

Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción

Síntesis de situación y enfoque estratégico¹

1. Introducción

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. Existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida.

A través de intervenciones apropiadas y eficaces, en torno a una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros, se puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que se contribuye a la mejor salud, calidad de vida y equidad. Por ello y a pesar del avance aún pendiente, existe cada vez más la convicción de que la reducción de la mortalidad materna y neonatal puede ser paulatina y eficazmente lograda, si se cuenta con un conjunto de estrategias efectivas y coordinadas.

¹ Síntesis basada en los documentos en referencia y en presentaciones realizadas por la Directora de OPS y por el Centro CLAP/OPS

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Se necesita fortalecer las intervenciones de salud de la madre, el recién nacido y el niño en base a evidencias, que incluyan información sobre la manera, el lugar, el momento y la razón de las muertes neonatales, a objeto de permitir elaborar mejores políticas y actividades de promoción de la causa, establecer prioridades más focalizadas y aumentar la eficacia programática en los niveles de servicio y de la comunidad. Sin estos componentes será imposible reducir sustancialmente la mortalidad materna y neonatal

Entre las estrategias efectivas destacan:

- desarrollo y aplicación de políticas públicas apropiadas y sostenibles, y de mecanismos de protección social;
- fortalecer los sistemas de salud para asegurar el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos, incluyendo atención calificada del parto y del recién nacido;
- fortalecer la salud comunitaria, en los distintos ámbitos culturales, y promover la atención primaria de salud;
- empoderar y educar a las mujeres, sus familias y sus comunidades para una vida saludable y tomar decisiones oportunas en uso de servicios de salud;
- establecer asociaciones y esfuerzos conjuntos a nivel nacional e internacional, en base a un principio de solidaridad panamericana; y
- reforzar los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de las muertes maternas y neonatales.

Para lograr el necesario y urgente progreso en la región, se requiere de un esfuerzo solidario que involucre al conjunto de los gobiernos, la sociedad y las agencias y alianzas internacionales en la ALC. En este sentido, las Naciones Unidas y los países del mundo han comprometido a lograr para el año 2015 un grupo esencial de Objetivos del Milenio, entre los que se cuentan la reducción de dos tercios de mortalidad infantil y el mejoramiento de salud materna (con énfasis en reducción de mortalidad materna a la mitad y aumento de cobertura de atención calificada del parto).

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

2. Situación de la mortalidad materna

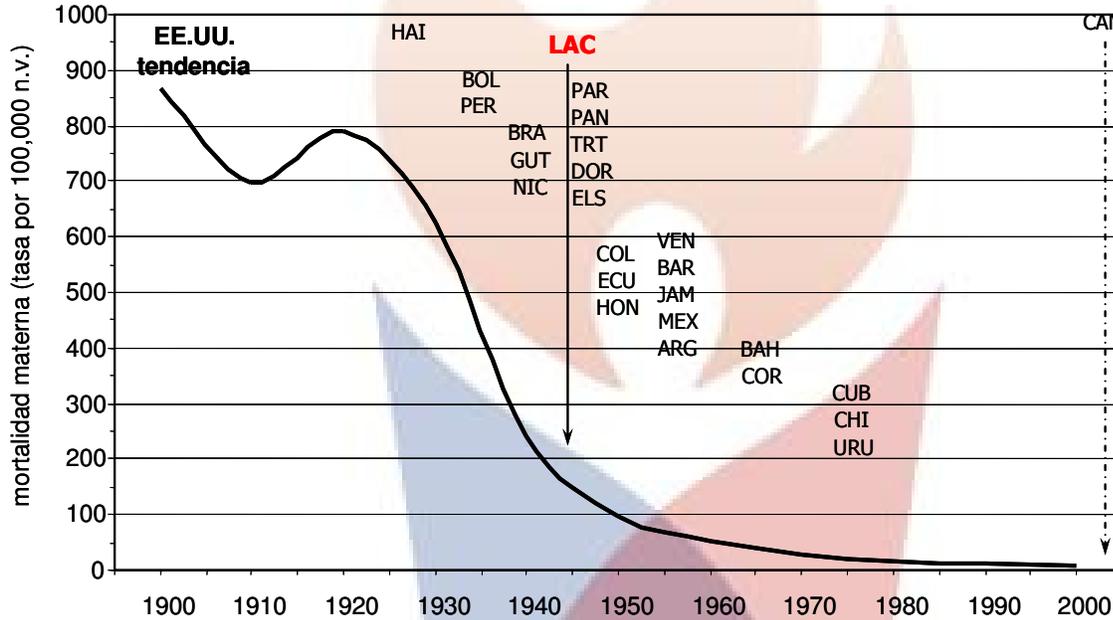
Cada año, más de 22 mil mujeres - especialmente en sectores pobres y rurales aislados de América Latina y el Caribe - todavía mueren anualmente de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Cinco países aún tienen tasas mayores que las que había hace 60 años en los Estados Unidos. La tasa en la ALC fue de 91.1 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2006, fluctuando entre 17.3 defunciones en Chile y 523 defunciones en Haití. El 20% de la región más pobre concentra 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones (Índice de concentración de la desigualdad = -0.43)

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



La magnitud de la Agenda Inconclusa en la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe



[Centers for Disease Control & Prevention. Achievements in Public Health 1900-1999: Healthier Mothers and Babies; 48(38):849-58; Atlanta, 1999. WHO Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF & UNFPA; Geneva, 2002]

En la figura superior se muestra la evolución histórica de la mortalidad materna en EE.UU, y recompara con el nivel existente en cada país de la región alrededor del año 2000. Al interior de cada país, también se puede replicar esta figura, dadas las inequidades existentes.

Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres pobres y analfabetas, quienes en su mayoría residen en zonas rurales, con falta de atención obstétrica básica y con mayor riesgo de morir en el parto.

La mortalidad materna representa la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, y se usa como un indicador básico de salud materna, aunque sólo represente el daño máximo, que es la muerte. Se ha calculado que por cada muerte materna, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad.

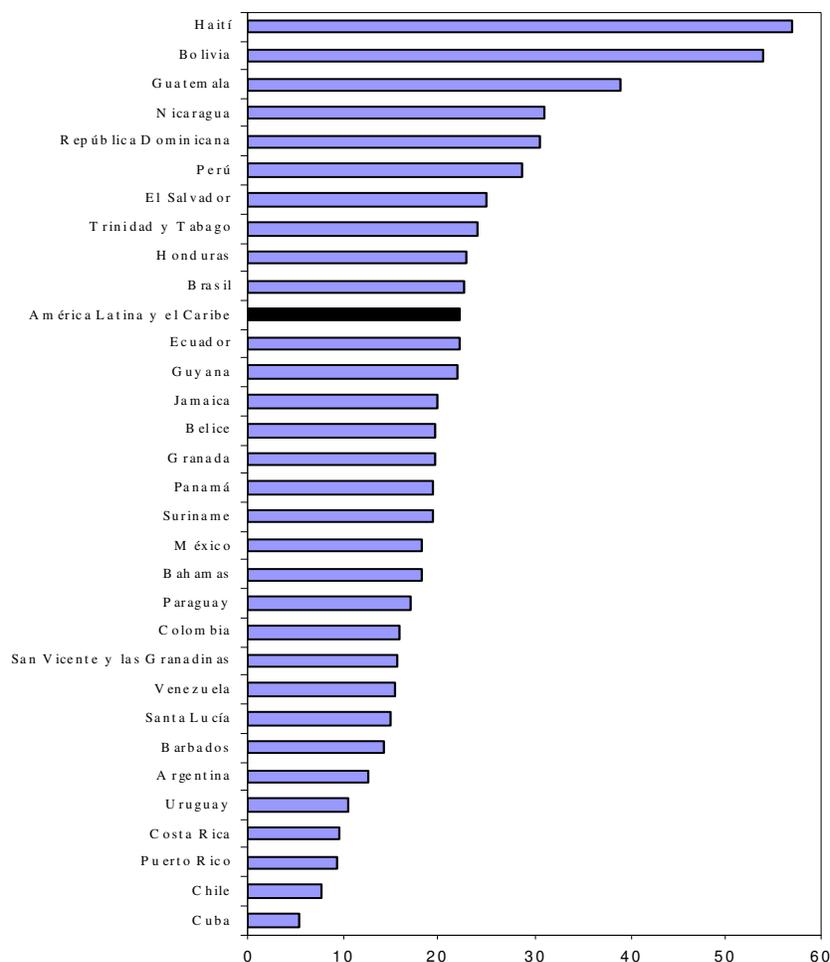
www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



Cada año, en la Región de América Latina y el Caribe, mueren más de 22 mil mujeres por causas relacionadas al embarazo y el parto, lo que significa es de 190 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Cada una de estas muertes tiene un efecto devastador en la familia, en la comunidad y en la sociedad en general.

Figura 2 Razón de mortalidad materna por 100.000 n. v. América Latina y el Caribe, 2006



Fuente: Datos Básicos OPS 2007



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



En la figura 2 se muestra el nivel de mortalidad materna en los países de ALC, según último año disponible a 2007. Este tipo de distribución en general se asocia estrechamente con el desarrollo socioeconómico de los países, así como al acceso y efectividad de los servicios de salud y la educación de la población, especialmente mujeres.

En los países de América predominan las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Entre estas causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de morbilidad y mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública.

Estas complicaciones están directamente relacionadas con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia, y la calidad de su atención es, a veces, deficiente.

La infección por el VIH/SIDA es también un contribuyente y causa indirecta de defunción materna. En los países de ALC, se calcula que 1,4 millones de adultos y niños padecen actualmente la infección por el VIH/SIDA. Un cuarto de los adultos VIH-positivos son mujeres. El Caribe es la zona más gravemente afectada de la Región.

Las Américas presentan algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. Por ejemplo, en Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a 523 en Haití. Chile presenta una tasa de mortalidad materna de 23 por 100.000 nacidos vivos, frente a 390 en Bolivia. Los cálculos oficiales indican que las tasas son inferiores a 100 por 100.000 nacidos vivos en Brasil, El Salvador y la República Dominicana. Sin embargo, la subnotificación de las estadísticas oficiales es un grave motivo de preocupación. La OMS ha ajustado las tasas de mortalidad materna para 14 países, de modo que reflejen con mayor precisión la magnitud del problema. Además, la mortalidad materna varía

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



enormemente dentro de los países, pues las inequidades se reflejan en las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud de calidad.

