

## La reducción de la mortalidad materna: un desafío para la salud pública

Rosario Cárdenas  
Universidad Autónoma Metropolitana  
México  
cardenas.rsr@gmail.com

Pese a los avances tecnológicos y de conocimiento médico, la mortalidad materna continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública en Latinoamérica y otras regiones del mundo. A los relativamente altos niveles de mortalidad por el conjunto de causas que integran el apartado de defunciones maternas se suman como elementos de preocupación los escasos cambios reportados en este indicador en muchas poblaciones y la persistencia de la brecha entre países desarrollados y en desarrollo.

La mortalidad materna es en la actualidad el indicador de salud que muestra los mayores diferenciales en el mundo. Mientras en la mayoría de los países europeos la razón de mortalidad materna es de menos de 10 defunciones por 100 mil nacidos vivos, en algunas naciones africanas ésta excede las 1000 unidades. Tal es el caso, por ejemplo de Alemania y Suecia en donde se estima que la razón de mortalidad materna ascendía en 2010 a 7 y 4 defunciones por complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio por cada 100 mil nacidos vivos (World Health Organization, 2012). En contraste, en Chad este indicador era para el mismo año de 1100 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos, en Somalia de 1000 y en Sierra Leona de 890 (World Health Organization, 2012).

La distancia que separa los niveles de mortalidad materna registrados en los países desarrollados respecto a las naciones en desarrollo da cuenta no sólo del atraso en la reducción de esta problemática y sus implicaciones para la salud de las mujeres en edad fértil, sino también de las posibles deficiencias en el acceso a servicios de salud, la eficacia de éstos, los diferenciales en la calidad de vida de subgrupos de la población y la desigualdad social.

Este trabajo analiza la dinámica de la mortalidad materna y algunos de índole sociodemográfica y de servicios de salud asociados a ésta en 24 países latinoamericanos, comparando su situación con lo registrado en 14 naciones desarrolladas ubicadas tanto en el mismo continente (Canadá y Estados Unidos de América) como en el resto del mundo. Para ello utiliza las estimaciones más recientes producidas conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial (World Health Organization, 2012), así como un conjunto de indicadores sociodemográficos y de salud reproductiva (World Health Organization, 2010).

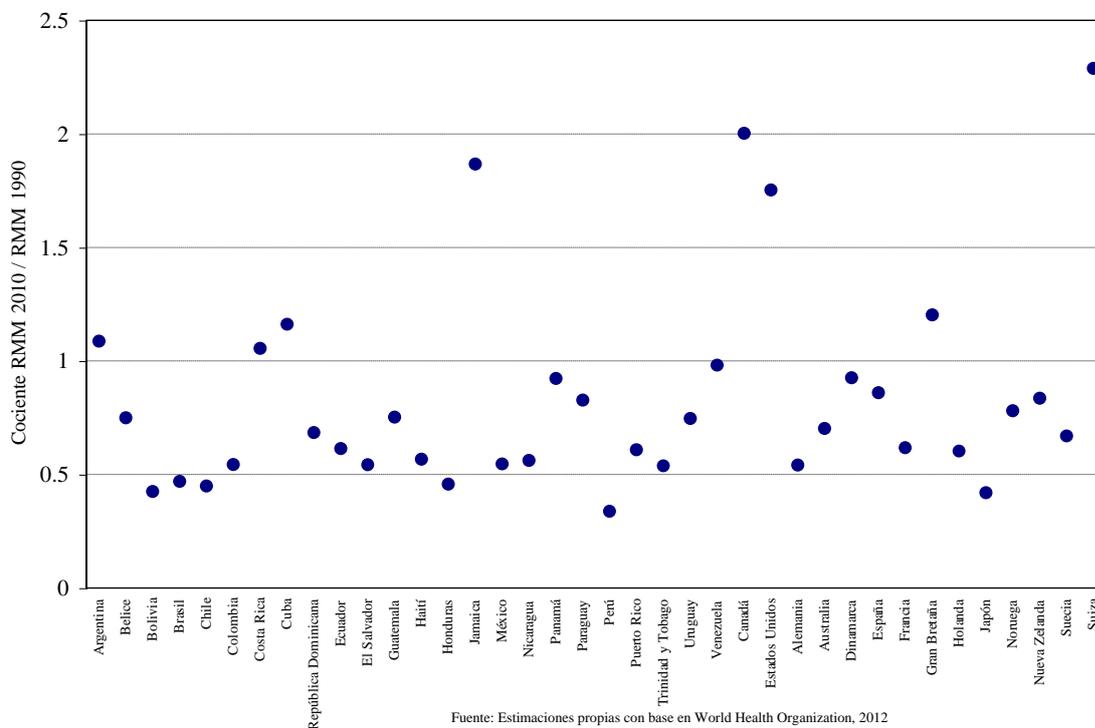
Los resultados de este examen permiten distinguir algunas acciones cuya implementación redundaría en una reducción de la mortalidad por causas maternas o una aceleración en la velocidad con la cual disminuye.

