingreso y los de menor ingreso de Mapa 3,25(Gráfico)

***Mapa 3. Tasas Medianas de Mortalidad Materna y Estratos Socioeconómicos de las Jurisdicciones. 2001*.**



Fuente: Situación de Salud en Argentina, Ministerio de Salud-OPS, 2003.

En el año 2002, las desigualdades entre las jurisdicciones se siguen observando, con razones de mortalidad materna de 1,4 por 10.000 NV en la ciudad de Buenos Aires a 16,6 por 10.000 NV en Formosa (Tabla 10).

Tabla 10. Razón de Mortalidad Materna por 10.000 Nacidos Vivos, según Provincias seleccionadas y la Argentina. 2002.

Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos, según provincias seleccionadas y la Argentina. Año 2002

Jurisdiccion	N° Muertes	Razón	Nacidos vivos
GCBA	6	1,4	41509
Argentina	320	4,6	694684
Tucumán	16	5,3	29921
San Juan	8	6,1	13070
Mendoza	20	7,2	27804
Chaco	19	7,8	24215
San Luis	7	8,4	8365
Formosa	22	16,6	13273

Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, año 2002.

3.8.1.1 Formosa. En el período 1990-2002 la RMM descendió el 15% (de 19,5 x 10.000 NV a 16,6 x 10.000 NV). La razón entre la RMM de Formosa y la del país se mantuvo prácticamente en el mismo nivel. Sin embargo, la razón entre la RMM de Formosa y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó más del 250% (gráfico 27).

Grafico 27. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002.

Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

3.8.1.2 Chaco. En el período 1990-2002, la RMM del Chaco descendió el 27%. La razón entre la RMM del Chaco y la del país se redujo levemente (20%). Sin

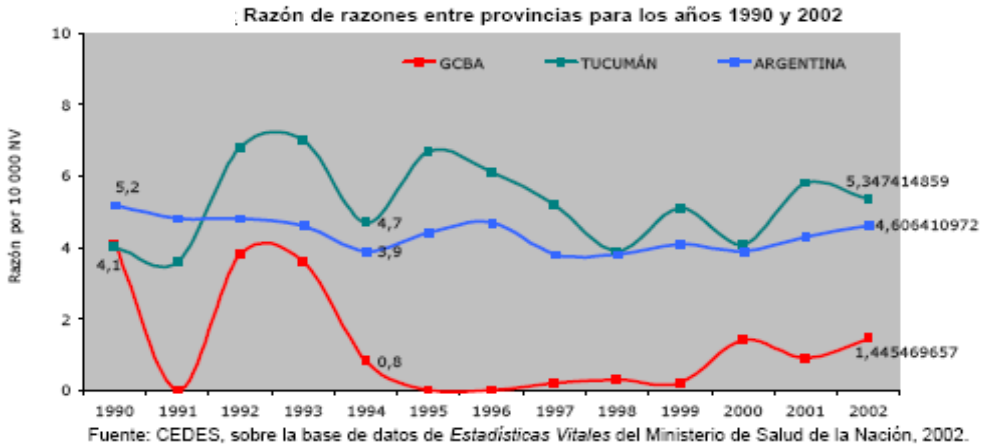
embargo, la razón entre la RMM del Chaco y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó poco más del 100% en el mismo período (gráfico 28).

***Grafico 28. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002*.**

Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

3.8.1.3 Tucumán. En el período 1990-2002, la RMM de Tucumán aumentó el 30%. La RMM de Tucumán pasó de ser menor que la del país a inicios de la década para llegar a ser 1,15 veces en 2002. Sin embargo, en el mismo período, la razón entre la RMM de Tucumán y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó el 380% (gráfico 29)

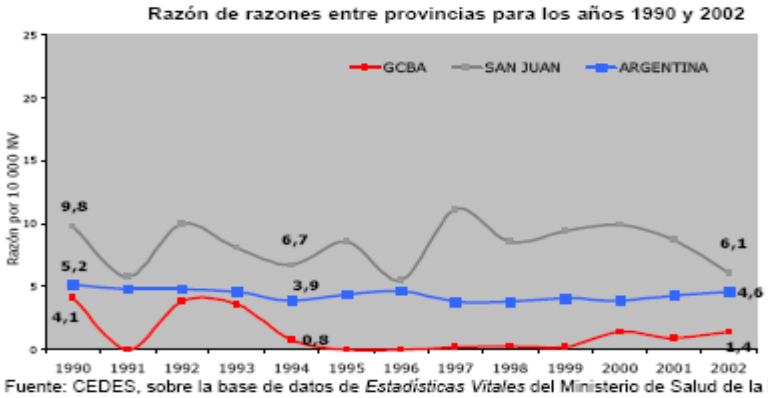
***Grafico 29. Razón de Razones entre Provincias para los Años 1990 y 2002*.**



Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

3.8.1.4 San Juan. En el período 1990-2002, la RMM de San Juan descendió el 38%. La razón entre la RMM de San Juan y la del país se redujo el 32%. Sin embargo, la razón entre la RMM de San Juan y la de la ciudad de Buenos Aires prácticamente se duplicó en el mismo período (gráfico 30)

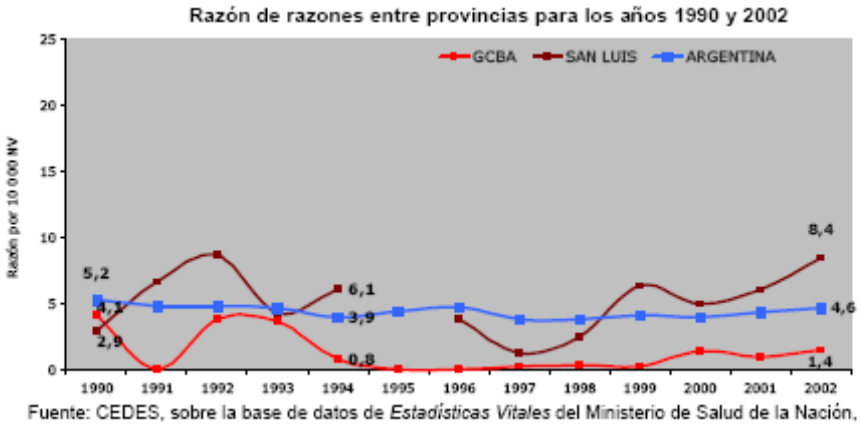
Grafico 30. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002.



Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

3.8.1.5 San Luis. La RMM de San Luis pasó de ser menor que la del país a inicios de la década para llegar a ser 1,8 veces más en 2002. Sin embargo, la razón entre la RMM de San Luis y la de la ciudad de Buenos Aires aumentó poco más del 400% en el mismo período (gráfico 31)

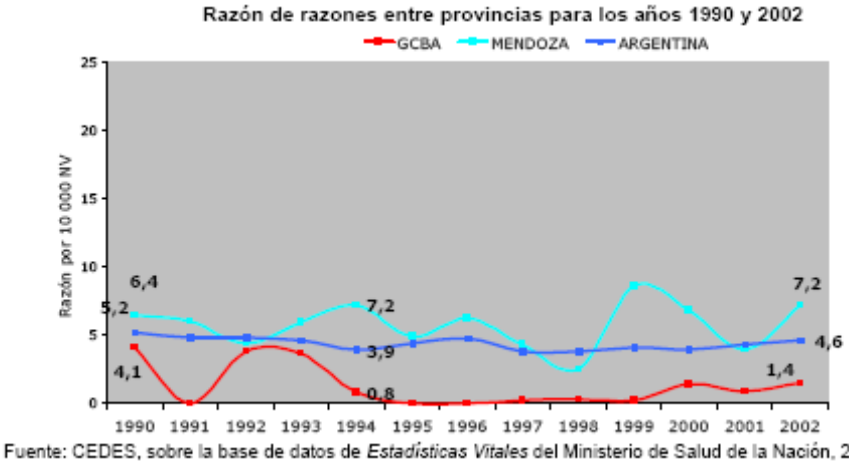
Grafico 31. Razón de Razones entre Provincias para los años 1990 y 2002.



Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

3.8.1.6 Mendoza. En el período 1990-2002, la RMM de Mendoza aumentó el 13%. La razón entre la RMM de Mendoza y la del país aumentó el 20%. Sin embargo, la razón entre la RMM de Mendoza y la de la ciudad de Buenos Aires se triplicó en el mismo período (gráfico 32).

***Grafico 32. Razón de Razones entre Provincias para los Años 1990 y 2002*.**



Fuente: CEDES, sobre la base de datos de *Estadísticas Vitales* del Ministerio de Salud de la Nación, 2002.

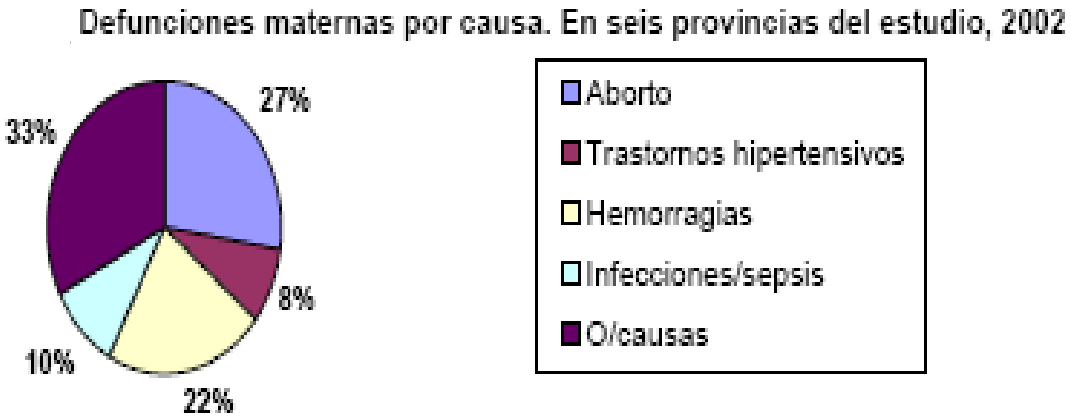
La mayoría de las mujeres que mueren por causas asociadas a la maternidad son las más pobres, con menor nivel educativo, alta fecundidad y dificultades en el acceso a los servicios de salud.

3.8.2 Mortalidad Edad Reproductiva. Durante el año 2002 fallecieron 1.516 mujeres de entre 10 y 49 años en las seis provincias participantes. Del total de muertes, 1.051 (69,3%) se produjeron en establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas y sanatorios), mientras que las 465 restantes (30,7%) ocurrieron fuera del ámbito asistencial (domicilio, vía pública, trayecto u otros). De las muertes no institucionales, las muertes domiciliarias representaron la mayor proporción (72,9%), con una variación interprovincial que osciló entre el 83 y 65%. Con relación a las muertes institucionales, la mayoría ocurrió en efectores del subsector público, en coherencia con el peso relativo de este subsector prestador en la provisión de servicios de salud en las provincias participantes. La proporción de muertes en el subsector público fue del 75%, mientras que en el subsector

privado/seguridad social fue del 25%. De las muertes no institucionales domiciliarias, el 15,3% de las mujeres de 10 a 49 años fallecidas durante el año 2002 eran adolescentes (n = 52), el 28,6% (n = 97) eran adultas jóvenes (20 a 34 años), mientras que el mayor peso relativo sobre el total de muertes de mujeres en edad fértil correspondió a las mayores de 35 años, el 53,7% (n = 182); y en ocho casos no se contó con información. En las muertes no institucionales domiciliarias, el peso de las causas externas fue, en orden decreciente: accidente, el 22,1%; suicidio, el 9,1%; homicidio, el 6,8%; y otras causas, el 62%.

La participación de las principales causas obstétricas directas en las muertes maternas mostró el aborto en primer lugar (27,4%), con un rango que fue del 21% (Tucumán) al 35% (Mendoza). Las hemorragias ocuparon el segundo lugar (22,1%), las infecciones/sepsis el tercer lugar (9,5%), y en cuarto lugar se ubicaron los trastornos hipertensivos que complican el embarazo (HTA) (8,4%), correspondiendo el 32,6% restante a otras causas (obstétricas directas e indirectas) (Grafico 33). En cuanto a las muertes maternas tardías, los trastornos hipertensivos que complican el embarazo (HTA) y las infecciones se repartieron igualmente el 15% de las causas, correspondiendo el 70% restante a otras causas obstétricas directas e indirectas.