3. Situación de la mortalidad neonatal

Cada año, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región. 190.000 mueren en primeros 28 días (70% por causas prevenibles). La mortalidad neonatal es de 14.3 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa el 60 por ciento de la mortalidad infantil y 40% de las defunciones de menores de 5 años en ALC, la mayoría de las cuales podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo.

Las tendencias en la reducción de las muertes en el período neonatal indican que los avances son lentos, que persisten desigualdades en el acceso a la atención de salud -especialmente en el primer nivel de referencia-, y que una salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad del recién nacido.

La Región de las Américas ha realizado avances considerables en la reducción de la mortalidad de niños y recién nacidos. A pesar de estos logros y de cierto progreso, en muchos países de América Latina y el Caribe la elevada tasa de mortalidad neonatal no ha mejorado según lo previsto; en varios países se ha reducido notablemente la mortalidad infantil, pero sin una disminución equivalente de la mortalidad neonatal. Por ejemplo, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad infantil en Bolivia cayó 29%, mientras que, en ese mismo período, la mortalidad neonatal sólo disminuyó 7%. En América Latina y el Caribe existen desigualdades considerables entre los países y dentro de ellos. Las poblaciones urbanas y rurales más pobres y, de éstas, los pueblos indígenas y las comunidades de ascendencia africana, tienen tasas de alfabetización inferiores, menos acceso a la infraestructura básica y cobertura insuficiente de los servicios esenciales de salud de la madre, el recién nacido y el niño. Por ejemplo, en Guatemala, la tasa nacional de mortalidad neonatal es de 23 por 1.000 nacidos vivos, pero en una comunidad indígena del Quiché llega a 39; es decir, casi 60% más alta (Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Jefatura de Área de Ixil, 2003). Además, muchos países pasan por dificultades al atender adecuadamente las necesidades de las embarazadas y los niños en las zonas

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



La mortalidad neonatal actualmente representa 60% de las defunciones de menores de un año en América Latina y el Caribe, la mayoría de las cuales podría evitarse. Las tendencias en la reducción de la mortalidad neonatal revelan que los avances son lentos, que persisten las desigualdades en el acceso a la atención de salud - incluida la atención primaria - y que una salud materna deficiente contribuye significativamente al riesgo de mortalidad neonatal.

En América Latina y el Caribe cada año se producen casi 12.000.000 de nuevos nacimientos, y se calcula que, de ellos, unos 400.000 niños mueren antes de cumplir los 5 años de edad, 270.000 lo hacen antes del primer año y, de estos últimos, 180.000 en el primer mes de vida (OPS, 2004). La mayoría de estas muertes pueden ser evitadas.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad neonatal –definida como la muerte en los primeros 28 días de vida- se calcula en 15 por 1.000 nacidos vivos, y se estima que la tasa de mortalidad fetal se aproxima a la tasa de mortalidad neonatal (TMN). Esta última representa 60% de las defunciones de menores de 1 año de edad y 36% de la mortalidad de los menores de 5 años. Las tasas de mortalidad son más altas en Haití, Bolivia y Guatemala, donde alcanzan niveles cinco a seis veces superiores a los de los países con las tasas de mortalidad más bajas, como Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay (OPS/AIS, 2005).

Los factores que contribuyen a una mortalidad neonatal elevada incluyen la baja visibilidad de las defunciones de los recién nacidos y de la salud de los neonatos en los entornos prioritarios nacionales; las desigualdades en el acceso a parteras calificadas y a la atención primaria de salud; y una salud materna deficiente constante, que acrecienta considerablemente el riesgo de mortalidad neonatal. Además, las intervenciones que se concentran en los recién nacidos para mejorar aún más los resultados son deficientes o inexistentes.

Las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe se sintetizan en la figura 3, en que más de la mitad de defunciones se deben a asfixia al nacer y prematuridad (OMS, 2005).

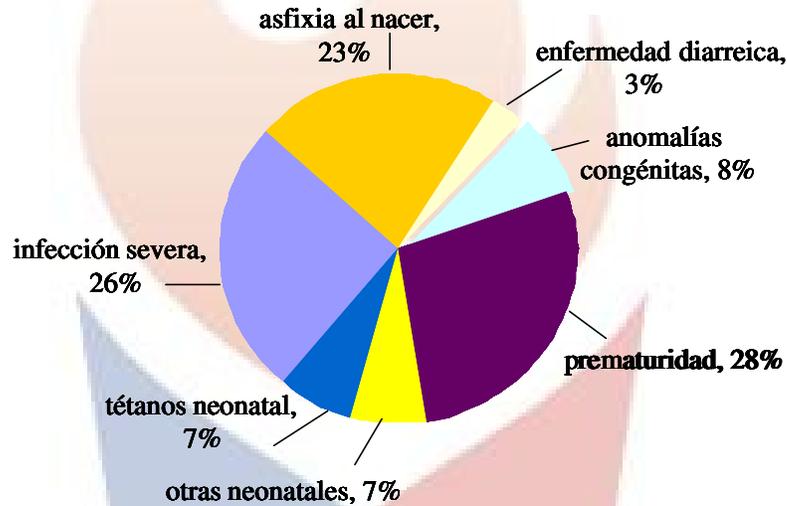
Figura 3

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



Causas de muerte neonatal en ALC 2000-2003



Fuente: Informe Mundial de la Salud OMS 2005

Si bien algunas son causas directas, otras -como en la mayoría de casos de prematuridad y de bajo peso al nacer- pueden constituir factores predisponentes. Se calcula que aproximadamente 8,7% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe sufren bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs. al momento del nacimiento) (OPS/AIS, 2005). Este hecho guarda estrecha relación con la mayor morbilidad neonatal y se calcula que causa entre 40 y 80% de las muertes neonatales (OPS/AIS, 2005).

