

2009

# LA MORTALIDAD MATERNA

Documento Recopilado por  
Obst. Ernestina Simeón Solorzano.  
P.S. Quisuarpampa

MINISTERIO DE SALUD REGION  
HUANCAVELICA

## CAUSAS DE LA ALTA MORTALIDAD MATERNA

### Antecedentes:

La investigación sobre la mortalidad en mujeres en edad reproductiva ha confirmado la tragedia de la mortalidad materna en los países en desarrollo (Fauveau et al., 1989).

Una comparación de muerte maternas en hospitales de derivación en Zambia y Estados Unidos reveló que ambos lugares presentaban una alta tasa de mortalidad materna por causas prevenibles (Kilpatrick et al., 2002).

Un estudio retrospectivo, transversal realizado en Uruguay reveló que las mujeres con intervalos breves entre embarazos (cinco meses o menos) se encuentran en mayor riesgo de muerte materna y de presentar complicaciones en el embarazo (Conde-Agudelo and Belizán, 2000) Un estudio basado en un hospital realizado en África Occidental confirmó los trastornos hipertensivos y la hemorragia postparto como causas clave de las muertes maternas (Thonneau et al. 2004).

Las mujeres con una salud ya comprometida por una mala nutrición y otras enfermedades presentan una mayor probabilidad de morir durante una emergencia obstétrica. Muchos estudios han relacionado la nutrición con dos de las principales causas de muerte materna: la hemorragia y el trabajo de parto obstruido (Rush, 2000). La anemia grave, a menudo causada por insuficiencia de hierro y folato, la malaria, las uncinarias y el VIH, es una causa considerable de mortalidad materna en muchas áreas; sin embargo, es poco probable que los actuales programas de suplementación de hierro para embarazadas sean eficaces (Shulman, 1999; Rush, 2000).

Además de los factores médicos y hospitalarios o de puestos de salud como en nuestra región, también influyen en la mortalidad materna los factores basados en la comunidad o aspectos socio-culturales, tales como las actitudes, creencias o prácticas (atenciones con parteros y no profesionales) (Minsa, 2008), y por lo tanto deberían ser considerados en los estudios de mortalidad y morbilidad (Stekelenburg et al. 2004; Kyomuhendo, 2003; Griffiths and Stephenson, 2001; Okolocha et al., 1998). La violencia contra las mujeres embarazadas se reconoce cada vez más como un factor significativo que contribuye a las muertes maternas (Granja et al, 2002; McFarlane et al., 2002; Haque and Clarke, 2002).. Una de cuatro mujeres es abusada física o sexualmente durante el embarazo, usualmente por parte de su pareja íntima (Heise et al., 2002)

## Prevención de la mortalidad materna

Los investigadores han analizado qué tipos de intervenciones son las más efectivas para reducir las muertes maternas. Se están haciendo esfuerzos para cerrar la brecha entre la investigación y la práctica abogando por un enfoque basado en la evidencia para la toma de decisiones en la atención de embarazadas (Miller et al., 2003; Global Health Council, 2002).. Se pueden usar las innovaciones tecnológicas—equipos, suministros, procedimientos y técnicas—para reducir la mortalidad materna en las comunidades de escasos recursos (Tsu et al. 2003; Tsu and Free, 2002). Los análisis y artículos de un taller realizado en Bellagio, Italia en julio de 2003, sobre tecnologías nuevas y subutilizadas para reducir la mortalidad materna indican que muchas tecnologías existentes se muestran prometedoras en la reducción de las muertes maternas (Tsu 2004b).

Actualmente existe consenso internacional sobre la importancia de los siguientes factores para reducir la mortalidad materna:

- Reducir las diferencias entre géneros;
- Mejorar el estado nutricional de las mujeres;
- Mejorar el acceso de las niñas a la educación;
- Brindar atención profesional durante el parto;
- Crear sistemas eficaces de referencias;
- Asegurar atención materna para todas las mujeres;
- Desarrollar planificación a nivel de distrito y participación comunitaria; y Usar indicadores de proceso para evaluar el progreso (UNICEF, 1999).