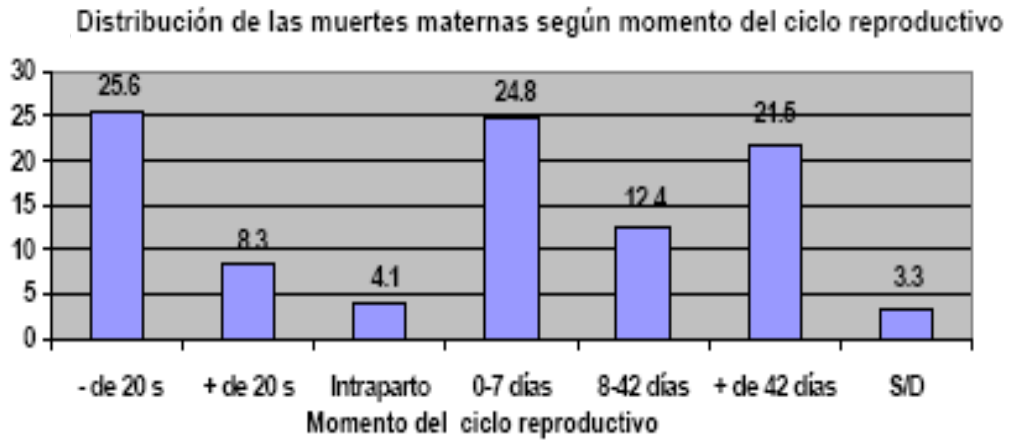
***Grafico 33. Defunciones Maternas por Causa en Seis Provincias de Estudio. 2002*.**



3.8.3 Edad. De las 121 muertes maternas contabilizadas, 28 (23%) ocurrieron en adolescentes, 65 muertes (53,8%) en mujeres de 20 a 34 años, mientras que las 28 restantes (23%) acontecieron en mayores de 35 años. Respecto del tiempo de gestación, de las 121 muertes maternas, 31 se produjeron antes de las 20 semanas (25,6%), en consonancia con el peso del aborto como factor etiológico principal del ciclo reproductivo.

Al considerar ambas categorías de muertes maternas (defunciones maternas y muertes maternas tardías), el 38% de los decesos ocurrió durante el embarazo y el 58,7% durante el puerperio. El mayor peso correspondió a las muertes en el puerperio inmediato (0-7 días), que fue del 42,2%, mientras que las muertes maternas tardías representaron el 36,6% (Grafico 34).

***Grafico 34. Distribución de las Muertes Maternas según Momento del Ciclo Reproductivo*.**



El 4,9% de las fallecidas por causas de muerte materna (defunciones maternas y muertes maternas tardías) no había asistido a la escuela, el 20% tenía educación primaria incompleta, el 40% educación primaria completa, y el 17% educación secundaria incompleta o completa. Este dato no estaba consignado para el 18% de las mujeres fallecidas por causas maternas. La información sobre el lugar de residencia (urbano/rural) no fue consignada en las provincias de Formosa, Mendoza y San Juan. En el Chaco y San Luis, la mayor parte de las muertes

maternas ocurrió en mujeres que residían en zonas urbanas (82,7 y 66,7% respectivamente). En Tucumán, en contraste, sólo el 30% de las muertes maternas ocurrió en mujeres que residían en zonas urbanas.

Sólo Formosa registró que el 35,8% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres de comunidades indígenas, cuando su población indígena representa apenas el 7% de la población total. La relación defunciones maternas/muertes maternas tardías fue de 8 a 1 entre las mujeres de comunidades no indígenas frente a 1,5 a 1 en las indígenas. Para el caso del Chaco, esta relación no pudo calcularse dado que no se refiere en forma sistemática la pertenencia étnica de la mujer fallecida.

De los factores que caracterizan la estructura de la institución que asiste los partos/abortos, la falta de disponibilidad de guardia obstétrica activa y de atención obstétrica esencial aumentaron el riesgo de muerte materna 8 veces. Con relación a la calificación del personal que asiste partos, se consideró que contar con residencia en obstetricia o tocoginecología era una variable que representaba la disponibilidad de personal de planta y conducción acreditado en la especialidad. Así, en las instituciones que no contaban con residencia, el riesgo de muerte materna aumentaba 5,5 veces.

A mayor edad, mayor paridad a partir de los veinte años la edad presentó una relación prácticamente lineal con el riesgo de muerte materna. Un comportamiento similar tuvieron las edades menores de quince años.

La variable número de partos asistidos en una institución mostró estar altamente correlacionada con las otras variables consideradas de estructura y aquellas relativas a la calificación del personal que asiste partos/abortos. Adicionalmente, esta variable puede ser utilizada para representar las capacidades de los servicios de salud para responder de forma adecuada a la emergencia obstétrica, dada su

correlación con los componentes de la atención obstétrica esencial. En cuanto a la variable edad, fue seleccionada porque resume el comportamiento de otras variables biológicas y sociales que resultaron significativas, y también porque expresa la trayectoria reproductiva de las mujeres.

El modelo obtenido muestra el peso específico que tienen las variables relacionadas con la oferta de servicios aun controlando por las características biológicas y sociales de las mujeres. La posibilidad de contar con profesionales capacitados y activos en los servicios y con los insumos necesarios para asistir una emergencia, parece ser una respuesta eficaz para contrarrestar la mortalidad materna.

Estos resultados permiten concluir, en consonancia con lo reportado por la literatura, que una política pública dirigida a reducir las defunciones maternas debe considerar prioritario el trabajo sobre la red asistencial para garantizar fundamentalmente dos aspectos: por un lado, que las derivaciones sean realizadas oportunamente y por el otro, que los servicios de salud a los que concurren las mujeres por complicaciones de aborto o para atender el parto cuenten con recursos que garanticen la atención obstétrica esencial para el manejo de la resolución de la emergencia obstétrica.

En el plano de las actitudes anticonceptivas/reproductivas entre las mujeres que murieron a consecuencia de un aborto provocado, se destacan las dificultades para adoptar medidas anticonceptivas de común acuerdo con la pareja, en función de los planes reproductivos. También se observa la divergencia de intenciones reproductivas entre las mujeres fallecidas y sus parejas, conflicto que, dadas las circunstancias –aborto clandestino y precario– aumentó el riesgo de sus vidas.

Así, se observa que en estas parejas es común la falta de involucramiento del compañero en el cuidado anticonceptivo, que deja a las mujeres desprotegidas

frente a un embarazo, aun cuando fueran ellos quienes no deseaban tener más hijos. Entre estas mujeres algunas no utilizaban ningún método anticonceptivo porque les producían malestares, otras tenían algún cuidado para no resultar embarazadas –intermitente, con anovulatorios orales, ligadura tubarica (sic)– en tanto que algunas suspendieron los anticonceptivos orales en distintas situaciones: una de ellas a espaldas de su pareja (quien le llevaba las pastillas hasta que el médico exigió verla para seguir entregándoselas), y la otra decidió dejar las píldoras para resultar embarazada con el fin de evitar la pérdida de su vivienda, según explicó su tía. Los embarazos que resultaron en estas circunstancias encontraron, en varios casos, la oposición de las parejas a su continuidad. Sólo uno de estos embarazos fue deseado por ambos miembros de la pareja.

Algunas mujeres comentaron su percepción o seguridad de estar embarazadas entre sus pares (vecinas, amigas) y familiares mayores (tía, madre). Las únicas dos mujeres que informaron a sus parejas sobre el embarazo, fueron coercionadas para interrumpirlo, en contra de su voluntad. En estos casos, los testimonios recogidos permiten observar la existencia de relaciones asimétricas y violentas:

Y... la llevó él, dice que él la hizo sonar a palos primero porque ella no quiso hacer aborto. Y la llevó a Sylvina a una señora y la hizo aborta (madre de M2 CH R 28).
Yo me enteré que ella estaba embarazada cuando estaba de tres meses más, y yo le dije "No quiero saber nada de eso, te dije que te cuidaras"... y ella llorando me dijo que nunca más la volvería a ver, y efectivamente, la volví a ver casi moribunda en el hospital... nunca sabré por qué hizo eso (pareja de M/FO U 21).

Estas mujeres recurrieron a sus madres en búsqueda de ayuda económica para realizar el aborto. Sin embargo, de ellas obtuvieron desaprobación debido a la criminalización de esta práctica. En un caso, argumentando temor a verse

involucrada por los riesgos que podría correr la salud de su hija, y en otro, culpabilizándola desde una perspectiva religiosa:

Y bueno, y ahí ella vino... después la última vez que ella vino ella me dijo..."Mamá quiero un remedio". Le digo "¿Para qué hija?". Dice "Yo estoy embarazada –dice– yo quiero sacármelo porque él no quiere que yo tenga". "Pero hija, tuviste cuatro tené cinco, crialo –le digo– vas a hacer un daño a tu cuerpo y a la criatura, vas a matar una criatura". "No –dice– porque él no quiere que yo tenga". "Bueno –le digo– yo no te puedo dar un remedio hija, porque el día de mañana te pasa algo la culpa la tengo yo..." Y bueno y se fue. Y a los catorce días..." (madre de M2 CH R 28).

Ese tipo que tenía como novio le obligó que fuera a verla a una doña, para que le solucionara su problema. Nosotros le dijimos que nunca, que estaba mal, que Dios nunca la perdonaría. Ella lo mismo fue a la casa de esa tipa –yo no sé el nombre, si no la denunciaría–. Lo que sé, que el día 6 de marzo vino a pedirme prestados $ 50 para comprar pastillas en la farmacia para echar a su hijo y yo no le di y la eché, y le dije que Dios la iba a castigar. Había sido que no sé dónde ella consiguió la plata y compró las pastillas y echó a su hijo de casi cuatro meses (madre de M/ FO U 21).

Estas mujeres fueron "acompañadas" por sus parejas a abortar pero, como se verá más adelante, no las acompañaron en el proceso de atención de las complicaciones del aborto.

El caso de extrema coerción está representado por una joven que fue obligada a abortar en silencio por su patrona, única persona al tanto de su embarazo (quien la hacía ejercer la prostitución, además de las tareas domésticas que realizaba públicamente). En otros casos, algunas mujeres estuvieron al tanto de los

procedimientos abortivos realizados (tía, amigas), aunque no las acompañaron en la búsqueda de recursos para conseguir el aborto.

Otras mujeres parecen no haber comunicado su embarazo a nadie, tampoco a su pareja, dado que – y otros informantes clave, en algunos casos– refieren haberse enterado del estado de gravidez recién a partir de la internación. En el extremo, están los compañeros de estas mujeres que dicen desconocer la causa de muerte, desvinculándola del aborto, e incluso dudando o negando el embarazo informado por los médicos. Quizá se pueda interpretar esta actitud en la línea presentada por otro estudio (Ramos y Viladrich, 1993) que da cuenta de la estrategia defensiva frente a los servicios de salud de las mujeres que abortaron, al referir desconocer que estaban encinta con el objetivo de contrarrestar las sospechas de haber incurrido en maniobras ilegales. El estigma, fruto de la criminalización del aborto, podría explicar que familiares y allegados de mujeres que fallecieron por esta causa eviten reconocer la práctica que tuvo lugar, comenzando por "desconocer" el embarazo.

En este sentido hay que destacar que muchas mujeres que aparentemente decidieron ellas mismas interrumpir el embarazo no hicieron público el recurso al aborto. Sostuvieron el ocultamiento frente al tradicional interrogatorio médico (Ramos y Viladrich, 1993; Ramos *et al.* 2001) e incluso ante familiares y allegados adjudicaron los malestares que padecían a problemas digestivos o de otro tipo.
Tampoco cuando la complicación y el compromiso de su salud iban en aumento confesaron las prácticas realizadas. Nuevamente, el caso más patente de sumisión y silencio es el de la joven que en ninguna instancia del proceso de atención refiere el aborto, diagnosticado recién a partir de la autopsia:

Eso sí que ella no me quería avisar lo que a ella le pasaba. Yo le preguntaba de todas formas "Hija ¿qué te pasó? Avisame" le digo. Lo único que me decía "Me caí de la bicicleta" eso era lo que me contestaba.

Después las enfermeras igual le preguntaban. Y ella contestaba que cayó de la bicicleta. Lo único que contestó era eso... Y ahí me dijo el doctor "Tu hija no es caída de la bicicleta que tiene. Tu hija tiene otra cosa". Y ahí el doctor le sacó el oxígeno y le preguntó "Hija ¿qué te pasó?". Lo único que ella le contestó "Me caí de la bicicleta" y no... (madre de M1 CH U 19).

Dada la clandestinidad social que rodea el aborto, en mujeres que disponen de escasos recursos económicos, las estrategias para interrumpir el embarazo son en su totalidad opciones inseguras.

Otra variable que aumenta el riesgo la representa el tiempo de gestación al momento del aborto, que en algunos casos llega hasta el cuarto mes de embarazo.

Entre las mujeres que manifestaron su intención de abortar, los métodos utilizados comprenden desde la ingesta de pastillas hasta la atención con practicantes de abortos y parteras "chai" (con uso interno de hierbas). La clandestinidad familiar en la que se encontraron otras mujeres que abortaron, nos impide saber qué medios utilizaron para interrumpir el embarazo, y más importante aún, les impidió a ellas tener un marco de contención y ayuda en esta situación. Entre los informantes que retrospectivamente pueden dar cuenta del aborto practicado, las fuentes que permitieron conocer su ocurrencia fueron, además del diagnóstico de los profesionales de salud, la autopsia realizada, el testimonio de otra víctima de explotación sexual (también coaccionada a abortar en absoluto silencio) y el de las amigas de la mujer fallecida que tuvieron conocimiento del aborto al mismo tiempo que éste tenía lugar.