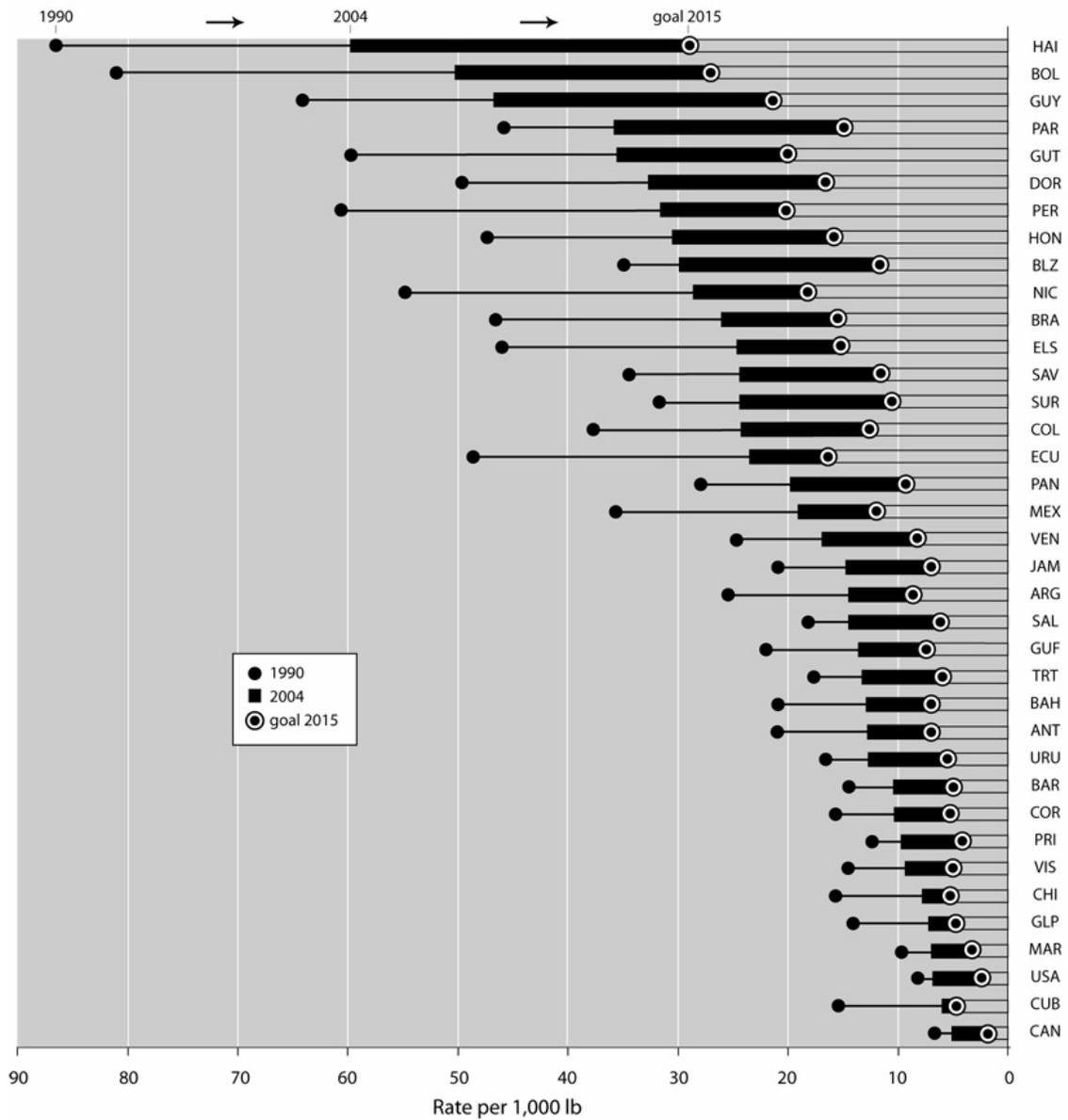
Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos como pobreza, educación deficiente (especialmente la educación materna), falta de autonomía, acceso limitado a la atención y prácticas curativas tradicionales entorpecedoras. Entre las comunidades pobres de las zonas rurales y urbanas, otras comunidades marginadas y las poblaciones indígenas y de ascendencia africana, la mortalidad neonatal es desproporcionadamente alta. Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. En países donde la tasa de mortalidad infantil no es extremadamente alta, cerca de dos terceras partes de las defunciones de recién nacidos ocurren en el primer mes de vida.