La planificación familiar puede reducir la mortalidad y morbilidad materna reduciendo el número total de embarazos, la proporción de partos de alto riesgo, y la proporción de embarazos que terminan en abortos realizados en condiciones de riesgo (USAID, 1996; FHI, 1995).. Un estudio a nivel mundial calcula que el 21 por ciento de las muertes maternas en un período de seis años se debieron a embarazos no planificados (Daulaire et al., 2002). . Al permitir a las mujeres planificar, espaciar y prevenir sus embarazos, la planificación familiar podría prevenir miles de muertes maternas. Los datos también muestran que espaciar los nacimientos de tres a cinco años no sólo mejora la supervivencia de los hijos, sino que también puede salvar la vida de las mujeres (Setty-Venugopal and Upadhyay, 2002).

Ha quedado de manifiesto la importancia de contar con servicios obstétricos adecuados y accesibles a nivel de la comunidad, centros de salud y hospitales (Kwast, 1995). Si bien contar con un asistente de partos calificado en el parto se asocia a una menor mortalidad materna, no se ha probado si esta asociación es causal o es confundida por otros factores (Sloan et al., 2002). . Donde se disponga de proveedores capacitados, equipos y drogas, podrán prevenirse muchas de las muertes por hemorragia postparto a través del manejo activo del tercer período del parto (Miller et al. 2004; McCormick et al., 2002; Geelhoed et al., 2002; PATH,2001). . Existe

una importante variación entre los países en la práctica del manejo activo (Festin et al., 2003).

Un estudio estima que la atención prenatal y las intervenciones basadas en la comunidad pueden prevenir el 26 por ciento de las muertes maternas, y que puede evitarse un 48 por ciento adicional si se asegura el acceso a atención obstétrica esencial de buena calidad (Jowett, 2000). Un estudio realizado en Kenya reveló que ofrecer gratuitamente mosquiteros tratados con insecticida a las mujeres embarazadas a través de las clínicas de atención prenatal es una manera eficaz, equitativa de distribuir esta herramienta para la prevención de la malaria (Guyatt et al., 2002). Proveer buena atención a las mujeres que tienen VIH/SIDA antes, durante y después del embarazo puede ayudar a reducir la propagación del VIH, especialmente entre las madres y los bebés (Rosser, 2000). Nuevos estudios indican que la suplementación nutricional podría reducir la morbilidad y mortalidad maternas (Villar et al., 2003; Tomkins, 2001), especialmente entre las mujeres con embarazos precoces o no espaciados (King, 2003). Un estudio a gran escala realizado en Nepal reveló que dar a las mujeres en edad reproductiva suplementos de vitamina A o beta-caroteno reducía la mortalidad materna en un 40 por ciento (West et al., 1999). Si bien la suplementación de hierro durante el embarazo puede prevenir una baja en las reservas de hierro asociados con el embarazo, no existe un enfoque único, universalmente aceptado en cuanto a la suplementación de hierro a las embarazadas que provea un claro beneficio a las madres y sus hijos (Allen, 2000; Beard, 2000). Una investigación formativa realizada en ocho países identificó varios obstáculos compartidos, así como también muchos factores facilitadores, de los programas de suplementación de hierro. Los resultados han sido usados para mejorar el cumplimiento (Galloway et al., 2002).

La modificación de políticas, la apropiada distribución de los recursos y la movilización de la comunidad también tienen un importante papel en la prevención de las muertes maternas (Koblinsky et al. 1999). Las reformas del sector de salud realizadas en China, que enfatizan la recuperación de los costos, han tenido un impacto negativo directo en la atención de la salud materna (Bogg et al., 2002). Una planilla de cálculo desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial ayuda a los planificadores y administradores de programas a analizar y comprender los costos asociados a diversos servicios e intervenciones de salud materna (Lissner and Weissman, 1998). Las asociaciones profesionales de obstetras y matronas tienen la responsabilidad y la capacidad de reducir la mortalidad materna en sus propios países y fuera de ellos (Chamberlain et al. 2003). Un mejor uso de los proveedores del sector privado, especialmente de enfermeras y matronas, en los países de bajos y medianos ingresos podría contribuir a las metas de maternidad sin riesgo (Brugha and Pritze-Aliassime 2003).