La estrategia internacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorpora la mortalidad materna como uno de los problemas de salud prioritarios a nivel mundial, estableciendo el 2015 como el año de satisfacción de la meta planteada de reducción de un 75 por ciento respecto al nivel reportado en 1990.

La Gráfica 1 muestra para la mayoría de los países de la región incluidos en este análisis, una disminución de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2010. Los países latinoamericanos para los cuales la razón de mortalidad materna estimada para 2010 es mayor que la correspondiente para 1990 son Argentina, Costa Rica, Cuba y Jamaica, con cocientes de las razones de mortalidad materna 2010/1990 de 1.08, 1.05, 1.16 y 1.86, respectivamente.

En el resto de los países de la región, las reducciones observadas en este periodo son de entre 2 por ciento en el caso de Venezuela hasta de 66 por ciento en el de Perú. El hecho de que los países que tradicionalmente registran los indicadores más positivos para sus condiciones de salud tales como Cuba y Costa Rica manifiesten un ligero incremento y que éste comportamiento sea similar al observado en Canadá, Estados Unidos, Gran Bretaña o Suiza pudiera hacer pensar que ello es resultado de los niveles de mortalidad materna alcanzados, es decir, que siendo estos relativamente bajos sería esperable observar fluctuaciones en las cifras. Sin embargo, la dinámica mostrada por la mayor parte de los países europeos que conforman este estudio señala cómo no solo es posible mantener e inclusive continuar reduciendo los niveles de mortalidad materna reportados.

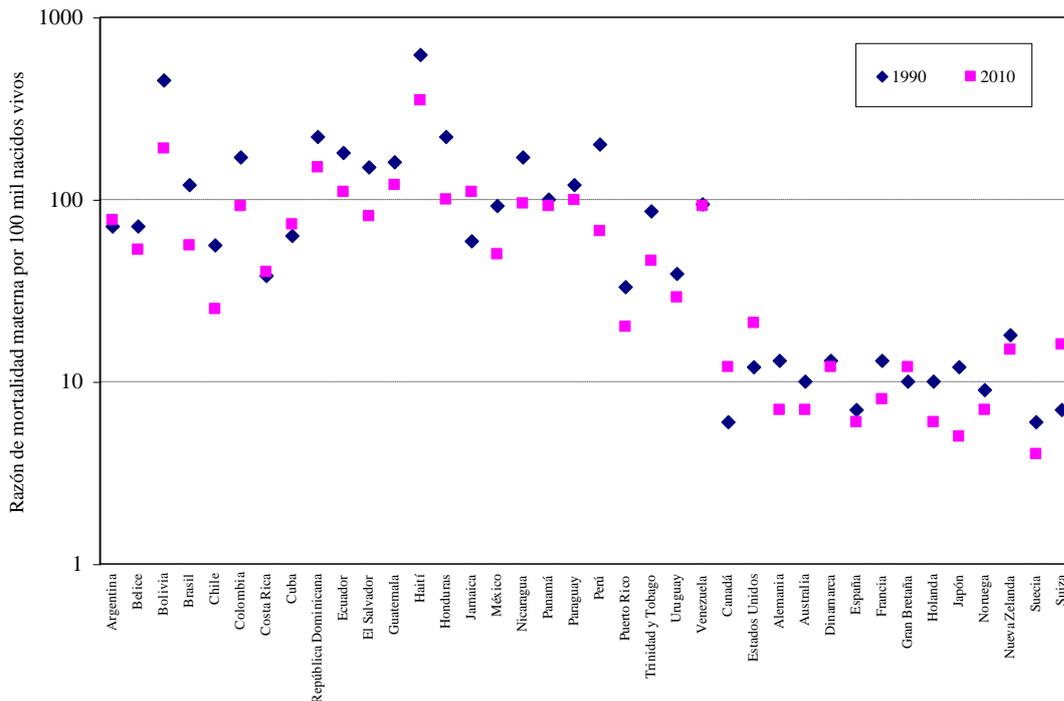
Gráfica 1. Relación entre las razones de mortalidad materna de 2010 y 1990 para los países estudiados