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5

Figura 4. Tasas Estimadas de Mortalidad Infantil de 1990 a 2004 y Meta Propuesta para 2015

1990 to 2004 estimated infant mortality rates and 2015 proposed goal



Source: United Nations. Population Division. World Population Prospects; The 2004 Revision, New York, 2005.

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



La figura 4 se concentra en la comparación de la mortalidad infantil de años 1990 a 2004 en cada país, y la proyección de 2015, si se cumpliera la meta propuesta en el objetivo del Milenio a nivel de cada país. Al parecer dicho objetivo es bastante exigente en algunos de los países y apela a la adopción de medidas urgentes y más radicales de acción.

4. Situación de la atención materno-neonatal

El ALC, hay una baja prevalencia promedio de uso de anticonceptivos (65 %) y durante el embarazo, 89% de mujeres tiene al menos una consulta prenatal.

En promedio, si bien varía ampliamente por país, 79% de los partos en América Latina y el Caribe tienen lugar en establecimientos de salud. El 87% de los partos son atendidos por personal calificado. En zonas rurales, en cambio, el acceso a los suministros, equipo en funcionamiento y servicios de derivación, es limitado.

El acceso a la cesárea es bastante desigual, ya sea que se infrautiliza o bien se recurre en exceso en los países de ALC. Por ejemplo, en el Paraguay, sólo 6% de los partos rurales fueron por cesárea, frente a 32% en las zonas urbanas (OMS recomienda 15% como medida general). En otros países latinoamericanos, las tasas de cesárea están aumentando y superan actualmente el 15% en zonas urbanas, con disparidad entre el entorno urbano y el rural.

Además, una proporción significativa de los nacimientos en zonas rurales pueden ser atendidos por enfermeras auxiliares que no cuentan con la capacitación de partería necesaria. Incluso las “parteras capacitadas” tal vez no tengan siempre el nivel de competencia requerido para solucionar eficazmente los problemas tanto de la madre como del recién nacido. En los países donde se pare principalmente en el hogar, las tasas de mortalidad neonatal son las más altas. Según encuestas de demografía y salud, la proporción más alta de partos en el hogar se encuentra en Haití (77%), Guatemala (60%), Honduras (44%), Bolivia (40%) y Nicaragua (33%).

Estos partos suelen ser atendidos por una partera tradicional o, en algunas comunidades, por un miembro de la familia. Es frecuente que los hospitales y otros establecimientos de salud den de alta a las madres y a sus recién nacidos en las seis horas que siguen al parto, si bien todavía es alta su probabilidad de sufrir una complicación que podría poner en peligro su vida. Por lo general, faltan normas y protocolos para la

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



atención de los recién nacidos en alto riesgo, como los prematuros y los que tienen peso bajo al nacer, o los que fueron reanimados. En algunos países de América Latina y el Caribe, y a causa de las prácticas culturales en relación con el parto y el puerperio, se tiende a aislar a las madres y a los recién nacidos al interior de sus hogares durante períodos variables de hasta seis semanas. La falta de autonomía de las mujeres, la falta de conciencia sobre las necesidades materno- infantiles, las dificultades en el transporte y la calidad deficiente de la atención en algunos de los servicios.

5. Estrategias nacionales e internacionales relevantes

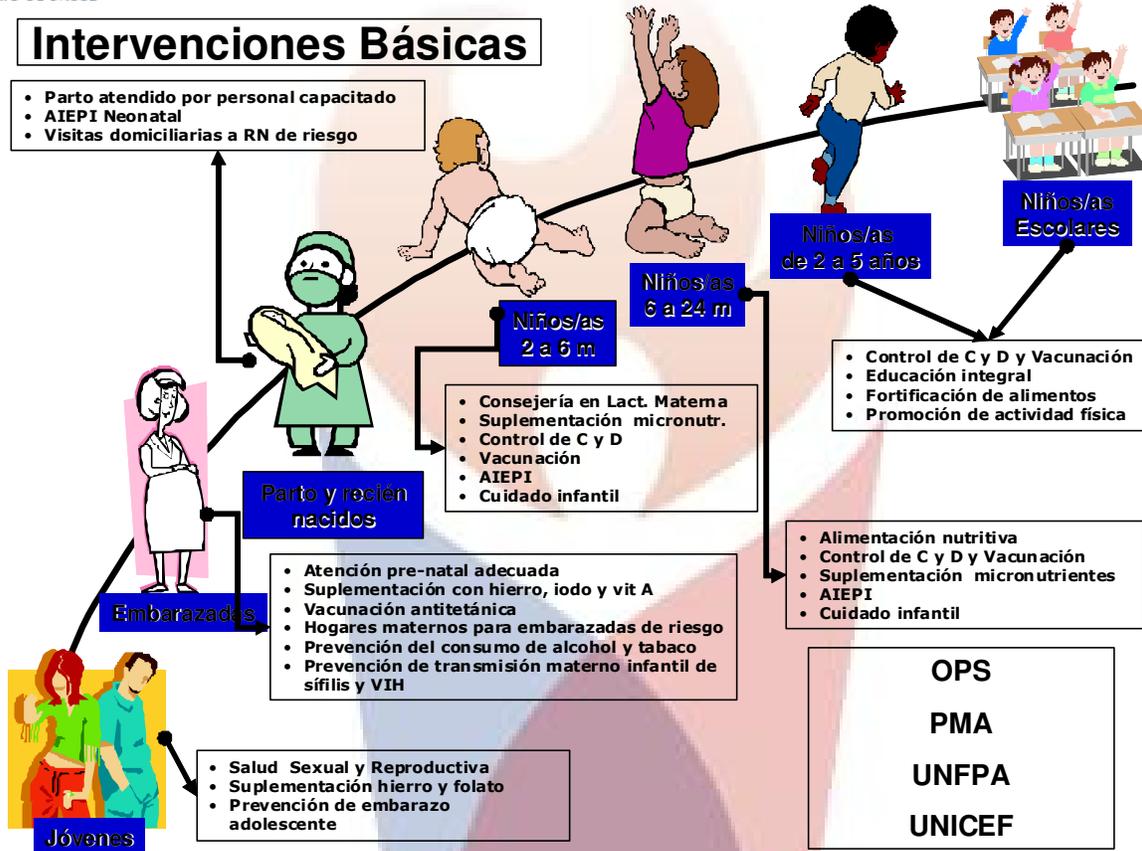
Las metas de la maternidad sin riesgo son: proteger y promover los derechos reproductivos y los derechos humanos reduciendo la carga mundial de enfermedad, discapacidad y muerte innecesarias que se asocian con el embarazo, el parto y el puerperio; mejorar las condiciones para que las mujeres tengan un parto sin riesgo y sano; y garantizar que todos los niños tengan las mismas posibilidades desde su comienzo en la vida.