## Enfoque de derechos humanos sobre la maternidad sin riesgo

La maternidad sin riesgo es reconocida como un derecho humano básico, protegida por una serie de tratados y leyes internacionales de derechos humanos (WHO, 1998; Cook et al, 2001). Estos tratados obligan a los gobiernos a abordar las causas de una mala salud materna a través de sus sistemas políticos, de salud y legales, y requieren que los países signatarios hagan un informe de su nivel de cumplimiento sobre las metas de los tratados (Starrs, 1997; Murphy and Ringheim, 2001; Center for Reproductive Rights, 2003). Se ha propuesto que el cumplimiento sea medido usando las pautas emitidas en 1997 por la OMS, UNICEF y FNUAP (Yamin and Maine, 1999).

El enfoque de la maternidad sin riesgo desde una perspectiva de los derechos humanos enfatiza que las mujeres tienen el derecho de recibir una atención de salud reproductiva integral, que incluya planificación familiar, educación, nutrición y servicios básicos de salud (Yanda et al. 2003; Liljestrand and Gryboski, 2001). Asegurar el derecho de las mujeres a la vida, libertad y seguridad, salud, protección de la maternidad, y a no ser discriminadas facilitaría la maternidad sin riesgo (Cook and Dickens, 2002). Se puede incorporar los principios de los derechos humanos a los programas a nivel clínico, al manejo de centros de salud, y políticas nacionales (Freedman, 2001). Un enfoque de derechos humanos para abordar la mortalidad materna también significa centrarse estratégicamente en las dinámicas de poder dentro del sistema de salud (Freedman, 2002).

La baja condición de las mujeres en relación con los hombres en la sociedad contribuye a la mortalidad materna. Un estudio transnacional de 79 países en desarrollo reveló que la condición de las mujeres es un buen predictor de la mortalidad materna (Shen et al., 1999). Un estudio de la autonomía de las mujeres y de su uso de los servicios de atención en salud materna en Uttar Pradesh, India, reveló que las mujeres con mayor libertad de movimiento obtuvieron mayor atención prenatal y fue más probable que usaran atención para un parto seguro (Bloom et al., 2001).. En Afganistán, las altas tasas de mortalidad materna pueden ser un indicador de las violaciones de los derechos humanos de las mujeres (Amowitz et al., 2002).

Los gobiernos pueden promover un enfoque de derechos humanos a la maternidad sin riesgo:

- Trabajando para eliminar la discriminación contra las mujeres, incluida la violencia contra las mujeres y las prácticas que perjudiquen la salud de las mujeres.
- Asegurando atención prenatal, en el parto y postparto apropiada para todas las mujeres.
- Revocando leyes que prohíban los procedimientos de salud que sólo necesitan las mujeres, incluidos procedimientos de abortos realizados en condiciones seguras.

- Poniendo fin a las prácticas discriminatorias en los centros de salud pública, incluidos los requisitos de consentimientos del esposo para acceder a servicios.
- Asegurando el acceso a servicios e información sobre planificación familiar a mujeres y adolescentes en edad reproductiva

### Movilización de la comunidad

Si bien se requieren intervenciones a muchos niveles para reducir la mortalidad y morbilidad materna, la experiencia ha demostrado que mucho puede y debe lograrse a nivel comunitario. Mediante el trabajo con la comunidad, se puede empoderar a personas y grupos para identificar problemas y proporcionar soluciones que funcionen en el contexto local (Howard-Grabman et al., 1993). En Tanzania, se ha empoderado a las comunidades para desarrollar planes basados en la comunidad para el transporte de emergencia de pacientes obstétricas (Ahluwalia et al. 2003; Schmid et al, 2001). Otro enfoque que consideró el financiamiento del transporte de emergencia mediante fondos de préstamos comunitarios, tuvo un éxito moderado en Sierra Leona (Fofana et al, 1997). Las estrategias de comunicación que involucran a la comunidad y se valen de las herramientas y metodologías basadas en la comunidad pueden resultar eficaces para la promoción de una maternidad sin riesgo (Russel and Levitt-Dayal 2003; Moore, 2000). En Nepal, una coalición de grupos formó asociaciones y utilizó procesos de comunicación y movilización comunitaria para transmitir mensajes sobre salud reproductiva a las personas en lugares remotos (Levitt et al., 1997). La capacitación de motivadores comunitarios o personas a cargo de transmitir información para fomentar el uso de los centros de salud para emergencias obstétricas ha tenido un impacto positivo, pero implica considerables costos y la necesidad de contar con supervisión permanente (Kandeh, et al., 1997; Nwakoby, et al., 1997). El programa "Home-Based Life Saving Skills (Destrezas que Salvan Vidas en el Hogar)" es un programa basado en la comunidad y en la competencia para educar, motivar y movilizar a las mujeres embarazadas, sus familias y comunidades, con el fin de reducir la mortalidad materna y neonatal (Sibley et al. 2004; Sibley et al., 2001). Instruir a las mujeres para que conservaran sus propios registros maternos ha resultado muy útil para identificar y derivar a las mujeres con mayores riesgos maternos, mejorar el control de la salud reproductiva y aumentar la participación de la madre, su familia y la comunidad en el cuidado de su salud (WHO 1994).