La Gráfica 2 presenta las razones de mortalidad materna estimadas para 1990 y 2010 para el conjunto de países estudiados. Esta información permite destacar varios hallazgos de gran relevancia para el diseño de políticas de reducción de la mortalidad por estas causas. Por una parte, que los países desarrollados alcanzaron una mortalidad materna muy baja desde hace más de 20 años y, por otra, que dichos niveles han continuado mejorando en la mayoría de ellos. En el caso de Alemania, por ejemplo, la mortalidad estimada para 1990 representaba menos de la mitad de la correspondiente para Costa Rica y entre una cuarta y quinta parte de la estimada para Chile y Argentina, respectivamente. El caso de Suecia puede ser considerado el punto de referencia internacional para la disminución de la mortalidad por estas causas, toda vez que desde 1995 su razón de mortalidad materna es de 5 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos o menor. En contraste, para el caso de los países latinoamericanos aún en aquellos para los cuales en 2010 se estiman las menores razones de mortalidad materna (Chile, Puerto Rico y Uruguay con valores de 25, 20 y 29, respectivamente), este indicador es entre 4 y 6 veces superior con relación al observado en Suecia. De igual forma, los datos

representados en la Gráfica 2, permiten reconocer los rezagos todavía presentes en todos los países de la región respecto a la mortalidad materna, situación especialmente acentuada en algunas naciones como Haití, Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Jamaica, cuyas razones de mortalidad materna exceden las 100 unidades. Asimismo, subrayan el desafío que también representa el sostener las bajas mortalidades alcanzadas. Los casos de Canadá y Estados Unidos ilustran esta circunstancia al encontrar un aumento sistemático de la mortalidad materna respecto a los niveles logrados en 1990, que se traduce en un incremento, para 2010, del doble en el caso de Canadá y para Estados Unidos del 75 por ciento.

Gráfica 2. Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) para los países estudiados, 1990 y 2010



Fuente: World Health Organization, 2012

Tradicionalmente, la atención prenatal ha sido considerada como una herramienta clave para la reducción de la mortalidad materna (Adam et al., 2005). Si bien es cierto que el acceso a este servicio de salud de manera oportuna y la frecuencia y periodicidad de consultas ofrecen una ventana de oportunidad no sólo para el seguimiento del desarrollo de la gestación sino también para la identificación temprana de señales que denoten una complicación potencial o en curso, el hecho es que en varios de los países de la región, a juzgar por las cifras de mortalidad materna, los niveles de cobertura no se asocian con un otorgamiento adecuado del conjunto de acciones que la conforman. Estimaciones para el periodo entre 2000 y 2009 indican que en los países latinoamericanos analizados en este trabajo la cobertura de atención prenatal con al menos 1 consulta es mayor al 80 por ciento en todas las poblaciones excepto en Bolivia, donde ésta es de 77 por ciento (Cuadro 1). Sin embargo, al revisar el cumplimiento de lo que se considera como número mínimo de consultas prenatales (al menos 4 durante la gestación), las cifras de cobertura se reducen importantemente. En el caso de Ecuador, por ejemplo, ésta pasa de 84 por ciento con al menos 1 consulta a 57 cuando se revisa que se hayan otorgado cuatro o más. Lo anterior hace que, de facto, Ecuador se ubique

en una situación semejante a la mostrada por Haití, país que en la actualidad muestra los mayores rezagos sociodemográficos y económicos en la región.

