



---

## Reducir los riesgos del embarazo

### Informe de la Secretaría

#### ANTECEDENTES

1. Cada año se registran unos 210 millones de embarazos. De los 130 millones aproximados de nacimientos anuales, alrededor de un 10% a un 15% requieren la intervención rápida de personal calificado para que la mujer sobreviva y no padezca discapacidades durante el resto de su vida. En aproximadamente el 5% de los casos se desarrollan complicaciones potencialmente mortales. Según las últimas cifras disponibles, se estima que más de medio millón de mujeres murieron en 1995 por causa de complicaciones aparecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio.
2. Además, se estima que de los 7,1 millones de defunciones anuales de lactantes, más de la mitad ocurre durante el periodo neonatal, en gran medida como consecuencia de una salud materna frágil, falta de higiene, mala atención, asistencia ineficaz durante el parto y falta de cuidados esenciales del recién nacido.
3. La mayor parte de este sufrimiento y muchas defunciones son prevenibles mediante intervenciones eficaces, viables y asequibles en entornos de países en desarrollo con recursos limitados.
4. La Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, lanzada en 1987 por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y otras organizaciones directamente interesadas en la salud materna, colocó la mortalidad materna en el primer plano de la salud pública internacional. Ello dio lugar a mejoras significativas de los conocimientos y puso de relieve la falta de equidad que se oculta tras la mala salud de las madres. La Iniciativa respaldó prácticas basadas en pruebas científicas y contribuyó a la Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial sobre reducción de la mortalidad materna de 1999, en la que se resume el consenso acerca de las medidas necesarias, a saber: prevención y gestión de los embarazos indeseados y los abortos peligrosos, prestación de asistencia calificada durante el embarazo y el parto, y acceso a servicios especializados en caso de complicaciones.
5. Sin embargo, a nivel mundial, la disminución de la mortalidad materna ha sido limitada. Para que el número de embarazos indeseados disminuya y las mujeres tengan un acceso oportuno a la atención con objeto de reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales se requieren cambios de política, intervenciones en el sistema de salud y medidas a nivel de la comunidad.

6. Asimismo, se adoptó la meta de reducir la mortalidad de lactantes a menos de 35 por 1000 nacidos vivos para 2015;<sup>1</sup> para alcanzar esa meta habrá que reducir la mortalidad neonatal.

7. Al ritmo de avance actual, esas metas no se alcanzarán. En todo el mundo, las mujeres y los lactantes, en particular en las comunidades pobres, carecen de acceso a servicios de salud esenciales que reducirían substancialmente los peligros que corren, o no se benefician de dichos servicios.

8. Los resultados de las investigaciones y la experiencia práctica han demostrado que, si determinadas intervenciones sanitarias se ponen a disposición de todos, es posible reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo y el parto. Un acceso cada vez mayor a servicios de regulación de la fecundidad y la mejora de la calidad de éstos permitirán reducir el número de embarazos indeseados, abortos peligrosos y defunciones maternas asociadas. Se podrían salvar miles de vidas si durante el parto las mujeres estuvieran atendidas por personal de partería competente y tuvieran acceso a una atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones. Mientras que las parteras tradicionales pueden facilitar una educación sanitaria culturalmente apropiada y apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo y el parto, no están en condiciones de prestar la atención obstétrica esencial necesaria para tratar complicaciones.

9. La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su periodo extraordinario de sesiones celebrado en Nueva York a mediados de 1999, sobre la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) convino en que, para 2005, a nivel mundial, el 80% de los partos deberían estar atendidos por personal de partería calificado (y confirmó el objetivo fijado anteriormente de reducir para 2015 un 75%, en comparación con el nivel de 1990, la mortalidad asociada al embarazo). En los lugares donde la mortalidad materna es muy elevada, para 2005, por lo menos el 40% de todos los partos deberían contar con asistencia de personal de partería calificado; para 2010, esa cifra debería ser por lo menos del 50% y, para 2015, por lo menos del 60%.<sup>2</sup>

## **REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO: ESTRATEGIA DE LA OMS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD Y LA MORBILIDAD MATERNAS Y PERINATALES**

10. La OMS emprendió la estrategia «Reducir los riesgos del embarazo» a fin de poner de relieve su compromiso con la Iniciativa Internacional para una Maternidad sin Riesgo. La estrategia enuncia las medidas prácticas que pueden adoptar los gobiernos, la sociedad civil y las mujeres de los países pobres para alcanzar las metas mundiales de reducir la mortalidad materna y neonatal.