### La medición de la mortalidad materna y el impacto del programa

La dificultad para recolectar datos confiables sobre la mortalidad materna y el debate sobre cuáles indicadores usar constituyen desafíos para disminuir los riesgos de la maternidad (Graham and Airey, 1987; Leete, 1998; Stanton et al., 2000). El limitar la definición de la mortalidad materna a las muertes maternas

ocurridas dentro de los 42 días desde el fin de un embarazo también ha sido cuestionado (Hoj et al. 2003). Faltan datos sobre mortalidad materna debido a lo inadecuado en cuanto a tecnología, liderazgo y recursos (Graham, 2002). Medir y estimar la mortalidad materna en el contexto del VIH/SIDA es aún más difícil debido al efecto del VIH/SIDA sobre el riesgo de la maternidad materna y sobre la medición de la mortalidad materna (Graham and Hussein 2003). Los criterios de medición son importantes, ya que influyen en las prioridades del programa y en las evaluaciones de sus resultados. (Milne et al. 2004). No obstante, tener cifras no es suficiente; también es importante comprender los factores subyacentes que contribuyen a las muertes (WHO 2004).

Un análisis de datos de las Naciones Unidas reveló que la atención del parto por personal capacitado se relacionaba con menores tasas de mortalidad materna (Robinson and Wharrad, 2001). La atención del parto por personal capacitado y la tasa de partos por cesárea también han sido usados para determinar las tendencias en la mortalidad materna (AbouZahr and Wardlaw, 2001). También es posible medir la mortalidad materna por medio de un censo nacional (Stanton et al., 2001).

Los investigadores siguen buscando otros parámetros diferentes a la mortalidad materna para determinar la eficacia del programa dentro de un breve período (3 a 5 años) (Akalin et al., 1997; Graham et al., 1996; Ronsmans et al., 1997). El Maternal and Neonatal Programme Effort Index (MNPI) evalúa diversos componentes de los programas nacionales para reducir la mortalidad materna y neonatal (Ross et al., 2001). Este índice constituye una herramienta para el diagnóstico y la administración de programas, y podría permitir comparar cifras entre países y regiones a través del tiempo. También se ha usado la "autopsia verbal" para identificar y cuantificar las muertes maternas en muchos lugares donde no se cuenta con los registros clínicos y los certificados de defunción, pero este método tiene una precisión limitada para determinar las causas clínicas de muerte (Kodio et al., 2002; Sloan et al., 2001; Hoj et al., 1999). El método de supervivencia de hermanas para determinar la mortalidad materna a menudo entrega información más completa que los registros de los centros de salud (Lech and Zwane, 2002; Danel et al., 1996; Olsen et al., 2000; Font et al., 2000). Los estudios comunitarios de las muertes maternas son costosos y requieren de mucha mano de obra, pero rinden útiles datos para priorizar las intervenciones del programa y evaluar los sistemas de monitoreo existentes (Mswia et al., 2003; Songane and Bergstrom, 2001; Kilonzo et al., 2001). Los datos de las encuestas en los hogares han sido usados para relacionar las muertes maternas con la pobreza a nivel subnacional (Graham et al. 2004).