La protección contra tétanos al nacer es un indicador indirecto de las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud materna y neonatal durante la gestación. El aumento en la cobertura contra este padecimiento puede sugerir una mejor calidad de la atención prenatal. El Cuadro 1 presenta información acerca de la cobertura de esta acción para los años 1990, 2000 y 2008 en los países latinoamericanos. Los datos dan cuenta de las limitaciones en la implementación de esta acción. Brasil y Honduras son los únicos países en los cuales la cobertura contra tétanos al nacimiento fue en 2008 superior al 90 por ciento indicando, además, un incremento continuo desde 1990. En contraste, Ecuador muestra una reducción en el nivel de cobertura en este periodo.

La incidencia de bajo peso al nacer puede ser un indicador indirecto de condiciones de riesgo bajo las cuales transcurre el embarazo, así como también algunas que afectan a la mujer inclusive desde antes del inicio de la gestación o la ausencia de satisfactores básicos, sean éstos de índole nutricional, social o de servicios de salud.

Cuadro 1. Indicadores sobre diversos aspectos de salud reproductiva, para países de Latinoamérica y de otras regiones del mundo, 1990-2010

País	Atención prenatal 2000-2009		Bajo peso al nacer %	Tasa de cesárea %	Cobertura anticon- ceptiva %	Necesidad anticonceptiva no satisfecha %	Protección contra tétanos al nacer %		
	Consultas						2000-2008	2008-2010	2000-2008
	al menos 1	=4							
Argentina	99	89	7	...	65.3	...	...	...	...
Belice	94	...	7	...	34.3	...	88	85	88
Bolivia	77	58	7	14.6	60.6	22.7	23	67	74
Brasil	98	88	8	41.3	...	...	63	92	92
Chile	...	...	6	30.7	64.2	...	...	...	...
Colombia	94	83	6	26.7	78.2	5.8	45	70	78
Costa Rica	90	...	7	...	...	...	...	...	...
Cuba	100	...	5	28.5	72.6	...	...	...	...
República Dominicana	99	95	11	41.9	72.9	11.4	60	48	86
Ecuador	84	57	10	25.8	72.7	7.4	82	42	73
El Salvador	94	79	7	22.0	72.5	8.9	37	83	87
Guatemala	84	66	12	11.4	43.3	27.6	44	67	71
Haití	85	54	25	3.0	32.0	37.5	39	41	50
Honduras	92	81	10	13.0	65.2	16.9	60	93	94
Jamaica	91	...	12	...	69.0	11.7	...	51	58
México	94	...	8	36.1	70.9	12.0	59	81	87
Nicaragua	90	78	8	19.6	72.4	7.5	39	83	80
Panamá	...	...	10	...	...	...	...	...	...
Paraguay	96	79	9	26.9	79.4	6.6	66	47	74
Perú	91	87	8	15.8	71.3	8.1	19	66	67
Trinidad y Tobago	96	...	19	...	42.5	...	...	...	...
Uruguay	97	...	9	23.8	77.0	...	...	...	...
Venezuela	94	...	9	25.1	...	...	...	...	52
Canadá	...	...	6	26.3	74.0	...	...	...	...
Estados Unidos	...	...	8	30.2	72.8	6.3	...	...	...
Alemania	...	...	7	27.8	...	...	...	...	...
Australia	...	...	7	30.8	70.8	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	5	20.3	...	...	...	...	...
España	...	...	6	25.0	65.7	...	...	...	...
Francia	...	...	7	18.8	81.8	...	...	...	...
Gran Bretaña	...	...	8	22.0	82.0	...	...	...	...
Holanda	...	...	...	13.7	67.0	...	...	...	...
Japón	...	...	8	...	54.3	...	...	...	...
Noruega	...	...	5	16.6	88.4	...	...	...	...
Nueva Zelanda	...	...	6	23.7	...	...	...	...	...
Suecia	...	...	4	16.5	...	...	...	...	...
Suiza	...	...	6	28.9	...	...	...	...	...

Fuente: World Health Statistics 2010, parte 2, cuadros 4 y 5

Datos para el periodo 2000-2008 señalan para los países desarrollados una ocurrencia de bajo peso al nacer menor al 10 por ciento. Entre las poblaciones latinoamericanas revisadas, varias exceden estos valores. Guatemala y Jamaica tienen una frecuencia de 12 por ciento, Trinidad

y Tobago 19 por ciento y Haití el caso más dramático con una ocurrencia de bajo peso al nacer en uno de cada cuatro nacimientos (Cuadro 1).