En cuanto a las razones de las mujeres para recurrir a la interrupción del embarazo, tal como informan los entrevistados, además de la negativa de la pareja al advenimiento de otro hijo, se argumentan las dificultades económicas y

de pareja que padecía la mujer. Se desconocen los motivos que impulsaron a las mujeres que no comunicaron su decisión de abortar.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas, y en relación con la actitud frente al embarazo, hay que destacar la situación de algunas que las cuales el embarazo era un hecho conflictivo. Según relatan las informantes, esta presunción se funda en su comunicación tardía o en los temores que manifestaban por estar al tanto de los riesgos que implicaba para su propia salud:

E: ¿Y cómo tomó ella la noticia del embarazo?
G: Y no sé, parecía que no quería.
C: No, ella no quería... O sea que estaba así como deprimida, que era como si estaba impresionada del embarazo... Sí, también preocupada, muy preocupada porque...
G: Bueno, porque ella siempre decía que cuando tuvo el último nene, los médicos le había dicho que no podía quedarse más embarazada.
Entrevistadora: Ahá, ¿Por qué?
G: Porque ella... para tener otro bebé tenía que hacerse un buen tratamiento porque... bueno, no, en realidad, en realidad le dijeron en el hospital que, que no podía tener más bebés porque, por las operaciones que ella tenía...
E: ¿Por las cesáreas?
G: Por las cesáreas y aparte bueno, que ella había sido operada también de la vesícula, ya eran demasiadas con los chicos que había tenido. Bueno, ésa era la preocupación de ella... (hermanas de M19 SL U 38).

Sin embargo, a pesar de no ser un embarazo bienvenido, estas mujeres realizaron los controles de rutina. Otras mujeres, que no controlaron su embarazo (percibido y/o comunicado tardíamente) mostraban actitudes más resistentes frente al control médico: no acostumbraban a realizarse los controles –esto fue vinculado a

costumbres “de campo” o a una actitud caprichosa– o no seguían las indicaciones médicas.

Un caso particularmente dramático se presenta en una mujer con discapacidad mental que resulta embarazada presuntamente por el abuso de su padre. Esta mujer no tuvo ningún control del embarazo por no haber sido percibido según su padre, dado el exceso de peso característico en ella.

De las mujeres que fallecieron en el puerperio alejado, algunas tuvieron una estadía prolongada en el hospital (alrededor de dos semanas), mientras que otras fueron dadas de alta después del parto sin recibir indicación sobre el tratamiento que deberían realizar.

3.8.4 Demora en Decidir Buscar Atención. En relación con la percepción de “signos de alarma” entre las mujeres que fallecieron por abortos provocados, se destaca una importante demora –alrededor de tres días– frente a síntomas tales como hemorragia, frío, mareos. Estas señales no fueron percibidas como alarmantes, o al menos no motivaron la consulta, quizá debido a los temores de tener que referir la realización de la maniobra abortiva. También se relata en forma confusa la existencia de ciertas señales que no fueron atendidas en forma inmediata:

Dicen que tenía hemorragia, yo no sabía nada... (pareja de M24 TU R 31).
Una [amiga] de por allá que, cuando murió, se culpaba. Me dijo: “es mi culpa porque ella me había contado que le salían gotitas de pus y yo como una boluda no le dije que se fuera al médico” (madre de M25 TU U 36).

En otros casos, si bien la decisión de buscar atención fue más próxima al momento de percepción del malestar (en el transcurso del mismo día),

inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se intentó paliarlos en forma casera. Por ejemplo:

Ella empezó a perder un día antes de ir al hospital. Lo que pasa es que ella tenía una tendencia a tener anemia... (pareja de M9 ME U 31).
R: Ese día fui a la tarde a la casa de ella, y dice que le dolía un poco la cabeza, y yo...
E: ¿Usted recuerda a qué hora fue, más o menos, cuando ella le dijo, en qué horario le dolía la cabeza?
R: Habrá sido las... nueve de la noche "¿Querés que te lleve en auto?", "No, si me voy a bañar y se me va a pasar". Era calor, hacía un calor terrible, ese día (ex pareja de M17 SL U 35).
...ese día antes... había estado con mucha fiebre. Entonces se había levantado... y me dijo que había ido a la casa de Mercedes, que había estado en la casa de la madre, ese domingo antes. Venía a ser casi una semana... Y ella había ido el domingo y había comido ñoquis, tenían mucha salsa y después que se había comido el pellejito del pollo, que había estado en lo del hermano, que eso le había hecho mal al hígado. (amiga-vecina de M21 SL U 35).

Los obstáculos que enfrentaron estas mujeres para buscar atención oportuna frente a las alarmas percibidas se asocian con la falta de "otros" para delegar el cuidado de los hijos, la ausencia de acompañamiento por parte de la pareja, y el ocultamiento del aborto realizado en situación de explotación sexual.

Algunas mujeres llegaron solas al servicio, al menos en el primer contacto, por haber sido abandonadas por su pareja o bien porque las condiciones laborales dificultaban el acercamiento con los familiares, como muestra el siguiente fragmento:

¡Y ella no me mandaba a avisar!, ni la patrona tampoco... Eso es lo que yo decía, ¿Por qué será que la patrona, si tiene una empleada ¿por qué no me manda a avisar que ella está enferma? ¡Y ella no me mandaba a avisar! Dice que ella no sabía... ¿Cómo no va a saber, le digo, si ella le decía que iba al doctor porque se encontraba mal... (madre de M1 CH U 19).

En otros casos se destacan las estrategias que las propias mujeres desplegaron, armando una especie de red que les facilitara el acceso al servicio de salud. En esta instancia desempeñaron un importante rol "otros" que colaboraron en el proceso de búsqueda de atención –vecinos, niños y familiares, encargándose de conseguir la ambulancia, llamando a otros familiares que luego hacen de acompañantes, generalmente otras mujeres.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas se observa una más rápida reacción en el entorno familiar frente a las señales de alarma, ya que se decide buscar atención médica en forma inmediata.

No obstante, también aparecen algunos obstáculos, entre ellos, la limitada oferta de los servicios públicos durante los fines de semana, la falta de medios de transporte, y el cuidado de los hijos (en ausencia de otro adulto protector), tal como relata uno de los entrevistados:

Yo le dije "No tengo cómo llevarla" y él [agente sanitario de la comunidad] me dijo que me conseguiría una bicicleta para que la lleve. Yo no pude llevarla a la tarde... Al día siguiente recién pudimos salir a buscar ayuda porque no sabía qué hacer con mis hijos (pareja de M6 FO R 32).

En otro caso, las dificultades de la mujer para acceder al tratamiento que se le indicó son atribuidas a su pareja, con quien tenía una relación marcada por la

desigualdad. Desde que dejó su trabajo a pedido de él, tenía dificultades económicas, con evidentes consecuencias para su salud:

...como que ella tenía que irse a San Luis a hacerse los estudios, no tenía cómo viajar y él no la ayudaba... Y bueno, no sé, el marido me parece que era medio... que no la dejaba salir, porque ella siempre estaba acá. A veces quería salir a algún lado y... llegaba él y ya no salía a ningún lado (hermana de M19 SL U 38).

En situaciones particulares las señales de alarma percibidas no fueron leídas con mayor urgencia, demorando la salida en búsqueda de atención. En una mujer, esta situación se combina con el no seguimiento del tratamiento indicado para el problema de salud que causa finalmente su muerte. En otro caso, la manifestación de señales de alarma al momento del alta por una intervención no relacionada con el embarazo –una biopsia– podría motivar la consulta tardía, dado que recientemente había sido autorizada la salida del sistema del salud. Esto se observa en el siguiente fragmento de la entrevista:

F: Cuando le dan el alta el sábado a las 14 estaba con pérdidas. Estuvo en cama, mal, con otro aspecto, a cada rato se levantaba al baño, devolvía. El domingo le di a las 3 de la tarde una compota, no había comido nada. Le habían dado dieta de comida. El lunes a las 7, llega Carlos [su hermano] de trabajar y se sintió un golpe en el baño, cuando ella se descompuso.
G: El domingo tiritaba, con escalofríos, tenía 39º. Cuando se descompuso el lunes, había sangre en el baño (hijos de M10 ME U O 48).

En el proceso de búsqueda de atención se destaca el acompañamiento familiar con el que contaron estas mujeres, a diferencia de aquellas que murieron por complicaciones de abortos provocados. Es frecuente que las primeras permanezcan acompañadas por su pareja y, en el caso de las más jóvenes, por sus padres.

3.8.5 Demora en Llegar al Servicio de Salud. Una vez tomada la decisión, por parte de las mujeres que se realizaron un aborto, de buscar atención médica, el traslado hacia el centro sanitario se efectuó en forma particular o por medio del transporte del sistema de salud. En estas situaciones, el servicio prestado por las ambulancias no presentó demoras. Cuando el transporte estuvo a cargo de la mujer y/o de su grupo de allegados, aunque no fueran los medios más adecuados –automóvil, bicicleta– no encontraron demoras en el trayecto. En otros casos, recurrieron a medios de transporte público –ómnibus, remise, taxi–. La demora que se muestra en la siguiente situación es probable que se deba a dificultades económicas que hicieron postergar el gasto mayor que implicaba el viaje en taxi:

Luego de esperar un rato el ómnibus, decidieron tomar un taxi, llegaron a la sala de urgencia... (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

En la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro de salud u hospital se destacan los diagnósticos incorrectos, con tratamiento ambulatorio. En algunos casos, las mujeres o sus acompañantes reaccionaron exigiendo una atención más exhaustiva o la internación frente a los síntomas que padecían:

M: ...la mandaron de vuelta del hospital, viendo que tenía fiebre, que se tomara un Sertal...
E: ¿Eso es lo que le contaron?
M: Sí, que se tomara un Sertal, que sé yo qué... y que ella les decía "No, y ¿cómo me voy a ir si yo estoy con fiebre, cómo me voy a ir?" (madre de M20 SL U 29).
Viene el doctor [del centro de salud local] le mira nomás así, así le mira, me dice: "¡Ah!, Ésta del viernes lo que anda jodiendo, no sé lo que quiere –dice– ponganlen un calmante y que la lleve a la casa", dice. "¡No! –le digo– ¡Mire, yo quiero ver que lo... ¡Mire cómo está ella!, ¡Yo a la casa no la voy a llevar! Yo lo que quiero que me le internen y le pongan algo para contra la infección, ¡Si ella tiene infección!

¿Cómo la voy a llevar a la casa así como está? –le digo– ¡Mire como está ella muy agitada, cómo la voy a llevar a la casa, yo quiero que le interne y le cure", le digo.
E: Y ¿Se la internó?
M: Y ¡Si! Me agarró y me internó, pero medio... en contra, digamos (madre de M1 CH U 19).

El último fragmento da cuenta de la ventaja de contar con soporte familiar en la gestión de la atención ya que, superando el maltrato y el abandono, esta mujer logra la internación de su hija, quien se había presentado sola en tres oportunidades anteriores sin obtener una atención adecuada. Otra mujer, ante "chuschos" y dolor de estómago consultó en el dispensario, donde le diagnosticaron infección urinaria, le indicaron análisis y calmantes. Pocas horas después, con el agravamiento de los síntomas acudió a un hospital. En esta oportunidad, la búsqueda de atención médica hacia otro servicio se orienta, quizá, por la desconfianza en el tratamiento anterior, o tal vez por reconocer que el empeoramiento de su salud requería atención en un centro de mayor complejidad, haciendo evidente la demora en que incurrió el dispensario al no atender adecuadamente ni derivar a tiempo a un servicio con mayor capacidad resolutiva.

En relación con los insumos, sólo en un centro de salud se reconocen faltantes, que son resueltos por el grupo familiar solicitando ayuda económica para enfrentar el gasto. A pesar de conseguir los insumos –medicamentos y aguja– se presenta una demora, ya que al ser fin de semana se dificulta el hallazgo de una farmacia de guardia. Por otra parte, la aplicación de éstos es demorada en el centro sanitario por estar el personal ocupado, según relata la informante:

Me trae y cuando me trae, le entrego y le digo yo "Acá está –le digo– yo quiero que me le ponga". Me dice "¡Esperá! –dice– que estamos ocupados". Todavía me hicieron esperar un montón para hacerle poner..." (madre de M1 CH U 19).

En cuanto al acceso a centros de mayor nivel de complejidad, se observan demoras en la derivación. Esto podría obedecer a un error en el diagnóstico –no percibiendo la emergencia– o al intento de continuar el embarazo, postergando el legrado que complete el aborto. En otros casos la orden de derivación parece haber sido oportuna, aunque no fue efectivizada en tiempo y forma, llegando a las cinco horas la espera por una ambulancia. En otros casos, el traslado fue realizado eficientemente en un medio de transporte particular. Entre las mujeres que fallecieron por otras causas, se destacan las dificultades de transporte para acceder al sistema de salud frente una señal de alarma. Estos obstáculos significaron importantes demoras entre la población rural, que también carece de medios de comunicación: en un caso, el compañero de la mujer debe salir a caballo en búsqueda de la ambulancia, a una legua de distancia.