También se ha sugerido el uso de indicadores de proceso y datos sustitutos que resulten pertinentes, tales como estudios de morbilidad

---

materna (Filippi et al., 2000; Prual et al., 2000; Khosla, et al. 2000), con el fin de elaborar y evaluar los programas diseñados para mejorar la salud materna (Wardlaw and Maine, 1999). Entre los distintos indicadores de proceso propuestos se encuentran los indicadores sobre las necesidades no satisfechas de servicios obstétricos y de planificación familiar; utilización, cobertura y acceso; y calidad de atención (John Snow, Inc., 1999; Leete, 1998). Los investigadores en Zambia evaluaron la eficacia de los sistemas existentes para la derivación de maternidad en el distrito, usando una combinación de herramientas y basándose primariamente en información recolectada de manera rutinaria (Murray et al. 2001). El informe por parte de las mismas interesadas de los resultados reproductivos y el uso de atención en servicios de atención en salud materna a través de entrevistas de salud con mujeres que viven en zonas rurales de Zimbabwe ofrece otra herramienta para evaluar la salud materna y el uso de recursos de atención en salud (Nilses et al. 2002).

En 1997, UNICEF, OMS y FNUAP propusieron usar (1) el número de centros de salud que proveen atención obstétrica de emergencia, (2) la proporción de todas las mujeres que dan a luz en centros de atención obstétrica de emergencia, (3) la proporción de mujeres con complicaciones que den a luz en centros de atención obstétrica, (4) los partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos, y (5) la tasa de mortalidad para medir y monitorear la disponibilidad, el uso y la calidad de atención obstétrica de emergencia (Maine et al., 1997). Se está generando un consenso internacional sobre el potencial, utilidad y desventajas de estos indicadores de proceso (Goodburn, 2002; Gichangi et al., 2001; Ronsmans et al., 2002; Pathak et al., 2000; Ronsmans et al., 1999). Los indicadores han sido usados para realizar evaluaciones de las necesidades en diversos países (Bailey and Paxton, 2002; AMDD Working Group on Indicators, June 2002; AMDD, September 2002; AMDD, 2003). La experiencia con la primera implementación y uso a gran escala de estos "Indicadores de la ONU" en Malawi indica que para desarrollar los sistemas de recolección de datos necesarios se requiere una gran cantidad de atención y esfuerzo (Goodburn et al, 2001). No obstante, el sistema de monitoreo entrega información que es de inmediata utilidad para los administradores de los programas, proveedores de servicios y responsables del diseño de políticas (Hussein et al., 2001).. Los Indicadores de la ONU están siendo usados en un esfuerzo colaborativo de UNFPA y los gobiernos de Camerún, Costa de Marfil, Mauritania, Níger y Senegal. Los datos recolectados están siendo usados para desarrollar intervenciones clave para mejorar la atención obstétrica esencial en cada país (UNFPA, 2003). En un estudio realizado en la zona rural de China, los investigadores proponen un uso complementario de los Indicadores de la ONU junto con los indicadores de salud reproductiva desarrollados a través de un proceso basado en la comunidad para reflejar de mejor manera la situación local (Wang et al. 2003).



## Atención prenatal y evaluación de riesgo

El papel de la atención prenatal está siendo cada vez más cuestionado, en especial en comunidades de escasos recursos (Prual et al., 2000; Vanneste et al., 2000; Amooti-Kaguna, 2000). Algunos expertos han cuestionado el efecto real de muchos elementos de la atención prenatal sobre la mortalidad (McDonagh, 1996; Villar and Bergsjø, 1997; Jahn et al., 1998) aunque pocos pondrían en duda los beneficios de la atención habitual sobre la salud materno-infantil, incluida la consejería sobre nutrición y la detección de ciertas enfermedades, como la sífilis (Gloyd et al., 2001). Un nuevo enfoque para la atención prenatal sugiere que hacer

uso de los sistemas existentes de apoyo para la familia y la comunidad, y el desarrollo de alianzas más allá de los servicios de salud para ayudar a las mujeres a prepararse para embarazos y partos sin riesgo (Gerein et al. 2003). Los investigadores también se encuentran estudiando los factores relacionados con la atención prenatal (WHO and UNICEF 2003; Magadi, et al., 2000). Un estudio realizado en la zona rural de Nepal reveló que fueron la calidad de los servicios en los centros de salud y la presencia de promotores de salud en las aldeas, y no la cantidad de instalaciones, los principales determinantes del uso de los servicios de atención prenatal (Acharya and Cleland, 2001). De manera similar, un estudio realizado en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, reveló que la asistencia de las mujeres en la atención prenatal es influenciada por sus percepciones de la calidad de atención, y los beneficios y riesgos percibidos de la atención prenatal. Este estudio demostró la necesidad de abordar de mejor manera las necesidades de información de las mujeres y de mejorar sus interacciones con proveedores (Abrahams et al., 2001). En Mozambique, el temor a la brujería alienta a las mujeres a esconder sus embarazos y a retrasar la atención prenatal para protegerse a sí mismas y a sus hijos (Chapman, 2003). En la zona rural de Nigeria, las mujeres no buscan atención prenatal debido a la falta de recursos financieros, la voluntad de Dios y la negativa de sus esposos (Adamu and Salihu, 2002).