11. Aprovechando los esfuerzos que están realizando los países para alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna y neonatal, la estrategia «Reducir los riesgos del embarazo» facilita orientación normativa y apoyo técnico a determinados países para que fortalezcan su capacidad con miras a lo siguiente:

- establecer (o actualizar) políticas y normas nacionales respecto de la planificación de la familia, el aborto provocado (donde no sea contrario a la ley) y la atención materna y neonatal

---

<sup>1</sup> Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) (documento ST/ESA/SER.A/149).

<sup>2</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (documento A/S-21/5/Add.1).

(inclusive atención después del aborto) y adoptar una combinación de medidas reglamentarias en apoyo de esas políticas y normas;

- establecer sistemas para velar por que esas normas se apliquen de manera apropiada;
- mejorar el acceso a una atención materna y neonatal eficaces en relación con los costos y a servicios de regulación de la fecundidad mediante la promoción de mayores inversiones en el sector público y medidas (por ejemplo contractuales) encaminadas a aumentar al máximo la contribución del sector sanitario privado a las metas nacionales de salud;
- alentar y fomentar en los hogares, familias y comunidades, prácticas que promuevan la salud materna y neonatal y la regulación de la fecundidad;
- mejorar los sistemas de vigilancia de los servicios de salud y atención maternas y neonatales, incluidos los servicios de regulación de la fecundidad; y
- seguir asignando alta prioridad a la maternidad sin riesgo en los programas nacionales de salud y desarrollo.

12. La OMS comenzará a trabajar en 10 países de todas las regiones<sup>1</sup> en la primera fase de dos años de la estrategia y documentará atentamente las lecciones aprendidas para que la experiencia se pueda introducir en otros países. Los países se seleccionaron por regiones aplicando criterios preestablecidos, por ejemplo tasas elevadas de mortalidad materna, número de defunciones, tamaño de la población, apoyo político y compromiso con la reforma del sector sanitario.

13. Mediante la estrategia «Reducir los riesgos del embarazo», la OMS colaborará con los países para que alcancen sus objetivos de maternidad sin riesgo mediante lo siguiente: promover alianzas; emprender actividades de fomento; prestar apoyo técnico y normativo y aumentar la capacidad nacional; establecer normas y patrones y desarrollar medios, tecnologías e intervenciones; promover, coordinar y difundir la investigación; y desplegar actividades de vigilancia y evaluación.

## **PROGRESOS REALIZADOS EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ENCAMINADAS A REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO**

14. En junio de 2000 se presentó un documento sobre la estrategia para reducir los riesgos del embarazo a las oficinas regionales de la OMS, los donantes y la reunión de las partes interesadas.

15. Prosiguen las deliberaciones con todas las oficinas regionales y los 10 países participantes en la primera fase de la estrategia acerca de las actividades encaminadas a reducir los riesgos del embarazo a nivel de país. Las reuniones permiten la revisión de las actividades existentes para una maternidad sin riesgo en los países, la identificación de las necesidades y prioridades nacionales y la formulación de planes de trabajo iniciales. Los ministros de salud están pidiendo a la OMS que preste apoyo técnico para elaborar estrategias y planes de trabajo nacionales encaminados a reducir los riesgos del embarazo, así como para fortalecer sus sistemas de salud y coordinar las aportaciones de múltiples colabo-

<sup>1</sup> Bolivia, Etiopía, Indonesia, Mauritania, Moldova, Mozambique, Nigeria, República Democrática Popular Lao, Sudán y Uganda.

radores. Con apoyo de la OMS, algunos ministerios ya están estableciendo grupos de trabajo apropiados para facilitar los esfuerzos nacionales.

16. La estrategia ha sido examinada desde el comienzo con el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y otras organizaciones de las Naciones Unidas, y proseguirán los contactos regulares a nivel mundial y nacional. A nivel internacional, también se están desarrollando y manteniendo contactos con una diversidad de protagonistas destacados en el sector de la maternidad sin riesgo, entre ellos organizaciones no gubernamentales y el sector privado. A nivel de país, los ministerios de salud y sus grupos de trabajo sobre maternidad sin riesgo coordinarán alianzas esenciales para el éxito de la estrategia.