En otra situación, el transporte hacia el primer centro sanitario es resuelto con ayuda del agente de salud de la comunidad que presta su bicicleta.

En otros casos, las necesidades de transporte fueron resueltas a través de vehículos particulares o remises –sin demoras– y ambulancias (con demora de tres horas en una oportunidad). Tal como sucede en las situaciones de aborto, en la búsqueda de la atención se movilizan “otros” –familiares, vecinos y allegados– que colaboran de distintas formas: llamando a la ambulancia, prestando un vehículo, acompañando, etcétera.

En cuanto a la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro sanitario se observan varias dificultades que implican demoras en recibir atención adecuada. Entre ellas surgen: el diagnóstico errado y tratamiento ambulatorio con calmantes (por un período de hasta dos días y sin observar mejoría), y la escasa oferta de servicios de los centros sanitarios próximos –cerrados durante feriados y fines de semana, con escasez de profesionales/horas de atención, que demora la realización de la consulta. En el siguiente fragmento se observa la combinación de

estas demoras, el sufrimiento de la joven embarazada y de sus padres, y la movilización de éstos en busca de atención:

P: Estuvo la niña más de media hora dentro la guardia y resulta que yo la sentía que se quejaba, que gritaba... y me entré a desesperar... Estuvimos una hora y le dan como de alta y preguntamos qué tenía y supuestamente era un ataque al hígado. Y uno que no sabe, que no entiende, sale con el mismo dolor. Entonces cuando volvimos acá, no la veíamos bien. Yo me voy a trabajar... y no sé por qué casualidad pego la vuelta a las 10 de la mañana y mi hija está nuevamente en la salita y estaba allá a los gritos y me dicen, por qué no te buscás algún pibe para traerla acá a la casa?. Y fui con un chico amigo.

M: Pero eso era ya más de la una porque no la atendieron enseguida porque no estaba la doctora, la ginecóloga. Ella empezaba a atender a la 1. Cuando la atendió era más de la 1. Mi hija estaba en la casa acá parada, con convulsiones y la traje con mi sobrina, ya no me caminaba, estaba lúcida pero en shock.
P: Ella no tenía ningún movimiento, y no era ella en ese momento. Entonces yo fui a buscar un vehículo, una camioneta para llevarla y dije "vamos a sacar un colchón porque ella no puede ir adelante sentada". Entonces la bajamos en el hospital (padres de M12 ME U 18).

En otros casos se observa la negligencia por no internar a la mujer que había sido derivada –con orden escrita– y por derivar desde la guardia hacia el consultorio externo (postergando la atención de la emergencia). Frente a estas dificultades, algunas mujeres y/o sus familiares buscaron atención en otra institución. Las dificultades en relación con los insumos se manifiestan en la ausencia de distribución de medicamentos para el tratamiento de problemas durante el embarazo (hipertensión, anemia) así como también en la ausencia de medicación requerida durante el manejo de la emergencia obstétrica. Esta última situación no fue conocida por la pareja de una mujer que en el proceso de atención sufrió las

consecuencias de la falta de insumos. Quien menciona la escasez es el médico tratante:

Llegué al hospital y ya me esperaba el doctor. La atendió, le puso remedios y me dice que hay peligro que el hijo venga antes (pareja de M6 FO R 32).
En ese momento no contábamos con úteroinhibidores, y fue medicada con venoclisis y antiespasmódicos en goteo (médico del hospital local, atención de M6 FO R 32).

En la atención de esta mujer, la derivación se vio afectada negativamente por las dificultades de transporte en el hospital local:

Al no ceder las contracciones... decido derivar a la paciente al hospital de mayor complejidad, hospital de cabecera del distrito de salud... a las 10.40. La ambulancia [del hospital local] desde hace una semana estaba fuera de servicio. Solicito la ambulancia del hospital [cabecera]. La ambulancia llega a las 14... y sale a las 14.20. [Llegaron a destino pasadas las 17. El camino, de 120 km, está en muy mal estado] (médico del hospital local, atención de M6 FO R 32).

En otros casos, la derivación se efectúa luego de una estadía de algunos días o bien no se realiza, decidiendo la mujer y su grupo familiar buscar atención médica en otra institución. El caso quizá más dramático es el de una mujer –de residencia rural, y próxima a la fecha de alumbramiento– a quien le indican un tratamiento para el cual debía trasladarse a 17 km. Sin embargo, no la derivan:

El día 10 de mayo de 2002, faltando dos semanas para cumplir los nueve meses, pasa la hija por su casa y le comunica que estuvo en el hospital [local], a 6 km. de su domicilio, porque se sentía un poco descompuesta... le dicen que tiene la presión muy alta y que tiene que concurrir al hospital Rawson, a 17 km. Pero la hija no hace caso de lo solicitado por el médico... su hija no hace reposo y

concurre a su trabajo habitual [tareas rurales]. A las 22 del mismo día se descompone en la casa (reconstrucción del relato de madre de M14 SJ R 30).

Si bien la entrevistada parece encontrar las causas de esta demora en el comportamiento de su hija, por desobedecer las indicaciones médicas, la derivación desde el propio sistema de salud, es decir, la gestión del transporte y tratamiento necesarios, tal vez hubiera facilitado la atención de esta mujer, cuya causa de muerte (eclampsia) se relaciona con el problema diagnosticado y no tratado.

También hubo derivaciones llevadas a cabo con agilidad, tanto en la recepción de la emergencia como en el traslado en ambulancia. No obstante, entre ellas se encuentra una mujer que falleció en el trayecto a un hospital de mayor complejidad.

3.8.6 Demora en Recibir Tratamiento en el Servicio de Salud Donde Fallece. El ingreso de las mujeres que fallecieron a consecuencia de un aborto provocado en este servicio se concentra en el fin de semana. Algunas mujeres llegaron directamente desde su domicilio, y en transporte particular. En estos casos se presentó una demora en la recepción en el servicio, que retrasó el ingreso a la UTI, por ejemplo, hasta que se contactó a un profesional conocido, como muestra el siguiente fragmento:

... y recién a las 21, y gracias a que pasó por la sala de espera el médico que la conocía porque había atendido los partos anteriores, recibe atención. A las 21.30 es trasladada a la sala de terapia intensiva del mismo hospital (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

El tiempo de estadía de estas mujeres hasta el momento en que fallecieron fue inferior a las cuarenta y ocho horas. Pese a este corto período de internación que

culminó con la muerte, hay que resaltar que, en un caso, pocas horas antes de este ingreso, la mujer había consultado en el mismo servicio, y había sido enviada a su casa con prescripción de calmantes, pero no de estudios.

Las mujeres que llegaron por una derivación al servicio donde fallecieron, es decir, que ya habían ingresado al sistema de salud, tuvieron una estadía de duración muy variable, desde unas pocas horas hasta trece días, habiendo pasado por la UTI e intervenciones de diverso tipo. Respecto de la falta de insumos requeridos en la internación de las mujeres con abortos provocados, en un caso se resolvió con ayuda económica de los familiares. Las dificultades frente a las transfusiones de sangre necesarias fueron más graves, como se observa en el testimonio siguiente:

El día sábado, 21 de diciembre de 2002, le solicitaron donantes de sangre, los que consiguió dentro del grupo de amigos. Al ser fin de semana, no pudieron extraer la sangre a los donantes, por no estar los facultativos que debían hacer los controles necesarios. Los médicos le recomiendan a José trasladarse a [otro hospital], distante a 9 km de la ciudad para buscar las bolsas de sangre. Allí sólo le prestaron una, a pesar de haberle informado que necesitaban más cantidad (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

Las mujeres que fallecieron por otras causas llegaron al servicio donde se produjo el deceso directamente desde su domicilio o bien derivadas desde otro centro sanitario, por medio de transporte particular o en ambulancia.

A diferencia de lo observado entre las mujeres que fallecieron por abortos complicados, el ingreso de las mujeres muertas por otras causas maternas en el servicio donde fallecieron no se concentra en ningún momento particular de la semana.

En la recepción y el tratamiento de la emergencia se presentaron demoras en varios aspectos. Algunas mujeres tuvieron demoras en ser atendidas, sumándose a esto el maltrato de parte de algunos médicos. Frente a situaciones de este tipo resulta determinante la presencia de familiares que exijan mejor atención, como se observa en el fragmento que sigue:

Hasta las 8.15 no bajó el médico de guardia, la caba lo llamó cuatro veces... "Doctora, hace casi una hora tengo a mi mamá tirada en una cama y el médico no ha venido". La doctora le tomó la presión... [médico de guardia] "¿Qué le pasa a la señora?". Le levantó la frazada y la miró y le dice "¡Súbala al primer piso.
Estas viejas dicen que se están muriendo y no les pasa nada!". Entonces yo lo agarré y le dije "Mirá macho, ya, quiero que te devolvás y la revisés como corresponde porque ella es mi madre". Entonces volvió, la revisó y le tomó la presión... (hijo de M10 ME U 48).

Entre las dificultades de atención también surgen las vinculadas al desarrollo de un paro entre el personal de la institución, y la demora en presentarse en el servicio de un especialista crucial para la atención de una mujer con una patología preexistente conocida (lupus y HTA pulmonar). En este caso, también se observa una demora en la realización de un estudio (electrocardiograma) vinculado a esa patología y que causa luego la muerte, según refiere la entrevistada.

Otra importante demora en recibir atención en el lugar donde fallecieron estas mujeres se observa en relación con la falta de insumos (medicamentos, sangre, instrumentos, técnicos especialistas). Un profesional entrevistado detalló las dificultades vinculadas a la escasez de insumos que comprometieron –irreversiblemente– la vida de una mujer:

...tuvimos grandes inconvenientes con el tema insumos, demoramos bastante para poder realizar la venoclisis, debido a que no contábamos con elementos necesarios (sueros, perfus, buterfly, etcétera).
También era necesaria una transfusión de sangre de urgencia pero no contábamos con aspirotranfusor... Era necesario realizar una operación cesárea... tuve que sacarle la vía y el suero a otro paciente para hacerle a esta señora... Tampoco contábamos con los medicamentos para la anestesia y el técnico anestesista estaba fuera del distrito. Para los familiares era imposible comprar nada (médico y director del hospital cabecera de distrito, atención de M6 FO R 32)

El tiempo de estadía de estas mujeres en el lugar donde fallecieron varía desde las pocas horas a las dos semanas. Muchas mujeres dieron a luz en este servicio, recibieron distintas intervenciones (operaciones, transfusiones, etcétera) y estuvieron algún tiempo en la UTI.

3.8.7 Percepción de la Calidad de la Atención Recibida. Los entrevistados por mujeres fallecidas a causa de aborto mencionan la falta de agilidad en la recepción de la emergencia –demora en el ingreso a la UTI– y la atención inadecuada en la consulta anterior, en la que el diagnóstico fue erróneo y no se indicaron estudios que hubieran permitido arribar al diagnóstico acertado.

Entre los entrevistados por las mujeres fallecidas por otras causas, se observa una percepción altamente negativa de la calidad de la atención recibida en los distintos momentos de este proceso, siempre vinculada a la capacidad resolutiva de los profesionales tratantes. Incluso cuando se reconoce el esfuerzo de los profesionales en la atención de la mujer, se señalan deficiencias en cuanto a la atención del niño por nacer y el contexto de carencia de insumos:

Yo opino que trabajaron mucho con mi mujer y no trabajaron nada con su hijo, y se murió porque no tenían remedios para operar, ni sangre para curarla (pareja de M6 FO R 32).

También se señalan irregularidades en la atención previa al desencadenamiento de la emergencia: práctica de biopsia sin indicación de medicamentos y luego el alta, a pesar de presentar hemorragias; mal examen y atención demorada en la guardia, y falta de detección de problemas durante el embarazo. En cuanto a esta última situación, se citan a continuación dos testimonios acerca de la misma mujer:

Claro, como ella estaba como intoxicada adentro... Claro, eso es lo que yo le explicaba a la doctora, yo le dije "Se ha hecho sacar ecografía ¿Y no sale ahí?", "No –me dijo– eso no sale ahí". Eso se lo decía yo, porque ellos se tenían que dar cuenta. Y dijo la doctora que no, que ahí no sale eso (madre de M18 SL U 16).

D: O sea, me explicaron que ella tendría que haber tenido familia a los siete meses.
E: Ahá. ¿Quién te explicó eso?
Diego: La... una doctora... La pediatra... Ella dijo que la nena tendría que haber nacido a los siete meses, porque ella había hecho caca (pareja de M18 SL U 16).