Se ha recomendado realizar pruebas a las mujeres para identificar factores de riesgo y así reducir la mortalidad materna, pero estudios recientes han puesto en duda cuán efectivas son las pruebas de detección para predecir qué mujeres presentarán complicaciones (Majoko et al., 2002; Yuster, 1995). Un estudio prospectivo en Guinea-Bissau reveló que la detección de factores de riesgo no contribuiría mayormente a reducir la mortalidad materna (Hoj et al., 2002). Otros estudios han tratado de identificar qué indicadores de riesgo – por ejemplo, antecedentes obstétricos, edad, paridad y peso – son los más confiables (Fortney, 1995; Ujah et al., 1999). Un estudio en Nigeria reveló que ciertos factores de riesgo se vieron asociados a la anemia entre las mujeres embarazadas (Oboro et al., 2002). A pesar de que la detección de condiciones de riesgo puede identificar los grupos de mujeres con mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas, estos factores de riesgo no predicen qué personas

efectivamente presentarán complicaciones. La mayor parte de las mujeres calificadas como "de alto riesgo" no presentan problemas durante el parto, mientras que la mayoría de las mujeres que desarrollan problemas pertenecen al grupo "de bajo riesgo". Una sistemática revisión realizada por la OMS sobre estudios aleatorizados, controlados, para evaluar la atención prenatal de rutina en varios países reveló que un menor número de visitas prenatales no influiría mayormente en el riesgo de madres y bebés, y que reduciría los costos (Carroli et al., 2001; Munjanja et al., 1996). Las mujeres y los proveedores suelen aceptar el nuevo modelo de atención prenatal, pero es posible que necesiten tranquilidad sobre la seguridad de realizar menos visitas y espaciadas, entre quienes no presenten complicaciones (Langer et al., 2002). Un estudio de la OMS sobre la atención prenatal realizado en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia reveló una considerable variabilidad en los servicios de atención prenatal entre clínicas seleccionadas de estos países (Piaggio et al., 1998). Un estudio realizado en la India reveló que la atención prenatal es un importante determinante para un parto sin riesgos (Bloom et al., 1999). La atención prenatal puede contribuir a reducir las complicaciones asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo (por ejemplo, eclampsia) entre las mujeres de países en desarrollo. La atención prenatal también es usada como un tratamiento intermitente preventivo contra la malaria, pero un estudio realizado en Malawi reveló una deficiente cobertura a pesar de una alta asistencia prenatal (Holtz et al. 2003).

### Atención calificada durante el embarazo y el parto

Aproximadamente la mitad de todos los partos en los países en desarrollo son atendidos por un proveedor de salud calificado (ver Figura 2). Muchos estudios han demostrado el valor de las matronas con capacitación médica en la provisión de atención obstétrica adecuada y accesible a las mujeres en los países en desarrollo (Peters 1995; de Bernis et al. 2000). Estudios han evaluado si las matronas a nivel de aldea pueden mejorar el sistema de derivación y reducir la morbilidad y maternidad maternas (Fauveau et al. 1991; Senah et al. 1997). La OMS ha desarrollado una serie de módulos de capacitación para enseñar a las matronas sobre los conceptos de maternidad sin riesgo y mejorar sus habilidades clínicas (O'Heir 1997). El Programa de Capacitación en Habilidades que Salvan Vidas de The American College of Nurse-Midwives también ha sido reconocido como un importante paso en mejorar la función de las matronas en los programas de maternidad sin riesgo (Buffington et al. 1998). No obstante, los estudios también muestran la necesidad de contar con matronas calificadas para que trabajen en colaboración con la atención obstétrica de urgencia para mejorar la salud materna (Ronsmans et al. 2001). La función de las parteras tradicionales (APT)—asiantes de parto sin una calificación médica—en cuanto a mejorar la salud materna también ha sido objeto de estudio en muchas comunidades (Ray and Salihu 2004; Minden and Levitt 1996;

Bolam et al. 1999). Los investigadores han estudiado el impacto de capacitar a las APT sobre los conocimientos y prácticas obstétricas, así como también sobre la mortalidad y morbilidad maternas (Goldman and Gleib 2003; Goodburn et al. 2000; Hoff 1997; Kamal 1998). El impacto de la capacitación de las APT sobre la mortalidad materna parece limitado y el mayor beneficio podría ser una mejor derivación y relaciones con el sistema de salud formal (Bergström and Goodburn 2001). Los resultados de un meta-análisis sugieren que la capacitación de APT puede aumentar las tasas de atención prenatal (Sibley, Sipe and Koblinsky 2004). En Zambia, los asistentes de partos tradicionales sirven como apoyo culturalmente apropiado y social para las mujeres durante el trabajo de parto y parto, pero tienen escaso conocimiento preciso sobre un manejo apropiado del trabajo de parto y el parto (Maimbolwa et al. 2003). Un estudio realizado en zonas rurales de Bangladesh sugiere que mejorar la oportuna derivación de partos con complicaciones a centros de salud o a APT capacitadas podría reducir la morbilidad y mortalidad maternas (Paul and Rumsey 2002). Los programas están evaluando métodos instruccionales (Matthew et al. 1995) y currículos alternativos (Sibley and Armbruster 1997) para capacitar a las APT. Con apropiada capacitación y supervisión, las APT pueden servir para prevenir la transmisión del VIH (Bulterys et al. 2002). Se ha demostrado que el apoyo continuo uno a uno de las mujeres durante el trabajo de parto mejora la satisfacción y los resultados del parto (Hodnett et al. 2004). Si bien la asistencia durante el parto se ve asociada con una menor mortalidad materna, la investigación ha demostrado que la presencia de un asistente calificado no es necesariamente suficiente para reducir la probabilidad de una muerte materna o discapacidad (Graham et al. 2001). No todos los proveedores de atención en salud tienen las necesarias habilidades de matronería necesarias para ser considerados asistentes de partos calificados. Se han desarrollado completas definiciones y listas de habilidades para definir a un asistente calificado (Safe Motherhood IAG 2003). Ahora también se reconoce que el contexto dentro del cual trabaja un proveedor tienen un importante efecto sobre el resultado de un parto (Maclean 2003). El concepto más amplio de "atención calificada" ha sido desarrollado para describir la presencia de un proveedor calificado dentro de un apoyo habilitante. Es definido como: "...el proceso mediante el cual se ofrece a una mujer la atención adecuada durante el trabajo de parto, el parto, el postparto y los períodos inmediatos neonatales. Con el fin de que se produzca este proceso, los asistentes deben tener las habilidades necesarias y deben ser apoyadas por un entorno habilitante que incluya suministros, equipos e infraestructura adecuados, así como también un sistema eficiente y eficaz de comunicación y derivación/transporte" (Safe Motherhood IAG 2003).

La atención calificada depende de una colaboración de asistentes calificados, un ambiente habilitante, y acceso a servicios de atención obstétrica de urgencia. Como resultado de este mayor énfasis en las habilidades y el contexto, los programas de maternidad sin riesgo están

dejando de centrarse en la capacitación de asistentes de parto tradicionales para asegurar una atención calificada durante el parto (de Bernis et al. 2003; Bell et al. 2003; Voet 2003; WHO 2002).

### Atención obstétrica esencial

La mayoría de las complicaciones obstétricas potencialmente mortales no pueden ser pronosticadas o prevenidas, pero sí pueden ser tratadas (Maine and Rosenfield, 2001). La investigación realizada por el proyecto Prevention of Maternal Mortality (Prevención de la Mortalidad Materna) ha llamado la atención sobre la importancia de la atención obstétrica esencial, en especial la atención de urgencia, para reducir la mortalidad materna (Prevention of Maternal Mortality Network, 1996; Maine, 1997; Post, 1997; Maine and Rosenfield, 1999). El modelo de "los tres retrasos" define cuáles son los factores que influyen sobre el retraso en (1) la decisión de buscar atención obstétrica de emergencia, (2) el ingreso de una mujer al centro de salud y (3) el tratamiento que recibe en dicho centro de salud (Thaddeus and Maine, 1994). El centro de salud debe contar con el personal, equipos y drogas necesarias para ofrecer atención obstétrica de emergencia, pero la demanda por estos recursos puede ser estimada con antelación (Desai, 2003; El Tahir et al., 1995). A pesar de la percepción de que los servicios en el hospital son costosos, un estudio realizado en Bangladesh muestra que los servicios básicos, incluida la atención obstétrica de emergencia, puede ser estar disponible con bajos aumentos generales en costo y grandes beneficios para la salud materna (McCord and Chowdhury, 2003).

Ciertos estudios han revelado que, en los países en desarrollo, el acceso a los servicios obstétricos de emergencia es limitado (Nirupan and Yuster, 1995; Barnes-Josiah et al., 1998) y que la construcción de una cadena funcional de derivación a servicios obstétricos puede reducir la mortalidad materna (Maine et al., 1996; Figa-Talamanca, 1996). Un sistema así se basa en hogares donde las madres que darán a luz esperan el día del parto; estos hogares se encuentran vinculados a centros que ofrecen atención obstétrica esencial. Las mujeres con mayor riesgo obstétrico, pero que no cuenten con acceso a una atención obstétrica esencial, son derivadas a hogares maternos algunas semanas antes de dar a luz. Una vez que la mujer comienza el trabajo de parto o requiere de atención, se la transfiere al hospital (WHO 1996).

Muchos proyectos han incrementado el uso de servicios obstétricos esenciales y han reducido las tasas de mortalidad mejorando la calidad de la atención en los centros de derivación (Gill and Ahmed 2004; Djan et al., 1997; Ifenne et al., 1997; Leigh et al., 1997; Mbaruku and Bergström, 1995). Esto incluye mejoras de bajo costo en el diseño y funcionamiento de las salas de operación (Abreu and Potter, 2001). Resulta fundamental, para una atención obstétrica de buena calidad, capacitar a los proveedores para que mejoren sus destrezas de atención obstétrica de urgencia; se han elaborado

---

métodos de capacitación y manuales para abordar esta necesidad (Penny and Murray 2000; WHO, 2000). Modificar políticas para permitir que el personal médico existente atienda emergencias obstétricas también puede reducir la mortalidad en las zonas rurales (Mavalankar, 2002). Las reuniones para revisar la mortalidad, en las cuales el personal del hospital analiza cada caso de muerte materna y los factores que contribuyeron a ésta, pueden ser una útil herramienta para identificar problemas y mejorar los servicios de atención obstétrica esencial a nivel de distrito (Gohou et al. 2004; Stekelenburg and Roosmalen, 2002). Las auditorías clínicas basadas en criterios también pueden ser útiles herramientas para medir y mejorar la calidad de la atención obstétrica en los países en desarrollo (Filippi et al. 2003; Weeks et al. 2003; Wagaarachchi et al. 2001).

Las experiencias basadas en el enfoque de una atención maternal centrada en la familia en Ucrania, Moldova y Rusia revelaron que los sistemas de maternidad en estos países pueden ser mejorados y conducir así a cambios en las políticas y prácticas que ofrezcan mejores opciones para la atención de maternidad para las mujeres y sus familias (John Snow, Inc., 1998). Un estudio en las zonas rurales de la India reveló que los pacientes han aprendido a determinar cuándo necesitan atención en un hospital, lo que se traduce en una provisión eficaz y eficiente de servicios obstétricos de emergencia. El costo de estos servicios, aunque bajos en base al costo per cápita, es un importante obstáculo para muchas familias pobres (McCord et al., 2001). Varias iniciativas para aumentar la disponibilidad y utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia están siendo implementados a través de alianzas entre las asociaciones de obstetras y ginecólogos en países más y menos desarrollados (Jamisse et al. 2004; Benagiano and Thomas 2003b; Mekbib et al., 2003; Benagiano and Thomas, 2003; Lalonde et al., 2003; Curet et al., 2003).