17. Los fondos recibidos o prometidos hasta el momento llegan a la mitad de los US\$ 10 millones necesarios para financiar la iniciativa durante el bienio en curso. El resto se obtendrá de asociados internacionales y nacionales. La mayor parte del presupuesto de la estrategia para una maternidad sin riesgo está destinado a fortalecer la capacidad a nivel de país.

18. Se convocará a un grupo exterior de expertos a fin de que preste asesoramiento independiente sobre los aspectos técnicos y operacionales de la aplicación de la estrategia para una maternidad sin riesgo. Estará integrado por planificadores y gestores de programas, médicos, investigadores y académicos, donantes multilaterales y bilaterales que contribuyen a la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, grupos dedicados a la salud y la promoción de la mujer, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

ANEXO<sup>1</sup>**CUADRO 1. MORTALIDAD MATERNA: PRINCIPALES CAUSAS E INTERVENCIONES**

Causas	Porcentaje	Intervenciones de eficacia demostrada
Hemorragia puerperal	25	Tratamiento de la anemia durante el embarazo. Atención del parto por asistentes de partería calificados: prevención o tratamiento de las hemorragias con los medicamentos correctos, normalización de la volemia mediante infusión gota a gota o transfusión en caso de hemorragia grave.
Infección puerperal	15	Atención del parto por asistentes de partería calificados: higiene. Administración de antibióticos en caso de infección.
Aborto peligroso	13	Asistente de partería calificado: administración de antibióticos, limpieza del útero, reposición de líquidos en caso necesario, asesoramiento en planificación de la familia.
Hipertensión arterial durante el embarazo: muy peligrosa si es elevada (eclampsia)	12	Detección de la hipertensión durante el embarazo; derivación a un médico o a un hospital. Tratamiento de la eclampsia con anticonvulsivos apropiados (MgSO <sub>4</sub> ); en caso de pérdida de la conciencia, derivación de la paciente a un especialista para un parto urgente.
Parto obstruido	8	Detección oportuna, derivación a cirugía.
Otras causas obstétricas directas	8	Derivación de los embarazos ectópicos para que se proceda a una intervención quirúrgica.

**CUADRO 2. MORTALIDAD NEONATAL: PRINCIPALES CAUSAS E INTERVENCIONES**

Causas	Porcentaje	Intervenciones de eficacia demostrada
Infecciones, tétanos neonatal, sífilis congénita (sepsis, meningitis, neumonía)	33	Inmunización materna con anatoxina tetánica, detección y tratamiento de la sífilis, parto en condiciones higiénicas, apoyo afectuoso, respaldo para promover la lactancia temprana y exclusiva, reconocimiento y tratamiento tempranos de las infecciones.
Asfixia y traumatismos durante el parto	28	Asistentes de partería calificados durante el parto. Gestión eficaz de las complicaciones obstétricas.
Parto prematuro y/o insuficiencia ponderal del neonato	24	Administración de antipalúdicos a las embarazadas expuestas al paludismo. Más atención a la calidez humana, asesoramiento y apoyo para la lactancia natural, detección precoz y control de las infecciones y gestión de las complicaciones. Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Abandono del hábito de fumar.

<sup>1</sup> Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries - practical guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/FHE/MSM/94.11).

**CUADRO 3. MORTINATALIDAD: PRINCIPALES CAUSAS E INTERVENCIONES**

<b>Causas</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Intervenciones de eficacia demostrada</b>
Asfixia y traumatismo durante el parto	40	Asistentes de partería calificados durante el parto. Tratamiento eficaz de las complicaciones obstétricas.
Otras causas conocidas (complicaciones del embarazo, enfermedades de la madre, paludismo, malformaciones)	25	Atención durante el embarazo. Tratamiento de presunción de las enfermedades endémicas. Tratamiento eficaz de las complicaciones del embarazo.
Sífilis congénita	8	Detección de la sífilis materna y tratamiento de los casos positivos.
Causas desconocidas	27	-

= = =