Si bien la cesárea constituye un recurso quirúrgico de gran trascendencia en la resolución de complicaciones obstétricas, la intensidad de su utilización puede estar indicando deficiencias en los servicios de atención del parto. Un empleo muy por debajo de los promedios observados en países con baja mortalidad materna (alrededor del 20 por ciento) puede denotar carencias en la cobertura de este servicio y, por ende, explicar con ello, el registro de un nivel alto de mortalidad materna. Tasas de cesárea como la reportada para Haití, 3 por ciento, (Cuadro 1) son insuficientes para dar cuenta de las complicaciones que en promedio pueden observarse en el conjunto de partos atendidos en un año. En el extremo opuesto se encuentran los casos de República Dominicana o Brasil, países en los cuales 4 de cada 10 partos son atendidos mediante esta intervención, cuya práctica incrementa por sí misma los riesgos de morir por causas maternas así como la probabilidad de desarrollar complicaciones tales como ruptura uterina (Fitzpatrick et al., 2012), placenta accreta (Clark y Silver, 2011), placenta previa (Gurol-Urganci et al., 2011), o desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (Jackson et al., 2012), por ejemplo.

El otorgamiento oportuno de información anticonceptiva que promueva su adopción y utilización regular por parte de la población es uno de los mecanismos más eficaces en la planeación y el ejercicio de los derechos reproductivos. En términos de la mortalidad materna, su empleo puede traducirse en una disminución de las gestaciones en edades extremas (menores de 20 y perimenopáusicas), el espaciamiento apropiado de los embarazos, desde un punto de vista biológico (2 años o más entre partos) y la ocurrencia de embarazos deseados y planeados.

La información sobre cobertura anticonceptiva para el periodo 2000-2008 da cuenta de las carencias que en esta área de la salud reproductiva enfrentan las poblaciones. En el caso de los países latinoamericanos, ninguno alcanza coberturas anticonceptivas de 80 por ciento y en casi la mitad de aquellos para los cuales se tiene información ésta es menor del 70 por ciento y en Belice, Guatemala, Haití y Trinidad y Tobago las coberturas no alcanzan el 50 por ciento (Cuadro 1).

El que la atención del parto sea otorgada por personal de salud calificado es otro elemento que coadyuva a la disminución de la ocurrencia de la mortalidad materna. La información contenida en el Cuadro 2 da cuenta no solamente de las carencias en este indicador, sino también las desigualdades en el acceso a estos servicios de atención. Entre 2008 y 2010, más de 1 de cada 5 partos ocurridos en Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay o Perú fueron atendidos por personal no calificado. Los casos de Haití y Guatemala muestran las situaciones más apremiantes dado que en el primero sólo alrededor de 1 de cada 4 partos recibió atención calificada y en Guatemala únicamente en 4 de cada 10.

Si bien no todos los países analizados reportan la información sobre atención del parto por personal de salud calificado de acuerdo a características socioeconómicas de la población, aquellos para los cuales ésta está disponible ilustran la iniquidad en el acceso a estos servicios. En Bolivia, por ejemplo, mientras en 2005 en las zonas urbanas casi la totalidad de los partos fueron atendidos por personal calificado (97 por ciento), en las áreas rurales esta proporción fue del 77 por ciento (Cuadro 2). Situaciones similares se observan en Bolivia, Honduras y Perú: mientras en las zonas urbanas dicha atención es de alrededor del 90 por ciento, en las rurales ronda el 50 por ciento.