Las estrategias se concentran en un enfoque continuo de la atención de la mujer, recién nacido y niño, en una maternidad sin riesgo y nacimientos seguros. Ello se traduce en la necesidad de integrar programas y acciones en salud, y de la integración de la red de servicios de salud, la atención primaria y la participación activa y empoderada de las mujeres y la comunidad. La efectividad requerida se basa en prácticas óptimas y lecciones aprendidas, incluido el cálculo de los costos necesarios para lograr acciones de costo beneficio y permitan que los programas sean sustentables, accesibles y de calidad esencial.

Figura 5 Continuo de la atención de la mujer, recién nacido y niño.

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



Fuente Dra. Mirta Roses Directora OPS 2008

5.1 Políticas públicas y protección social

Los países de ALC han realizado esfuerzos para desarrollar leyes y políticas que mejoren la protección social para las mujeres, aún cuando queda mucho por hacer para promover y hacer cumplir este tipo de legislación. La mayoría de los países de la Región ha apoyado políticas o normas que recalcan la importancia de la maternidad sin riesgo y la meta de reducir la mortalidad materna en 50% para el año 2015. Bolivia, Brasil, Ecuador y México han podido dar prioridad a la maternidad sin riesgo en la agenda política.

El modelo del financiamiento de la atención de salud debe facilitar el acceso y garantizar la calidad de la atención, incluyendo no sólo un conjunto esencial de servicios de salud, sino también un sistema viable de referencia de pacientes y de transporte. Algunos países, particularmente Bolivia, Ecuador y Perú, en sus



Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



reformas del sector de la salud, están practicando la cobertura universal mediante el seguro de salud para la atención médica de la madre.

Políticas y financiación que aseguren la formación, disponibilidad y distribución del recurso humano, especialmente asistencial, son cruciales como componente de la efectividad de los sistemas de salud. Cabe proteger la fuerza laboral en el sector salud, incluyendo médicos, parteras y enfermeras.

5.2. Fortalecimiento de los sistemas de salud para efectiva atención de salud materno-infantil

La OMS, el UNICEF y el FNUAP (1997) recomiendan que por cada medio millón de personas haya cuatro centros que ofrezcan cuidados obstétricos esenciales básicos y uno con cuidados obstétricos integrales, que incluyan mayor complejidad tecnológica. Principales tipos de asistencia a proveer son:

- control prenatal oportuno y programado, a cargo de personal entrenado
- tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia)
- procedimientos manuales al momento del parto no complicado, para prevenir y tratar infecciones, hemorragias y parto obstruido
- según necesidad, intervenciones quirúrgicas (especialmente cesárea), anestesia y transfusión sanguínea
- atención neonatal básica.

Es importante que los servicios de salud cuenten con adecuadas redes que permitan la referencia en caso de necesitarse atención materno neonatal más compleja (como intervenciones quirúrgicas, transfusiones, atención del recién nacidos con problemas, especialmente muy bajo peso al nacer) con sistemas de transporte de urgencia.

La OMS y el Banco Mundial han calculado que el conjunto de medidas ordinarias de salud de la madre y el recién nacido costaría aproximadamente US\$ 2.60 por persona y por año en un país de bajos ingresos. Estos costos son principalmente los de los servicios de salud materna (68%), pero incluyen asimismo planificación familiar posparto y atención neonatal básica, así como la promoción de condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



Durante el último decenio, la mayoría de los países de ALC ha invertido recursos y esfuerzos en reforzar los sistemas y servicios de salud en las zonas rurales para disminuir la brecha de accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, hay todavía algunas zonas en las que los servicios no están cerca de las comunidades, y que no disponen de personal capacitado.