En cuanto al manejo de la emergencia obstétrica, se menciona la falta de responsabilidad de parte de un especialista (cardiólogo) en el caso de la mujer con enfermedad preexistente antes mencionada, y la poca destreza de la persona que atendió el parto, momento en el que surge la complicación:

Pero acá [centro sanitario local] parece que poco saben. Yo digo que si el parto le atendía X no le pasaba esto. [Nota: X es el enfermero que está a la noche, y que

atendió exitosamente el primer parto de su mujer, donde nació un niño de 4.150 g.] (pareja de M3 CH R 16).

Los largos períodos de internación de algunas jóvenes, en los que tuvo lugar una serie de intervenciones, son objeto de gran sospecha por parte de sus padres. En el fragmento citado a continuación se observa la desconfianza que le merece la atención que recibió su hija, debido a las conductas alcohólicas adjudicadas al médico tratante:

P: Dice el Dr. Z que él en la mañana se toma un traguito de Fernet [...] Entonces le hacen el catéter y me quedó en duda, o puede haber sido la sangre, que no era el grupo sanguíneo, que eso le tapó los dos riñones. Se le tapó un riñón primero y después se le tapó al otro. Y voy y le pregunto a la enfermera y dice que es por la pastilla que le dio el Dr. Z. Quedó en duda eso, de la pastilla... Fue mi mamá y la enfermera le dijo que el doctor le ha dado una pastilla mal. Después de la pastilla, allá en terapia intensiva, no me querían decir qué es lo que era. Y después me dice tiene muerte cerebral, líquido en los pulmones, el corazón le está funcionando muy poco. Entonces quedó la duda de qué había pasado.
El catéter que le puso el médico, que le haya entrado aire al cerebro o los días que ella estuvo, que una persona se pone mal a los tres días y se empieza a hinchar porque le quedaron restos adentro. ¿Por qué la llevaron a sala de partos otra vez?... Queda en duda eso, quién fue que metió mano ahí o le hicieron mala praxis o qué fue (padre de M11 ME U 17).

Es posible que la falta de comunicación o el modo en que los profesionales de la salud se comunican con los familiares alimente sospechas y malos entendidos acerca de las prácticas realizadas, así como también puede dar lugar a una visión negativa del desempeño de los médicos, como se observa:

Nunca me dijeron nada ni la pude ver a mi mujer hasta que salió el doctor el 20 de febrero a la madrugada y me dijo "Tu mujer se murió... encargate de tu hijo porque tu mujer fue"... Mejor no quiero seguir hablando de eso, porque tendría que hacerle un juicio a los doctores X y N y al ministro responsable de los dos hospitales. Me mataron a mi mujer (pareja de M8 FO U 20).

Asimismo, a posteriori de la muerte de las mujeres se suscitaron confusiones y fuertes sospechas acerca del tratamiento del cuerpo, en un caso vinculado al interés en los órganos de la joven fallecida.

Se transcribe el relato de una mujer toba en el que se observa la presión que sintió para entregar el cuerpo de su hija:

E: Y cuando falleció, ¿quién le avisó?
M: El sábado... a las 12... sábado a las doce y quince, sale muchacho...
E: ¿Doctor o enfermero?
M: Enfermero.
E: ¿Qué le dijo?
M: Tu hija se terminó... quieren sacar todo que tenía, pero yo no quise, por eso me seguía, me seguía
cuando iba a la morgue, el me seguía pero eso cuando vio que esa cosa no tiene, cuando parece que pasó se me mordió parece que los nervios que tengo...
E: Querían estudiar qué enfermedad era?
M: El corazón parece o hígado, pero yo no quiere, le puse toda la ropa. Parece que quiere estudiar... pero yo le puse toda la ropa (madre de M4 CH U 16). (59)

3.9 COSTA RICA.

León Miriam, 2001 en la investigación realizada sobre equidad y salud materno infantil en Costa Rica analiza las inequidades en 8 aspectos o dimensiones de la

salud materno infantil entre los cuales esta la conducta materna que son los factores de riesgo a partir de datos tomados de la encuesta demográfica y salud efectuados en 1992 y 1999; donde determino la multiparidad (10%); embarazo en adolescentes en una tercera parte de las mujeres encuestadas de las cuales el 54% tienen nivel de escolaridad primaria incompleta comparado con el 13 % en el nivel secundario o mas; el 42 % de las mujeres tuvieron un embarazo no deseado; de los cuales el 53% pertenecían a estrato bajo comparado con un 30% del estrato alto, identificando que los mayores porcentajes de embarazo no deseado corresponden a los grupos menos favorecidos; las madres con intervalos intergenesicos menores de dos años muestran altos porcentajes (20%) asociados a la vez con estratos económicos bajos; la tercera parte de las mujeres desconoce o no tiene conocimiento sobre métodos de planificación y por lo tanto no lo usa; en cuantos los factores relacionados con la utilización de servicios de salud la falta de control prenatal que en 1992 era del 26% redujo al 14% en 1999 el cual es un porcentaje considerable presentándose más en el estrato bajo (22%); el 2% no tuvo atención profesional en el parto y el 7% falta de acceso a servicios de salud.

Los resultados del estudio demuestran que los programas de salud deberían trabajar más por resolver los problemas de embarazo en adolescentes, multiparidad y lo relacionado con la falta de uso de métodos modernos y conocimiento sobre planificación familiar, donde estos indicadores presentaron altas inequidades. (60)

De igual forma en un estudio descriptivo de la mortalidad materna de 1996 el cual tuvo como objetivo principal el de caracterizar a las mujeres fallecidas en el país y establecer los principales determinantes de los fallecimientos registrados en este periodo, con una tasa de mortalidad materna de 21,46 muertes por 100 mil nacidos vivos.

Edad mediana de la defunción fue de 31 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 41 años; la residencia en el área rural no demostró ser un obstáculo importante para el arribo oportuno de los servicios de salud, la residencia en área rural, en contraposición a lo reportado por la literatura internacional, no demostró ser un obstáculo importante para el arribo oportuno a los servicios de salud. La pequeña dimensión del país, asociada a la importante red vial, telefónica, y de servicios de salud de que se dispone hacen que una proporción importante de las zonas catalogadas como rurales en el país no sean comparables con aquellas que se describen en la literatura internacional como facilitadoras de la mortalidad materna; el 85 % de las mujeres poseía educación primaria completa o más.

Sin embargo, las mujeres del estudio parecen tener menor acceso a educación posterior a la escuela primaria , únicamente 35% de ellas continuaron estudiando una vez finalizada la escuela primaria; el 75% de mujeres fallecidas estaban en pareja en el momento del fallecimiento. De estas 50% estaban casadas y 25% en unión libre; en cuanto a la situación económica el 45% de las mujeres fallecidas pertenecían a hogares que percibían ingresos correspondientes al primer quintil de ingresos de la población y el 20% a familias con segundo quintil de ingresos. Se tiene entonces, que la mortalidad materna del país se encuentra concentrada en el primer quintil de ingresos de la población. En el momento del fallecimiento el 40% de las mujeres realizaba uno o varios tipos de labores remuneradas, entre las labores realizadas figuran el empleo domestico, las ventas en el sector informal, la agricultura. Solo seis de las 20 mujeres fallecidas habían hecho uso de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida. Ocho de las 15 mujeres que tenían compañero quedaron embarazadas por primera vez a menos de tres meses de haberse unido o casado, aun cuando las 8 habían manifestado a sus familiares y allegados que deseaban esperar un tiempo antes de tener el primer hijo. Siete de estas ocho mujeres nunca habían hecho uso de métodos anticonceptivos, y tenían una edad media de 21 años al momento del primer embarazo.

El 30 % de las mujeres fallecidas se encontraban embarazadas o habían parido por primera vez antes de su fallecimiento, un 35% por segunda vez y un 20 % por cuarta vez. En el caso de las trece mujeres en las cuales se conoce con certeza que habían tenido embarazos previos, la media del espacio intergenesico al momento del último embarazo fue de 37 meses. Oscilando entre 2 y 226 meses. Únicamente dos de las 20 mujeres fallecidas planearon su ultimo embarazo. En cuanto a los sentimientos con relación al último embarazo puede decirse que en las 19 mujeres que supieron que estaba embarazadas, 8 incluida las dos que lo habían planeado, estaban muy entusiasmadas con la idea de ser madres, en 4 casos, la idea de un nuevo hijo parece simplemente haber sido aceptada. Cuatro de las mujeres intentaron mantener oculto ese embarazo, la última mujer falleció en el transcurso del primer trimestre de embarazo a consecuencia de una sepsis posaborto, sin comunicar a sus amigas, con quienes fue realizada la entrevista que estaba embaraza.

El 70% de las mujeres tuvieron acceso a control prenatal. De las seis restantes, dos fallecieron en el transcurso el primer trimestre del embarazo, una a consecuencia de una sepsis por aborto y la otra a consecuencia de un embarazo ectópico. Una de las cuatro mujeres que no asistió a control prenatal, asistió en dos ocasiones a una consulta médica general.

Siete mujeres realizaron su control prenatal en instituciones públicas, cuatro en forma privada de las cuales tres pertenecían a los quintiles de mayores ingresos y tres en forma mixta. Entre los motivos aducidos para no realizar el control en el sistema público de salud fueron mencionados el mal genio de los doctores del seguro, la no credibilidad dada la sintomatología referida por las mujeres, las largas horas de espera para la consulta, la frecuente cancelación de las citas. La consulta privada es percibida como de mejor calidad que la del seguro. Las 10 mujeres que asistieron a control de su embarazo en las instituciones de la CCSS o del ministerio de salud fueron atendidas en consulta de bajo riesgo. Con excepción

de una de las mujeres, todos los controles prenatales fueron realizados por médicos generales o enfermeras. Según el trimestre de inicio del CPN 9 de las 14 mujeres que asistieron a control prenatal lo iniciaron durante el primer trimestre de embarazo, 3 durante el segundo trimestre y dos durante el tercero. Once de las mujeres asistieron a por lo menos una cita de control prenatal en el transcurso de las primeras 20 semanas de gestación; en cuanto al número de controles 8 de las 14 mujeres que asistieron a control prenatal tuvieron 5 o más controles. (61)

En el siguiente informe se encontraron las siguientes conclusiones relacionada con las muertes maternas:

3.9.1 Lugar de Defunción. En Costa Rica el 98% de las muertes materna ocurren en los hospitales del país, de tipo público o privado. Un 2% se da en el hogar o durante el traslado a un servicio de salud.

3.9.2 Puntos Críticos Detectados.

Consulta preconcepcional

No existe una consulta preconcepcional a nivel de CCSS ni a nivel privado, a pesar de que se ha demostrado que constituye el mejor momento del cuidado prenatal para: evaluar, manejar y tratar muchas de las condiciones y complicaciones del embarazo, antes de que este ocurra

Control prenatal

- Historias clínicas incompletas
- Ausencia de valoración de factores de riesgo
- No clasificación del riesgo
- Valoraciones de las embarazadas incompletas
- No seguimiento a las embarazadas de alto riesgo
- No referencia a los niveles correspondientes de las embarazadas de alto Riesgo

• No educación a las embarazadas
• Uso irregular del carné perinatal

Atención del parto

• No clasificación del riesgo
• No valoraciones adecuadas a embarazadas desde el servicio de Emergencias
• Atención del parto por persona no calificada
• Indicaciones de inducciones que denotan ausencia de seguimiento y Valoraciones
• Deficientes valoraciones en el posparto inmediato
• Uso irregular del carné perinatal

3.9.3 Normas de Atención Materno – Perinatal.

No cumplimiento de las normas de atención

Trabajo en equipo

Se evidencia una falta de coordinaciones entre las diversas disciplinas en salud materno-perinatal.

Consulta posparto

No existencia de una atención en el período posparto/posnatal a nivel nacional

Programa de ATAP.

Las personas capacitadas para realizar acciones en atención primaria, no cumplen con los roles establecidos. El programa se convirtió en una estrategia para la CCSS

3.9.4 Sistema de Referencia y Contra Referencia.

Deficiencia importante y en muchas ocasiones las usuarias no son referidas a los hospitales nacionales, en forma oportuna ni con el personal idóneo. (62)

3.10 BRASIL.

***Tabla 11. Número de Muertes Maternas por 100 Mil Nacidos Vivos*.**

Número de mortes maternas por 100 mil nascidos vivos

Razão de Mortalidade Materna (RMM).ª Brasil, 2000-2004

Brasil e Regiões	2000	2001	2002	2003	2004
N	62.26	49.77	53.12	57.17	53.10
NE	57.66	57.42	61.42	62.89	63.79
SE	48.38	44.37	46.44	42.25	44.36
S	53.44	52.65	57.62	51.58	59.02
CO	39.11	54.06	60.74	53.55	62.12
BRASIL	52.36	50.65	54.19	52.14	54.37

3.10.1 Edad. En cuanto a la distribución de las 239 defunciones por edad, parece que la mayor Proporción de muertes por causas maternas está entre 10 y 49 años, presentándose en el grupo de edad de 25 a 29 años (31,2%), mientras que entre 25 a 39 años concentra el 68,7% de los casos. En los extremos, es decir, en grupos de 10 a 19 años y de 40 a 49 años hubo un 12,6% y el 5,5% de las defunciones.

3.10.2 Embarazo Adolescentes. En Brasil, se ha reportado en los últimos años, un aumento progresivo embarazo de adolescentes, como lo demuestran los datos del Sistema de Información Nacidos Vivos (SINASC / SVS / MS, 2003). Los resultados de esta investigación mostró que sólo había una muerte en el grupo de edad de 10 a 14 años y el 29 de muertes en el siguiente grupo de edad. Sin embargo, la medida del riesgo de muerte causas maternas tienen que ser evaluados por la tasa de mortalidad y no proporcional, ya que esta es sólo una indicación de la edad en la que no había concentración de muertes. La edad mínima es de 14 años y máxima de 45 años, y las edades años promedio y la mediana, respectivamente, 28,6 y 28.

3.10.3 Educacion. La educación de la mujer fue analizada, y hay un 3,6% analfabetos, 53% con primaria incompleta, el 34,5% con la primera y segunda grado y 8,9% con educación superior.

3.10.4 Estado Civil. Se informó con respecto al estado civil en el 25,4% de los casos que la las mujeres estaban casadas, el 32,8% vivían en unión consensual y el 41,8% tenían una pareja.

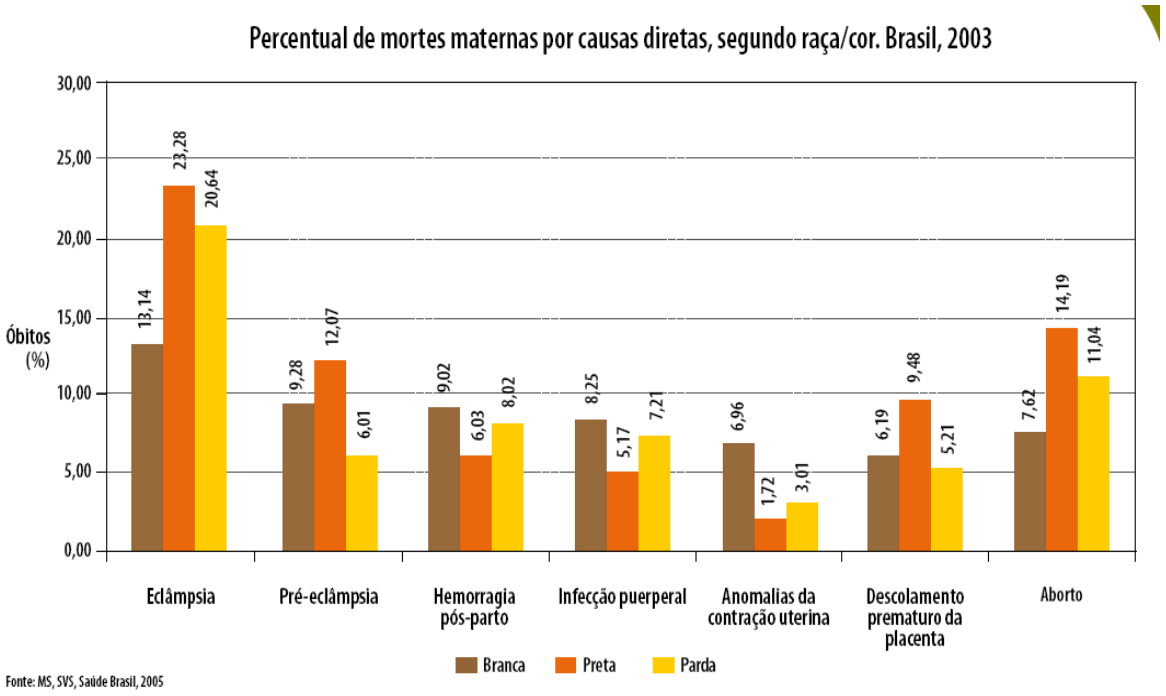
3.10.5 Enfermedades Preexistentes. Encontró que más del 50% de los casos fueron remitidos a pre-enfermedades existentes, se informó de la hipertensión en el 33% del tiempo.

3.10.6 Primigestantes. La investigación de las la historia de los embarazos, se concluyó que aproximadamente el 38% eran primíparas y aproximadamente una cuarta parte por lo menos el cuarto embarazo.

3.10.7 Tasa Uso Cesárea. De modo general, en Brasil, hay distorsiones en la propia concepción de la asistencia al parto en consecuencia del paradigma adoptado que acaba influenciando el modo como esa asistencia es prestada y, consecuentemente, a su calidad, interfiriendo tanto en los procedimientos ejecutados como en las relaciones interpersonales. La cuestión del uso indiscriminado de intervenciones ha siendo tratado bajo diversas perspectivas, y el modelo biomédico ha sido apuntado como el gran villano. Dentro de este contexto, corrobora cuantificando el resultado de una práctica asistencial, las cesáreas en Brasil, cujas tasas se configuran entre las más elevadas del mundo. El Estado de San Pablo viene presentando en los últimos cuatro años una promedio de 50,3% de nacimientos por cesárea, siendo que, en Brasil, ocurrieron 40,5% de nacimientos por cesárea.

3.10.8 Causas. En todas las capitales de Brasil, encontró que el 56,5% de las muertes maternas eran como "obstétricas directas", que van desde 46,2% en el Sur,(frecuencia más baja) y casi el 60% en el Norte. Así, como se describe anteriormente, el 7332 las muertes de mujeres de 10 a 49 años que fueron investigados, 463 ocurrieron en el ciclo de gravídico puerperal ampliada, que se detecten las cuales 239 se debieron a la madre y estos, 201 (84,1%) fueron las muertes maternas, 33 muertes maternas y finales cinco fueron secuelas de causas maternas . El 201 las muertes maternas, 54 (22,6%) ocurrieron mientras las mujeres eran las mujeres embarazadas y 147 (61,5%), mientras estaban en el puerperio, y 69 mujeres murieron en las primeras 48 horas después del parto o aborto.

***Grafico 35. Porcentaje de Muertes Maternas por Causas Directas, según Raza. Brasil. 2003*.**

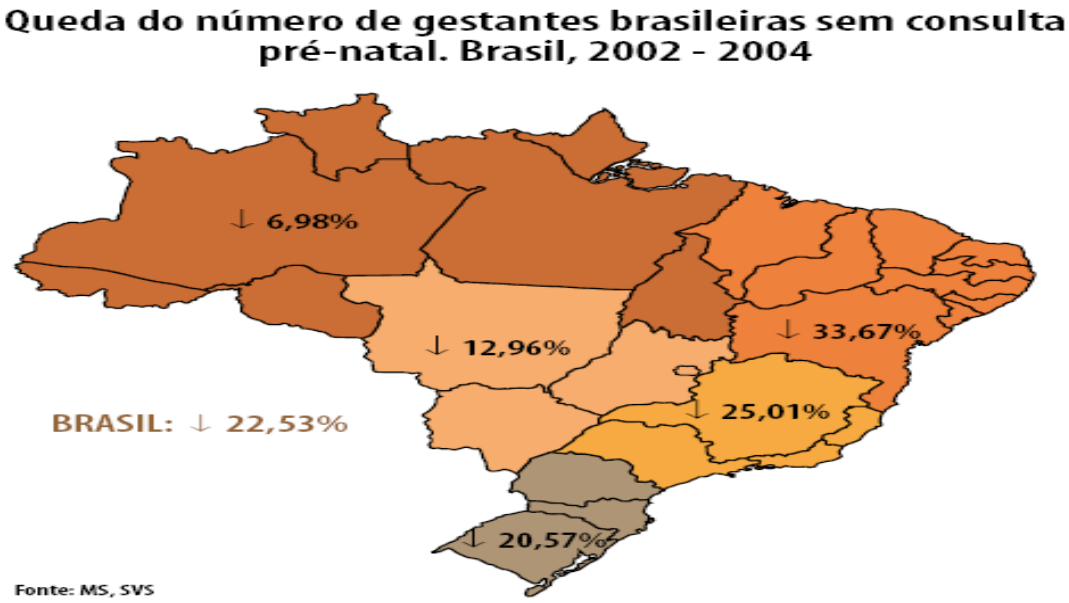


En general, los trastornos hipertensivos predominante, correspondiente al 24,9%, casi el mismo valor observado para el total de obstétricas indirectas (25,4%). 77

Los trastornos hipertensivos, con gran énfasis en la enfermedad los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), correspondía al 37,0% de todas las muertes obstétricas directas. El aborto, con el 11,4% de las muertes maternas y de 17% de las causas obstétricas directas, fue también una causa importante, y de que la investigación ha demostrado que una parte importante corresponde a el aborto provocado, sin embargo, una medida correcta (si es provocado o no) era imposible, ya que esto no siempre fue observado en los registros médicos o la familia informada. De la nota, sin embargo, es el hecho de que aunque es una causa importante de mortalidad materna no es el más grande responsables de estas muertes, como se afirma a menudo en nuestra medio. Complicaciones hemorrágicas, especialmente los debidos a la placenta previa, (código 044), desprendimiento de la placenta (código 045) y otros hemorragia (código 046), representaron el 9% del total y el 13,3% de la las muertes obstétricas directas. Un poco más frecuentes que las causas que conducen a la hemorragia, no fueron las complicaciones del parto y el parto, con el 10,4% de las total y el 15,6% de las muertes obstétricas directas. Las complicaciones del puerperio, que representaron el 8,4% de la mortalidad materna y el 12,6% de obstétricas directas, estuvieron representadas principalmente las infecciones puerperales, que aparece también en algunos casos, embolia. Causas obstétricas indirectas, que representaron el 25,4% del total de muertes maternas, tenía el diagnóstico, sobre todo los tipos diferentes de las enfermedades del corazón, lo que complica el embarazo o el parto (código 099.4). Eran también visto casos de algunas enfermedades infecciosas que complicaba el embarazo, el parto o el puerperio (código 098). El patrón de mortalidad materna, las causas o los diagnósticos de cuando la tasa es alta, como es el caso de todas las ciudades capitales, es decir, 54,3 por cada 100.000 nacidos vivos, está dominado por causas obstétricas directas, es decir, aquellos que son fácilmente prevenibles con un buen cuidado prenatal, y una atención adecuada durante el parto. Sobre este último tema, se constató que 10,4% de las muertes maternas se debieron a complicaciones del parto, llegando a 14,8% en las capitales de los estados del

norte. A pesar del pequeño número de casos observados por todo la capital Estados del Sur, se encontró que el 45,5% de las muertes fueron causas obstétricas indirectas, lo que indicaría una transición y los niveles de tasa de mortalidad materna. (63)

Mapa 4. CPN Desigualdad según Regiones y Origen Racial.



4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de revisión sistemática para conocer el comportamiento de la mortalidad materna a partir de los determinantes, prevalencia y políticas sanitarias en Colombia, Argentina, Costa Rica y Brasil.

4.2 UNIVERSO INFORMACIÓN

Publicaciones relacionadas con mortalidad materna, factores determinantes, prevalencia y programa materno infantil durante el periodo comprendido entre los años 1990 – 2008. en Colombia, Argentina, Costa Rica y Brasil.

El método utilizado en este trabajo de investigación comprendió:

4.3 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Las siguientes bases de datos electrónicas fueron usadas para identificar los estudios para el desarrollo de esta investigación.

Revisión de publicaciones entre los años 1990 – 2008.

- MEDLINE National Health library, National Institutes of Health, EE.UU.
- LILACS Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, incluida dentro de la biblioteca virtual en Salud BVS.
- COCHRANE Health Promotion and Public Health Field.
- Páginas web oficiales de los Ministerios de Salud de los países incluidos en el estudio, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

La búsqueda de artículos se realizó en publicaciones en los siguientes idiomas: castellano, portugués e inglés.

Para realizar la búsqueda se utilizaron descriptores o palabras claves, en los siguientes bloques:

- Descriptores de Mortalidad Materna: Maternal Mortality, Mortalidad Materna, Mortalidade Materna.
- Descriptores de Factores de Riesgo:Risk Factors, Factores de Riesgo, Fatores de Risco.
- Descriptores de Determinantes: Epitopes, Epitopos.
- Descriptores de frecuencia: prevalencia, incidencia, mortalidad, epidemiologia.
- Descriptores de prevención, programas.

La estrategia de búsqueda de los artículos se realizó usando el sistema PubMed de acceso a MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), la búsqueda se realizó desde el mes de marzo de 2009 hasta octubre de 2009, incluyendo estudios desde enero de 1990 a la última actualización publicadas antes de enero de 2009, usando la siguiente estrategia:
Campo solicitado: TITLE WORD (Maternal Mortality AND (risk factors OR “epitopes”) AND (“epidemiology”) AND (“prevention”)

La búsqueda en LILACS incluyó la combinación de descriptores de términos y palabras claves relacionadas con Mortalidad Materna, antecedentes y epidemiologia y factores de riesgo y determinantes y frecuencia y prevalencia e incidencia y mortalidad y programas y planes de choque. Interface: Portugués. La búsqueda se realizó desde el mes de marzo de 2009 hasta octubre de 2009, incluyendo estudios desde enero de 1990 a la última actualización publicadas antes de enero de 2009.

Las estrategias de búsqueda realizadas intentaron la siguiente combinación:

Mortalidad Materna [descriptor de asunto] **and** antecedentes [palabras claves]
Mortalidad Materna [descriptor de asunto] **and** factores de riesgo [descriptor de asunto]
Mortalidad Materna [descriptor de asunto] **and** epidemiologia [palabras claves] **and** Colombia [País, año de publicación]

La búsqueda en COCHRANE se realizo en la pagina: http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=es la búsqueda se realizo desde el mes de marzo de 2009 hasta septiembre de 2009, incluyendo estudios de 1991 a la última actualización publicadas antes de enero de 2009, usando la siguiente estrategia: Campo solicitado: palabras en el texto. Interface español. Combinación de términos: MORTALIDAD MATERNA, CAUSAS, DETERMINANTES.

Se hizo también una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, de artículos de revisión del tema y de documentos oficiales de los ministerios de salud de cada país, de la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud para identificar aquellos trabajos que no hubiesen quedado incluidos en la estrategia de búsqueda anterior.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

La revisión de estudios no tuvo restricciones, idioma de publicación y tipo de estudio, se centro en estudios realizados en Latinoamérica.

En cuanto a criterios de inclusión se seleccionaron documentos de acuerdo con los siguientes criterios:

- Artículos originales o de revisión publicados en revistas con proceso de revisión por pares.
- Fecha de publicación desde enero de 1990 a diciembre de 2008.
- Publicaciones o documentos en castellano, portugués e inglés.
- Estudios sobre Mortalidad Materna en Latinoamérica.
- Estudios que desarrollen los objetivos planteados.

***Tabla 12. Mortalidad materna generalidades*.**

PAIS	ARGENTINA	COLOMBIA	BRASIL	COSTARICA
POBLACION TOTAL EN MILLONES	38	44.9	186.8	**4.3**
POBLACION URBANA %DEL TOTAL 2005	90.1	72.7	84.2	**61.7**
TASA CRUDA DE NATALIDAD 1000 HAB	17.7	21.1	19.8	**18.3**
TASA DE FECUNDIDAD TOTAL nacidos por cada mujer 2005	2.3	2.5	2.3	**2.3**
TASA DE ANALFABETISMO ADULTOS 15+AñOS % 1995 2005	2.8	7.2	11.4	**5.1**
RECURSO HUMANO POR 10 MIL HAB 2001 MEDICOS ENFERMERAS DENTISTAS	 32.1 3.8 9.3	 12.7 6.1 7.8	 20.6 5.2 9.5	 **11.5** **7.1** **3.3**
% POBLACION SIN COBERTURA DE OS O PP 2001	**48.1**	11.6	UNIVERSALIDAD	**UNIVERSALIDAD**
TASA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS MUJERES, TODO METODO, % 1996 -2004	**75**	77	77	**96**
PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO % 1997- 2005	99	96	97	**99**

GASTO EN SALUD PUBLICO % PIB 2004 PRIVADO % PIB 2004 PER CAPITA PPA EN USD 2004	**4.3** **5.3** **1274**	6.7 1.1 570	4.8 4.0 1520	**5.1** **1.5** **592**
GASTO PUBLICO EN EDUCACION % DEL PIB 2002 2005	**3.8**	4.8	4.4	**4.9**
TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100 MIL nv 2005 Ajustada	**77**	120	110	**30**
RIESGO DEFUNCION MATERNA A LO LARGO DE LA VIDA 1 ENTRE*	530	290	370	**1400**
PLAN MATERNO	**PROGRAMA MATERNO INFANTIL DE LA NACION SALUD INTEGRAL DE LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA**	**NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO**	**EL PACTO NACIONAL REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL**	PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER
OBJETIVOS	Mejorar la calidad y cobertura de la atención de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio, y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, a fin de disminuir sus probabilidades de enfermar o morir .	Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo bio-psico-sociales que incidan en el mencionado proceso. Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de	1. Humanización de la atención obstétrica y neonatal como un factor esencial para el un seguimiento adecuado de la mujer durante el embarazo, el parto y la puerperio y del recién nacido. 2. Diálogo con la población, especialmente con las mujeres, en aspectos de la atención prenatal en la salud y las	**1. Ofrecer atención integral de salud a la mujer durante todas las etapas de su vida, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo, en especial a las embarazadas y recién nacidos.** **2. Extender las coberturas y mejorar la calidad de la atención a la mujer en la etapa preconcepcional, concepcional y post-**

		las mismas. Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.	diversas acciones comunitarias. 3. Captación temprana de las mujeres embarazadas a atención prenatal en primer trimestre del embarazo, a las intervenciones a lo largo del tiempo el embarazo y el posparto, ya sea para la promoción, prevención o tratamiento. Es necesario que las mujeres se practiquen la prueba de embarazo en la unidad de salud, cuando sea necesario. Los primeros controles y la atención prenatal y su continuidad en curso requieren cuidado con el establecimiento de los vínculos mutuos entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas. 4. La calidad técnica de la atención debe ser Periódicas y un seguimiento continuo de todas las mujeres durante el embarazo y el puerperio, tanto en la unidad de salud como en la casa, y garantizar el	**concepcional, así como en la etapa posterior a la edad reproductiva.** **3. Fortalecer la capacidad operativa de los servicios de salud a la mujer y las embarazadas a través de mejorar el sistema de programación local, la supervisión, monitoreo y evaluación del Programa.** **4. Promover la capacitación y actualización científico-técnica continua del recurso humano responsable de la atención gineco-obstétrica y perinatal.** **5. Realizar e incentivar investigaciones médico-psicosociales y operativas con relación a la situación de salud de la mujer, su familia y la comunidad.** **6. Fomentar la concepción integral de la Salud Sexual y Reproductiva de la Población, integrando el aspecto psicosocial, individual y colectivo, además del ambiente socio-cultural, respetando y**

			seguimiento durante todo el embarazo, con la clasificación de riesgo en el primer embarazo y las consultas posteriores, proporcionando aclaración y orientación necesaria para las acciones de educación.	**rescatando la medicina tradicional.**
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN MAGNITUD DE LA TASA DE MORTALIDAD Y OFERTA DE SERVICIOS	*1.Aborto 2.Preeclampsia 3.Hemorragia	**1.Preeclampsia, eclampsia. 2.Hemorragia 3.Aborto	*1.Aborto 2.Preeclampsia 3.Hemorragia	***1.Aborto** **2.Preeclampsia** **3.Hemorragia**
DETERMINANTES	Nivel Educativo Estructura Instituciones: (falta de disponibilidad guardia obstétrica activa, atención post parto/aborto adecuado) Edad Derivaciones Falta de Planificación Familiar Aborto Lugar de Residencia	Marginación Sistema de Seguridad Social Nivel Educativo Uso anticoncepción Falta Servicios de Salud(falta de adecuado CPN, proceso parto seguimiento postparto) Precaria condiciones de vida mujeres Mujeres afrocolombianas e indígenas Desplazamiento conflicto armado Remisiones a otro nivel asistencial Lugar de Residencia	Embarazo Adolescente Nivel de Educación Enfermedades preexistentes Primigestantes Tasa de uso Cesárea Aborto No utilización métodos anticonceptivos. Desigualdad Racial. Falta de CPN	**Multiparidad** **Embarazo Adolescente** **Nivel de Escolaridad** **Embarazo no deseado** **Intervalos intergenesicos cortos** **Estrato socioeconómico bajo** **Desconocimiento método de planificación** **Falta de CPN** **Atención Parto.** **Falta de Atención postparto.**
PRINCIPALES INTERVENCIONES SEGÚN LA OFERTA DE SERVICIOS EN	**Reforzar los Programas de educación en salud reproductiva, asesoría para una sexualidad**	**Ampliar las coberturas para garantizar la prevención y atención de las complicaciones**	**Reforzar los Programas de educación en salud reproductiva, asesoría para una sexualidad**	**Aumentar la integralidad de las prestaciones en salud mejorando la**

COBERTURA DE ANTICONCEPTIVOS, PRENATAL Y PARTO	**responsable, ampliar la oferta de anticonceptivos eficaces y capacitar al equipo de salud para los cuidados obstétricos con uso de tecnologías y procedimientos de eficacia científica demostrada.**	**del aborto,parto y puerperio.**	**responsable, ampliar la oferta de anticonceptivos eficaces y capacitar al equipo de salud para los cuidados obstétricos con uso de tecnologías y procedimientos de eficacia científica demostrada.**	**articulación de los diferentes niveles de atención especialmente a los sectores de población socialmente excluidas.**

*Anticoncepción 43-70%, Control Prenatal 90-100%, Parto 90-100%.

** Anticoncepción 46-66%, Control Prenatal 67-96%, Parto 67-98%.

*** Anticoncepción 70-72%, Control Prenatal 100%, Parto 100%.

Fuente: Elaboración propia Datos obtenidos IDH 2005-2008.

En el anterior cuadro encontraremos los datos obtenidos en esta revisión desde indicadores epidemiológicos de cada país citados todos asociados a Mortalidad Materna, datos sobre recursos Humanos a nivel de Salud, Indicadores Económicos como el PIB , Gasto en salud, Indicadores de Accesibilidad a los servicios como Atención de Parto, cada uno de los planes de Salud Materno con sus diferentes objetivos y estrategias además de las principales causas de muerte según magnitud de la tasa de mortalidad y oferta de servicios, determinantes asociados a los estudios citados en esta revisión, principales intervenciones según la oferta de servicios en cobertura de anticonceptivos, atención prenatal y parto; por medio de las cuales nos ayudan a determinar y a desarrollar las conclusiones resultantes de este estudio.

6. CONCLUSIONES

- El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. En América Latina y el Caribe se registro un descenso de 26.3% en la RMM entre 1990 y 2005 pasando de 21000 muertes maternas en 1990 a 15000 en 2005. En lo que se refiere a RMM por cada 100000 nacidos vivos Argentina presenta una tasa de (77), Colombia de (130), Brasil de (110) y Costa Rica de (30) nada alentador frente a las RMM de Alemania la cual es (4), Canadá (7), Francia (8), Reino Unido de (8) e Irlanda con la mejor RMM que es de (1). En cuanto al riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (la probabilidad de que una mujer de 15 años llegue a fallecer por una causa materna) , en América Latina donde se presenta menos riesgo es en Chile 1:3200 seguido de Puerto Rico 1:2900; Costa Rica presenta un riesgo de 1:1400, Argentina 1:530, Brasil 1:370 y Colombia 1:290, nada comparable con el riesgo que podría presentar una materna en un país desarrollado como Irlanda donde la relación es de 1:47600.

- El parto institucional en los países en estudio se encuentra dentro del rango del 96% al 99% cumpliendo casi en su totalidad con la universalidad de la prestación del servicio de parto.

- Dentro de las principales causas de muerte materna no se encuentran grandes variaciones siendo las tres principales la Pre eclampsia-Eclampsia, las Hemorragias y el Aborto.

- Todos los países cuentan con un plan de salud materno los cuales apuntan a similares estrategias y objetivos priorizando en factores como la atención prenatal y postnatal, mejorando la accesibilidad a los servicios y

fortaleciendo la salud sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar.

- Las principales intervenciones según la oferta de servicios en cobertura de anticonceptivos, atención prenatal y parto que se deben realizar y reforzar en cada uno de los planes son los siguientes en Argentina reforzar los programas de educación en salud reproductiva, asesoría para una sexualidad responsable, ampliar la oferta de anticonceptivos eficaces y capacitar al equipo de salud para los cuidados obstétricos con uso de tecnologías y procedimientos de eficacia científica demostrada; Colombia ampliar las coberturas para garantizar la prevención y atención de las complicaciones del aborto, parto y puerperio; Brasil reforzar los programas de educación en salud reproductiva, asesoría para una sexualidad responsable, ampliar la oferta de anticonceptivos eficaces y capacitar al equipo de salud para los cuidados obstétricos con uso de tecnologías y procedimientos de eficacia científica demostrada y Costa Rica aumentar la integralidad de las prestaciones en salud mejorando la articulación de los diferentes niveles de atención especialmente a los sectores de población socialmente excluidas

- En cuanto a los determinantes asociados a Mortalidad Materna los que más prevalecieron dentro de los estudios fueron la condición socioeconómica, salud y comportamiento en materia de sexualidad y reproducción, edad paridad, deseo del embarazó, estado de salud y acceso a los servicios de salud. En todos los países se encontró con graves problemas de equidad en la población más pobre y desempleada, en las minorías étnicas y raciales y en el caso particular de Colombia la población desplazada por el Conflicto Armado; el incremento desbordado de la población en condición de pobreza está relacionado con mayores niveles de fecundidad e índices más elevados de morbi mortalidad materna, a mayores niveles de pobreza

y de fecundidad mayor es la mortalidad materna inversamente a mayor nivel educativo y mayor uso de métodos anticonceptivos menor es la mortalidad materna.