Cuadro 2. Nacimientos atendidos por personal de salud calificado, total y por algunas características sociodemográficas para países de Latinoamérica y de otras regiones del mundo, 1990-2010

País	Nacimientos atendidos por personal de salud calificado							
	Total (%)		Lugar de residencia		Quintil de ingreso		Escolaridad de la madre	
	1990-1999	2008-2010	c. 2005		c. 2005		c. 2005	
			Rural	Urbano	Más bajo	Más alto	Ninguna	Secundaria o más
Argentina	97	99	...	...	...	...	...	...
Belice	79	96	93	99	...	...	...	...
Bolivia	47	66	51	88	38	99	...	...
Brasil	97	97	...	...	...	...	...	...
Chile	100	100	...	...	...	...	...	...
Colombia	93	96	77	97	72	99	67	97
Costa Rica	97	94	...	...	...	...	...	...
Cuba	100	100	...	...	...	...	...	...
República Dominicana	96	98	94	96	89	98	86	97
Ecuador	99	99	...	...	...	...	...	...
El Salvador	52	84	...	...	...	...	...	...
Guatemala	35	41	...	...	...	...	...	...
Haití	21	26	15	47	6	68	9	60
Honduras	55	67	50	90	33	99	37	96
Jamaica	95	97	94	99	...	...	...	...
México	74	94	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	61	74	83	97	78	99	77	98
Panamá	86	91	...	...	...	...	...	...
Paraguay	61	77	...	...	...	...	...	...
Perú	56	73	43	92	28	100	...	...
Trinidad y Tobago	99	98	...	...	98	100	...	...
Uruguay	99	99	...	...	...	...	...	...
Venezuela	95	95	...	...	...	...	...	...
Canadá	98	100	...	...	...	...	...	...
Estados Unidos	98	99	...	...	...	...	...	...
Alemania	...	100	...	...	...	...	...	...
Australia	99	99	...	...	...	...	...	...
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...
España	...	...	...	...	...	...	...	...
Francia	99	...	...	...	...	...	...	...
Gran Bretaña	99	...	...	...	...	...	...	...
Holanda	100	100	...	...	...	...	...	...
Japón	100	100	...	...	...	...	...	...
Noruega	...	...	...	...	...	...	...	...
Nueva Zelanda	93	94	...	...	...	...	...	...
Suecia	...	...	...	...	...	...	...	...
Suiza	...	100	...	...	...	...	...	...

Fuente: World Health Statistics 2010, parte 2, cuadros 4 y 8

Los datos sobre ingreso y escolaridad de la madre (Cuadro 2) apuntan en la misma dirección. A mayor ingreso más frecuente es la atención del parto por personal de salud calificado,

alcanzando ésta una cobertura prácticamente universal en mujeres con alta escolaridad (secundaria o más).

La tasa global de fecundidad pone de manifiesto la intensidad de exposición al riesgo de morir por causas maternas toda vez que señala la multiparidad promedio de la población. Si bien la región ha atravesado por un franco descenso de la fecundidad en las últimas décadas, aún se observan países con niveles muy por arriba de los necesarios para un nivel de reemplazo. En 2008, Brasil, Chile, Cuba y Trinidad y Tobago fueron los únicos países de entre el conjunto de naciones latinoamericanas analizadas cuyas tasas globales de fecundidad eran menores a 2 hijos por mujer (Cuadro 3). En el extremo opuesto, Bolivia, Haití, Honduras y Paraguay presentaban cifras de 3 hijos o más y Guatemala de 4.1 hijos por mujer.

La tasa de fecundidad en la población adolescente revela dos problemáticas igualmente preocupantes relacionadas con la salud reproductiva, la calidad de vida y las desigualdades en la sociedad. Desde el punto de vista biológico, el riesgo de padecer una complicación durante la gestación o morir como consecuencia de ésta es mayor. Desde la perspectiva social exhibe la limitación o ausencia de oportunidades de una población cuya edad corresponde a una etapa de entrenamiento para su incorporación como individuos autónomos en la sociedad y desde el efecto en la calidad de vida y los proyectos personales apunta a una posible interrupción de las trayectorias. Durante el periodo 2000-2007, en países como Ecuador, Honduras y Nicaragua 1 de cada 10 adolescentes de entre 15 y 19 años estuvieron embarazadas (Cuadro 3). Lo anterior presenta un contraste muy importante con la mayoría de los países desarrollados cuyos casos han sido incluidos como referencia o comparación en este trabajo. En éstos, excepto en el caso de Estados Unidos, Gran Bretaña y Nueva Zelanda, la tasa de fecundidad en población adolescente es de alrededor de 15 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años y en países como Dinamarca, Francia, Holanda, Japón, Noruega, Suecia y Suiza menos del 1 por ciento de las mujeres de este grupo de edad se embarazan.