La garantía del acceso universal a la atención de salud de la madre, el recién nacido y el niño debe incluir la promoción de la atención calificada del parto. Los servicios deben ampliarse en consecuencia a fin de proporcionar la continuidad de la atención, con el acceso garantizado a la asistencia durante el embarazo, el parto y el puerperio y durante el primer mes de vida e incluso después. Resulta esencial el monitoreo eficaz para lograr la adhesión a normas, pautas y protocolos. Esto incluye supervisión de apoyo continua, el fortalecimiento de los sistemas de derivación y la gestión formativa con responsabilización, seguimiento programado, apoyo con hincapié en la atención primaria y un proceso de auditoría social para validar los resultados.

La atención desde el período previo al embarazo hasta el puerperio y el período posnatal a cargo de un agente sanitario calificado - preferentemente con formación de partería u obstetricia - que esté dirigida a adolescentes y mujeres en edad fecunda, y que incluya inmunización contra el tétanos y la rubéola, tratamiento de las infecciones genitales, orientación para el nacimiento y preparativos para situaciones de emergencia, crianza y espaciamiento de los nacimientos. La asistencia de un agente sanitario con formación de partería responsable de la atención prenatal, la atención óptima a la madre y el recién nacido durante el trabajo de parto, el parto, el puerperio y el período posnatal, son puntos fundamentales en el proceso continuo de la atención y deben vincularse estrechamente con una referencia eficaz a los servicios de la salud del niño después del primer mes de vida.

Una intervención económica para detener la propagación del VIH es la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI). La atención prenatal focalizada de buena calidad es un punto de acceso clave a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Si se integra a la asistencia prenatal, la PTMI puede prevenir al menos 50% de las infecciones por el VIH en los niños y puede contribuir a la identificación oportuna y a la derivación de las mujeres para el tratamiento con antirretrovíricos (TAR). Actualmente, varios países de América Latina y el Caribe ofrecen PTMI en 100% de sus servicios prenatales; sin embargo, hay disparidades amplias entre los países en lo que se refiere a la cobertura y el nivel de integración en la

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



atención primaria. De aproximadamente 21 países informantes, 60% tienen cobertura inferior (OPS/OMS, “Tres millones para el 2005”, Reporte de las Américas, 2006).

5.3. Fortalecimiento de la salud comunitaria y atención primaria de salud

La mortalidad materna puede reducirse mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas en un marco político fuerte de promoción de la salud. Las mejoras en el sistema de salud son vitales, ya que las mujeres están muriendo en el nivel de prestación de servicios por la falta de una red obstétrica que vaya del nivel comunitario al nivel más alto de atención de complicaciones obstétricas.

Garantizar el acceso de la comunidad a los datos sobre salud materna y neonatal e implicarla en mejorar la calidad de la atención son ejemplos de asociaciones de la comunidad que contribuyen a que el programa tenga demanda y sea sostenible. Las comunidades que colaboran activamente con los programas de salud materna desarrollan un sentido de la propiedad y un interés personal en su éxito. Este enfoque es una parte fundamental del proceso de mejorar la salud y reducir la mortalidad materna y neonatal.

El empoderamiento efectivo y estrategias de participación y comunicación –incluyendo a la comunidad– necesitan para contribuir a la planificación de programas de la salud de la madre y el recién nacido, así como el fortalecimiento de los prestadores, aptitudes interpersonales e interculturales, el uso de métodos de comunicación populares y los medios de difusión para asegurar la atención adecuada en el hogar y para traducir la demanda de atención y tratamiento por parte de la comunidad en una reducción de la mortalidad neonatal.

5.4. Empoderamiento y educación de las mujeres, sus familias y sus comunidades

Para mejorar la salud materna, es necesario: a) incluir a las mujeres y a las comunidades en el diseño y la evaluación de los servicios para que respondan a las necesidades locales; b) comprometer a las comunidades en los esfuerzos para mejorar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable; y c) empoderar a las comunidades, las familias y las mujeres para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo. Esto debe hacerse en un marco político fuerte de promoción de la salud.

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



El empoderamiento de las mujeres les permite elegir sus propias alternativas y proporcionarles información adecuada para tomar decisiones cruciales en lo referente a su salud y, por consiguiente, ejercer sus derechos. Eso les permite reconocer oportunamente riesgos y complicaciones, seguir los procedimientos médicos y beneficiarse de los programas de educación en salud.

5.5 Establecimiento de asociaciones y estrategias conjuntas a nivel nacional y regional de ALC

El fortalecimiento de las alianzas mediante un plan participativo requiere incluir alianzas mundiales, regionales, nacionales y locales, con los ministerios de salud, los donantes, los organismos de cooperación internacional, y otros interesados directos fundamentales que comprenden la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales. Los gobiernos locales y nacionales, los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las organizaciones de mujeres y otras ONG deben participar y ser impulsados como socios clave en los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal.

En este contexto, la cooperación técnica de la OPS se centra en la formulación de políticas, la promoción de la causa de la salud familiar y comunitaria, la prestación de servicios, la formación de los recursos humanos, el apoyo a la movilización de recursos, la gestión de la información y el conocimiento, y la vigilancia, el monitoreo y la evaluación.