- Los datos de Mortalidad Materna no son alentadores además es muy importante porque figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres, tanto entre países como dentro de ellos; pero se debe continuar con la lucha para mejorarlos cumpliendo con las directrices del 5 Objetivo del Milenio garantizando el 100 % de acceso a salud reproductiva, aumentando el 83% de mujeres que tienen más de 1 consulta prenatal en América Latina y el Caribe, superar el 72% de acceso a métodos anticonceptivos a las mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión consensual, y cumplir con el objetivo general que es el de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, todo esto se conseguirá si empezamos a mejorar desde el momento de notificar cada muerte materna ya que es común y sistemático la notificación incompleta o errónea de la información, la confiabilidad de las fuentes de datos que se disponen actualmente varían, por lo que a mediano y largo plazo el monitoreo de alcances en este ámbito dependerá de mejores sistemas de control y registro; seguido a esto reconociendo como problema la magnitud de la mortalidad materna debemos dar énfasis en los determinantes asociados que pueden conllevar a esta, como lo son la educación, mejoras en el acceso a salud, atención prenatal y posnatal adecuada, manejo oportuno de complicaciones, uso racional de tecnología lo cual conlleve al reconocimiento ante la sociedad de la mujer como parte importante, infaltable y sostén básico de esta, empoderándola frente a las instituciones , frente a la comunidad reconociéndole su fortuna de dar vida ; reconocimiento que se lograra solo con brindarle las ayudas necesarias para que acceda a una maternidad segura, responsabilidad que debe ser compartida con la sociedad la cual le debe brindar toda la protección y

accesibilidad para protegerla, encaminarla y ayudarle a que su estado de gestación finalice con los menores eventos adversos y complicaciones que este estado conlleva para brindarle así; no solo a ella sino a su hijo a su familia y a la sociedad mujeres con un estado biopsicosocial ideal, lo cual se traduce en mejora de la calidad de vida y de los indicadores de nuestros países y así encaminarnos a formar parte de las sociedades desarrolladas.

- Es hora de reconocer la importancia que tienen nuestras abuelas, nuestras madres nuestras mujeres es hora de brindarle las mismas oportunidades a todas, llego la hora de que nuestros gobiernos y sus políticas sanitarias se direccionen a las realidades de nuestros países y sus comunidades, tenemos que colaborar en el desarrollo de esas políticas no solo los actores sanitarios sino la sociedad en general porque la Mortalidad Materna es un acto reprochable que la sociedad no se debe acostumbrar a tolerar y mucho menos a disfrazar u ocultar.

- La muerte de una mujer es un hecho reprochable, la muerte de una mujer gestante es una vergüenza para la sociedad mas si nosotros como comunidad no la arropamos y no le brindamos nuestro apoyo, tenemos que reaccionar todos Estado, Sociedad y Comunidad, no permitamos que continúen no permitamos más que aumenten y que se conviertan en estadísticas, no mas Mortalidad Materna Evitable.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Mortalidad materna en 2005: ed. OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. 2008.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNICEF. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality. WHO/FRH/MSM/96.11, UNICEF/PLN/96.1, abril 1996.

3.The Maternal Morbidity Network, Fortney, J.A., and Smith, J.B., eds. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. North Carolina: Family Health International, Diciembre 1996.

4. MAINE, DeborahM; AKALIN, Murat Z.; WARD, Victoria M.; KAMARA, Angela. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar Facultad de Salud Pública Universidad de Columbia. Junio 1997. p.1-71.

5. BERG, C. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996.

6. SafeMotherhood.org. New York: Safe Motherhood Inter-Agency Group; c2002 [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.safemotherhood.org/index.html. Consultado en: Marzo de 2011.

7. GALLEGO, L.; GALLEGO, G.; VÉLEZ, A.; AGUDELO, B. Panorama de la Mortalidad Materna. Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaria de Salud; 2005. p. 15-31

8. World Population, 1992. United Nations, Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992.

9. TAHZIB, F. Vesicovaginal Fistula in Nigerian Children. The Lancet, Diciembre 7, 1985. p. 1291-1293.

10. MURPHY, M. Social Consequences of Vesico-Vaginal Fistula in Northern Nigeria. Journal of Biosocial Science. 1980. Vol. 13. p. 139-150.

11. WORLD BANK. World Development Report 1993: Investing in Health, Oxford, New York, 1993.

12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contaran. Ginebra. 2005, p.62.

13. Organización Panamericana de la Salud. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C. OPS. 2003.

14. Consejería Presidencial de Programas Especiales. República de Colombia. Promoción de derechos y redes constructoras de paz 2003-2006. Bogotá: Presidencia. 2003.

15. Iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna. Washington: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). [en línea]. Disponible en Internet en: www.mortalidad materna.org/. Consultada en: Abril de 2011.

16. RANSOM, E. I.; YINGER, N. V. Por una maternidad sin riesgos: como superar los Obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, DC: Population Reference Bureau. 2002.

17. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D. C.: Ministerio de la Protección Social. 2004.

18. ABOUZAHR, C.; WARDLAW, T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? Bull World Health Org. 2001 Jul 25. Vol. 79. Nº 6. p. 561-568.

19. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas para la atención prenatal, partos de bajo riesgo y puerperio. Managua, Nicaragua. 1998.

20. Ministerio de Salud. República de Colombia, Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Resolución 412 de 2000). Visitado en 2009 julio 15. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www. minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=9774&IDCompany=3. Consultada en: Abril de 2011.

21. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/. Consultado en: Marzo de 2011.

22. MATHAI, M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo: comentario de la BSR (última revisión: 14 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. [en línea]. Disponible en Internet en: Disponible en http://www.who.int/rhl/pregnancy_ childbirth/antenatal_care/general/mmcom/es/print.html. Consultado en: Abril de 2011.

23. RAMÍREZ-ZETINA, M.; RICHARDSON, V.; ÁVILA, H.; CARAVEO, V. E.; et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana (México). Rev Panam Salud Pública 2000. Vol. 7. p. 97-101.

24. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). República de Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Visitado en 2009 Ene 21. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.profamilia.org.co/ encuestas/02consulta/10salud/01atencion01.html. Consultado en: Mayo de 2011.

25. MURILLO, L.; MIRANDA, W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto - Octubre 2004. (tesis).Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2004. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.minsa. gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf. Consultado en: Abril de 2011.

26 MORALES-OSORNO, B.; MARTÍNEZ, D. M.; CIFUENTES-BORRERO, R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali (Colombia), en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. Rev Colombia Obstet Ginecol 2007. Vol. 58. p. 184-8.

27. KERBER, K. J.; DE GRAFT-JOHNSON, J. E.; BUTTA, Z. A., et al. Continuum of care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007. Vol. 370. p. 1358-69.

28 CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An over view of the evidence. Paediatr Perinatal Epidemiol 2001;15 Suppl 1. p. 1-42.

29 RODRÍGUEZ, L. A.; REY, J. J. Mortalidad evitable en Santander 1997-2003. MedUNAB 2006. Vol. 9 p. 5-13.

30 VECINO-ORTIZ, A. I. Determinants of demands for antenatal care in Colombia. Health Policy 2008. Vol. 86. p. 363-72.

31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coverage of maternal care: a listing of available information. 4th ed. Family and Reproductive Health, Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood. Geneva, Switzerland; 1997.

32 ORTIZ, R.; ANAYA, N. I.; SEPÚLVEDA, C. et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga (Colombia). Un estudio transversal. MedUNAB 2005. Vol. 8. p. 71-7.

33 ROWE, R. E.; GARCIA, J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. J Public Health Med. 2003. Vol. 25. p. 113-9.

34. COSTELLO, A.; OSRIN, D.; MANANDHAR, D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. BMJ 2004. Vol. 329. p. 1166-8.

35. CANO-SERRAL, G.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; BORREL, C., et al. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac Sanit. 2006. Vol. 20. p. 25-30.

36.SALVADOR, J.; CANO-SERRAL, G.; RODRÍGUEZ-SANZ, M., et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). Gac Sanit 2007. Vol. 21. p. 378-83.

37.LUQUE, M. A.; BAUERNFEIND, A. Prevención de la mortalidad materna: Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. Index Enferm [online] 2007. Vol. 16. p. 13- 7.

38. SAY, L.; RAINE, R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. Bull World Health Organ. 2007. Vol. 85. p. 812-9.

39. MURILLO, L.; MIRANDA, W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto - Octubre 2004. (tesis).Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2004. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.minsa. gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf. Consultado en: Abril de 2011.

40. DELGADO, M.; DAZA, C. Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento del Cauca. Rev Colomb Obstet Ginecol. 1999. p. 71-6.

41. Instituto Nacional de Salud. República de Colombia. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. 2007.

42. BERG, C.; DANEL, I.; MORA, G. (Eds). Guidelines for maternal mortality epidemiological surveillance. Washington: OPS. 1996.

43. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington, D.C.: PAHO. 2005. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.paho.org/English/AD/THS/ OS/PHC-position-paper.pdf. Consultado en: Mayo de 2011.

44. MOOS, W.; DARMSTADT, G. L.; MARSH, D. R., et al. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing countr y communities. J Perinatol. 2002. Vol. 22. p. 484-95.

45 MAINE, D.; AKALIN, M. Z.; WARD, V. M.; KAMARA, A. The design and evaluation of maternal mortality programs. New York: Columbia University, Center for Population and Family Health. 1997.

46. GIL, E.; CATAÑO, L. O.; OCHOA, G., et al. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Universidad de Antioquia, Organización Mundial de la Salud, Red de Perinatología de Antioquia, Área Metropolitana de Medellín, Colombia. 1992.

47. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Norma Técnica para la detección temprana de alteraciones en el embarazo. Colombia 2000. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.minprotecciónsocial.gov.co. Consultado en: Marzo de 2011.

48. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Plan de Choque para la reducción de la Mortalidad Materna. Colombia 2000. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.minprotecciónsocial.gov.co. Consultada en: Abril de 2011.

49. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Materno Infantil de la Nación, Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia. Argentina. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.msal.gov.ar/. Consultado en Septiembre de 2010.

50. Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009-2011. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina 2009.

51. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Programa de salud Integral de la Mujer. Costa Rica 2002. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/. Consultado en: Septiembre de 2009.

52. Ministerio de Saude. Manual Tecnico. Pre natal e puerperio, Atencao qualificada e humanizada. Brasilia DF 2006. [en línea]. Disponible en Internet en: http://portal.saude.gov.br/. Consultado en: Septiembre de 2009.

53. Pacto Nacional pela reducao da mortalidade materna e neonatal. Ministerio de Saude. Departamento de Acoes Programaticas Estrategicas, Secretaria de Atencao a Saude. Brasil 2002.

54. Elementos básicos para el estudio y la prevención de la mortalidad materna. Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud. Vol. 7, No 5/6, 1986.

55. Mortalidad Materna, Un problema de salud publica y derechos humanos, Ministerio de Salud. UNICEF. Ciudad de Buenos Aires, 2003.

56. CARRILLO, A. Mortalidad Materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política publica durante la ultima década. Rev. Ciencias DE LA Salud, julio-septiembre de 2007. Vol. 5. Nº 002. p.72-85.

57. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. [en línea]. Disponible en Internet en: http://www.profamilia.org.co/. Consultada en: Octubre de 2009.

58. AGUADO, L.; GIRON, L.; OSORIO, A., et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral Pacífico Colombiano. Rev. Latinoam.cienc.soc.niñez juventud. Vol. 5. 2007.

59. Mortalidad Materna en la Argentina: Diagnostico para la Reorientación de Políticas y Programas, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Organización Panamericana de la Salud, junio de 2004.

60. CARRANZA, M.; GEI, A. Solo Dios sabe por qué hace las cosas, mortalidad materna en Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia. 2002.

61. LEAN, M. Equidad y salud materno-infantil en Costa Rica. Investigacion en salud publica Documentos técnicos, Organización Panamericana de la Salud, Marzo de 2001.

62. Informe anual 2003. Sistema Nacional de análisis de la mortalidad infantil y del sistema Nacional de evaluación de la Mortalidad Materna. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social, 2003.

63. Ministerio da Saude. Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 Anos com Enfase na Mortalidade Materna, Relatorio Final. Brasilia- DF 2006.

64. Ministerio da Saude. Painel de indicadores do SUS. Organizacao Pan-Americana da Saude/Organizacao Mundial da Saude. Ou para endereco electrónico: segep.dema@saude.gov.br. Brasilia DF-Agosto de 2006.