La escolaridad femenina desempeña un papel crítico en la transformación de las condiciones de salud de las propias mujeres, sus hijos, sus familias y sus comunidades (Bicego y Boerma, 1993). En este sentido, las coberturas de inscripción a la escuela primaria que aún no han alcanzado la universalidad representan espacios de oportunidad para la mejora de este aspecto de la vida de las poblaciones pero también del estatus de las mujeres en la sociedad y la reducción del riesgo de morir por causas maternas. La información para el periodo 2000-2009 subraya la urgencia de ampliar y fortalecer los esfuerzos tendientes a lograr la cobertura universal de la escolaridad, al menos primaria, en las poblaciones femeninas en la región. En Colombia, República Dominicana, Ecuador y Jamaica, al menos 1 de cada 10 mujeres no está inscrita en la escuela primaria y ningún país reporta una cobertura universal (Cuadro 3).

El producto interno bruto per cápita subraya los diferenciales existentes entre las poblaciones de países desarrollados y los de la región. Mientras en los países desarrollados incluidos en este estudio la cifra más baja para este indicador es de 25 mil dólares (Nueva Zelanda) y en un caso excede los 58 mil (Noruega), en 13 países latinoamericanos éste no alcanza los 10 mil y en 6 es menor de 5 mil (Cuadro 3).

La información presentada muestra el complejo panorama de rezagos y desigualdades que impera en la región. De aquí que los desafíos en materia de reducción de un indicador tan sensible como la mortalidad materna, en el cual inciden factores de naturaleza no sólo biológica, sino de disponibilidad y acceso a servicios médicos y a satisfactores en general, culturales, ambientales, religiosos y sociales sea una tarea que requiere el diseño de programas integrales, el sostenimiento de las acciones emprendidas y el monitoreo, y evaluación de los resultados obtenidos.

Cuadro 3. Indicadores demográficos y socioeconómicos, para países de Latinoamérica y de otras regiones del mundo, 1990-2009

País	Tasa global de fecundidad (por mujer)			Tasa de fecundidad en adolescentes (por mil mujeres de 15-19 años)	Tasa de inscripción femenina en escuela primaria %		Producto interno bruto per cápita (paridad de poder de compra a tasa de dólar internacional)		
	1990	2000	2008	2000-2007	1990-1999	2000-2009	1990	2000	2008
Argentina	3.0	2.5	2.2	62	...	...	5 160	8 860	14 020
Belice	4.5	3.6	2.9	90	88	98	2 970	4 630	6 040
Bolivia	4.9	4.1	3.5	88	95	94	2 010	2 930	4 140
Brasil	2.8	2.4	1.9	56	...	92	5 050	6 810	10 070
Chile	2.6	2.1	1.9	49	...	94	4 490	8 910	13 270
Colombia	3.1	2.6	2.4	96	93	90	4 120	5 550	8 510
Costa Rica	3.2	2.4	2.0	63	...	...	4 340	6 620	10 950
Cuba	1.8	1.6	1.5	42	98	99	...	...	...
República Dominicana	3.5	2.9	2.6	98	80	80	2 610	4 810	7 890
Ecuador	3.7	3.0	2.6	100	98	90	3 510	4 430	7 760
El Salvador	4.0	2.9	2.3	67	...	95	2 600	4 500	6 670
Guatemala	5.6	4.8	4.1	92	78	93	2 360	3 470	4 690
Haití	5.4	4.3	3.5	69	...	...	1 170	1 060	1 180
Honduras	5.1	4.0	3.3	108	...	98	1 760	2 510	3 870
Jamaica	2.9	2.6	2.4	58	89	84	3 880	5 560	7 360
México	3.4	2.5	2.2	82	97	98	5 990	8 950	14 270
Nicaragua	4.8	3.3	2.7	109	77	92	1 320	1 780	2 620
Panamá	3.0	2.7	2.5	85	96	98	4 180	6 830	11 650
Paraguay	4.5	3.7	3.0	65	96	93	2 970	3 370	4 820
Perú	3.8	2.9	2.6	59	98	97	3 120	4 750	7 980
Trinidad y Tobago	2.4	1.6	1.6	35	89	93	6 770	10 670	23 950
Uruguay	2.5	2.2	2.1	63	...	98	5 090	8 170	12 540
Venezuela	3.4	2.8	2.5	91	86	90	6 800	8 360	12 830
Canadá	1.7	1.5	1.6	14	99	100	18 830	27 630	36 220
Estados Unidos	2.0	2.0	2.1	41	94	92	22 940	35 190	46 970
Alemania	1.4	1.3	1.3	10	99	98	18 630	25 670	35 940
Australia	1.9	1.8	1.8	15	94	97	16 310	24 920	34 040
Dinamarca	1.7	1.8	1.8	6	97	96	18 030	28 180	37 280
España	1.3	1.2	1.4	12	99	100	13 240	21 120	31 130
Francia	1.8	1.8	1.9	8	99	99	17 800	26 380	34 400
Gran Bretaña	1.8	1.7	1.8	26	100	98	15 860	25 590	36 130
Holanda	1.6	1.7	1.7	4	99	98	17 530	30 000	41 670
Japón	1.6	1.3	1.3	5	...	...	18 870	25 910	35 220
Noruega	1.9	1.8	1.9	9	100	98	17 420	35 600	58 500
Nueva Zelanda	2.1	1.9	2.0	29	99	99	13 490	19 430	25 090
Suecia	2.0	1.6	1.9	6	...	94	19 120	27 500	38 180
Suiza	1.5	1.4	1.5	4	96	93	25 440	34 020	46 460