5.6. Refuerzo de los sistemas de información y vigilancia de salud materna y neonatal.

La información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la situación de salud materno-neonatal, así como de los programas de salud - son esenciales para la continuación y el mejoramiento de los esfuerzos para reducir la mortalidad materna. Ello debiera incluir nivel nacional y desagregación subnacional. Los comités de mortalidad materna y neonatal constituyen una experiencia para identificar e investigar (auditorías) las defunciones maternas y, según los resultados y conclusiones, recomendar las medidas necesarias.

Las auditorías de las defunciones maternas y neonatales, de la atención prestada por los proveedores y de las barreras que dificultan la atención son técnicas relativamente nuevas y todavía no plenamente utilizadas en los países en desarrollo.

El seguimiento y la evaluación en todos los niveles son elementos clave en la prestación de servicios programáticos y de planificación dentro de los sistemas de salud y los sistemas de información sanitaria.

www.delivernow.org

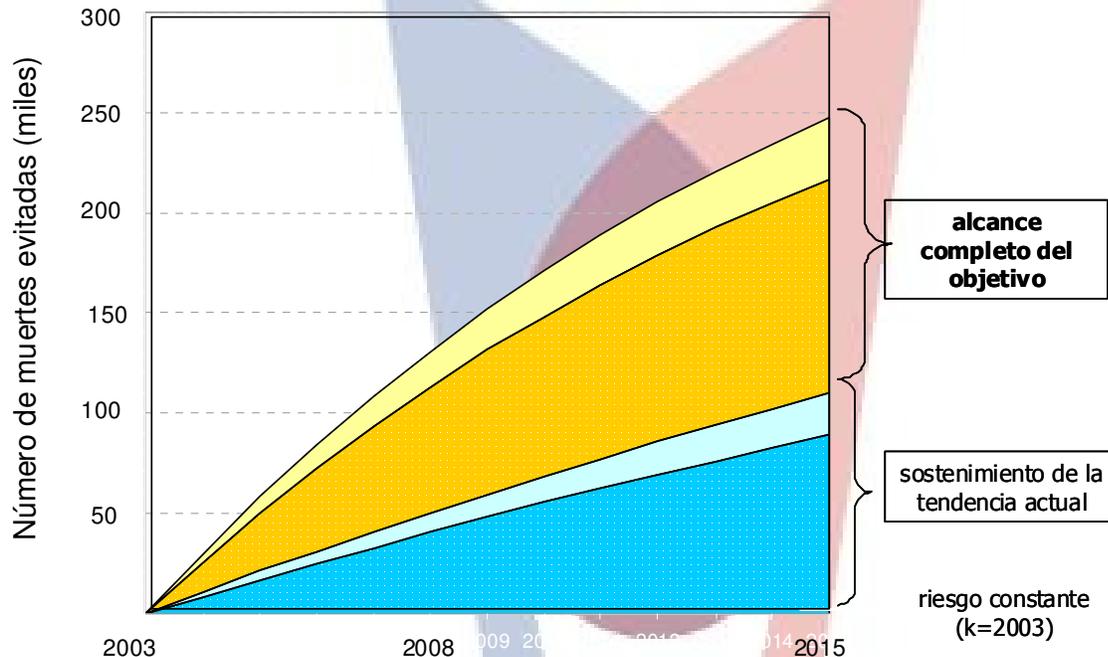
Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5



Resulta esencial el monitoreo eficaz para lograr la adhesión a normas, pautas y protocolos, lo cual incluye la supervisión de apoyo continua, el fortalecimiento de los sistemas de derivación y la gestión formativa con responsabilidad, el seguimiento programado, el apoyo con hincapié en la atención primaria y un proceso de auditoría social para validar los resultados.

Figura 6

Carga de mortalidad evitable en menores de 5 años bajo tres escenarios de avance hacia ODM 4



Fuente: Dr. M. Roses Directora OPS 2006

La figura 6 refleja los escenarios que deben ser discutidos para lograr los objetivos del milenio. Por ejemplo allí se expone el número de muertes de menores de 5 años evitadas en el período. Eso a su vez lleva a estimar las políticas, planes, financiamientos, consecución de otro recurso, provisión de servicios y tras acciones que será necesario desarrollar. Esta visión de necesidades futuras de acción es indispensable



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



para poder planificar lo que es necesario hacer para reducir eficazmente las muertes maternas y neonatales.

Referencias

Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622 OPS: WDC

Organización Panamericana de la Salud (2007) Datos Básicos de Salud en las Américas 2007. OPS: WDC

Organización Panamericana de la Salud (2006) Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. OPS: WDC

Organización Panamericana de la Salud (2006) La Salud Neonatal en el Contexto de la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño para Cumplir los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas. 47º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS y USAID: WDC

Organización Panamericana de la Salud (2006) Estrategia Regional para Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas; 26a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54a Sesión del Comité Regional. Resolución CSP26.R13 OPS/OMS y USAID: WDC

Organización Panamericana de la Salud (2008) Estrategia y Plan de Acción Regional para la Salud Neonatal en el Marco del Continuo de la Atención Materna, Recién Nacido y Niñez, 2008-2015. Borrador 23 junio 2008. Propuesta para discusión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (a realizarse en octubre 2008).

Organización Panamericana de la Salud (2007) Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en Latino America y el Caribe (un Consenso Estratégico Inter-Agencial) OPS/OMS y USAID: WDC

www.delivernow.org

Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5