Fuente: World Health Statistics 2010, parte 2, cuadro 9

Entre las acciones que resulta impostergable emprender para reducir la mortalidad materna se encuentran, por ejemplo, la eliminación de las barreras al acceso y utilización de los servicios de salud; el fortalecimiento de las acciones de planificación familiar con un enfoque integral que incluya la consejería preconcepcional, divulgación oportuna de contenidos informativos sobre ejercicio de una sexualidad saludable, la disponibilidad de una gama amplia de métodos anticonceptivos tanto femeninos como masculinos y el otorgamiento de anticoncepción postevento obstétrico; mejorar los servicios de atención prenatal promoviendo el inicio de ésta durante el primer trimestre del embarazo, el otorgamiento de al menos 4 consultas espaciadas

a lo largo de la gestación, garantizar que durante ésta se llevan a cabo de las acciones contenidas en la normatividad vigente, particularmente aquellas relativas a la identificación temprana del surgimiento de complicaciones y la coordinación de los sistemas de referencia y contrarreferencia; la revisión y adecuación de los servicios de salud enfatizando la organización de equipos de salud y garantizando la existencia de unidades médicas resolutivas para la atención de la emergencia obstétrica; implementación o reforzamiento de los esquemas de revisión de casos de muerte materna entre pares con el propósito de mejorar las habilidades y capacitación del personal de salud; inclusión de personal con formación intercultural en zonas donde reside población indígena; identificación de aspectos culturales que acotan o afectan el derecho de las mujeres a tomar decisiones en torno a su salud. Adicionalmente, es necesario mejorar los sistemas de recolección y divulgación de información estadística a fin de medir los niveles y monitorear los cambios en este indicador. La reducción de la mortalidad materna debe ser vista como una tarea de la sociedad en una agenda aún inconclusa por lograr condiciones de equidad y justicia social para las mujeres en un marco de cabal ejercicio de sus derechos humanos y reproductivos.

## Referencias

- Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, Zupan J, Darmstadt GL, 2005. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries, *BMJ*, 331(7525):1107.
- Bicego GT, Boerma JT, 1993. Maternal education and child survival: a comparative study of survey data from 17 countries, *Soc Sci Med*, 36(9):1207-27.
- Clark EA, Silver RM, 2011. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery, *Am J Obstet Gynecol*;205(6 Supl):S2-10.
- Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M, 2012. Uterine Rupture by Intended Mode of Delivery in the UK: A National Case-Control Study, *PLoS Med*, 9(3):e1001184.
- Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Smith GC, Onwere C, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH, 2011. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11:95.
- Jackson S, Fleege L, Fridman M, Gregory K, Zelop C, Olsen J, 2012. Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort, *Am J Obstet Gynecol*, 206(2):139.e1-5.
- World Health Organization, 2010. World Health Statistics 2010.
- World Health Organization, 2012. Trends in maternal mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates.