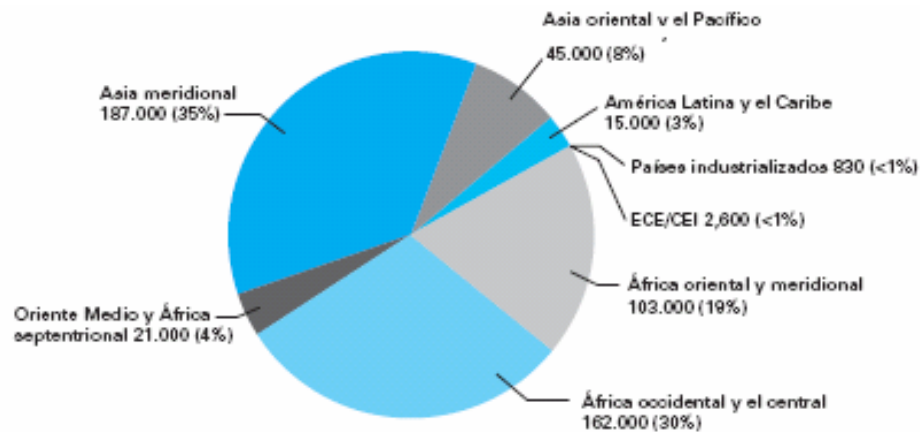


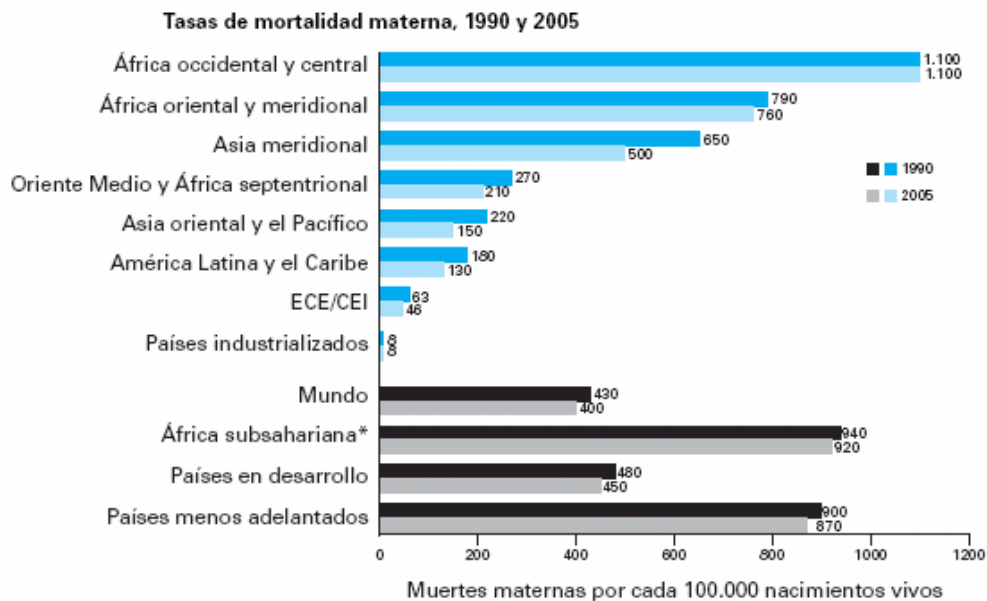
DATOS CLAVES – EMI 2009: Salud materna y neonatal en América Latina y el Caribe

- La más reciente de las estimaciones interagenciales de Naciones Unidas sugiere que en 2005, 536,000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el alumbramiento. **América Latina y el Caribe** representa alrededor del 3 por ciento (15,000) del total mundial.¹



* Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

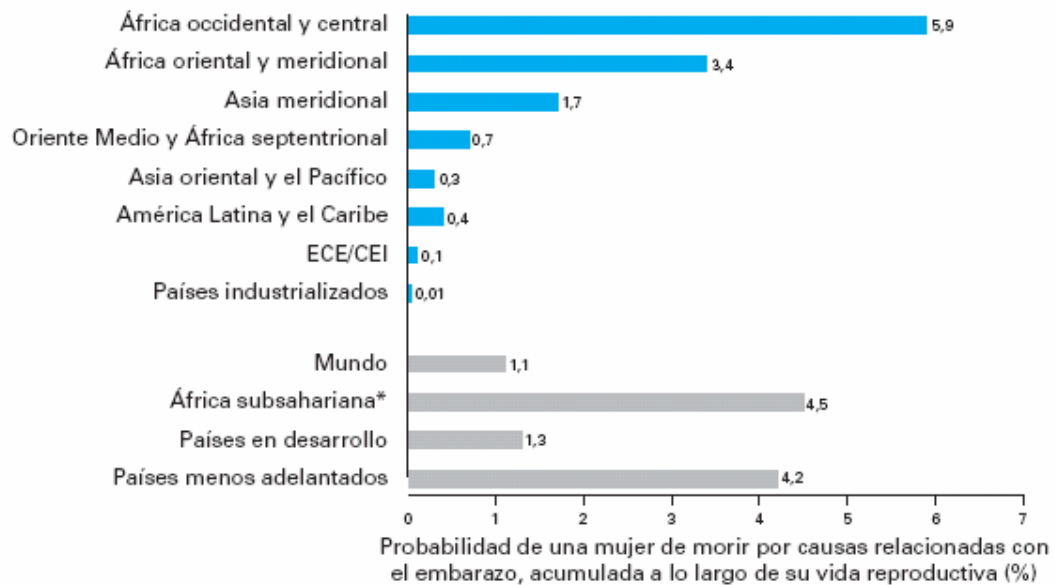
- La tasa de mortalidad materna (TMM) se redujo de 180 a 130 por 100,000 nacidos vivos entre 1990 y 2005.²



¹ WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, WHO, Geneva, 2007, p. 35.

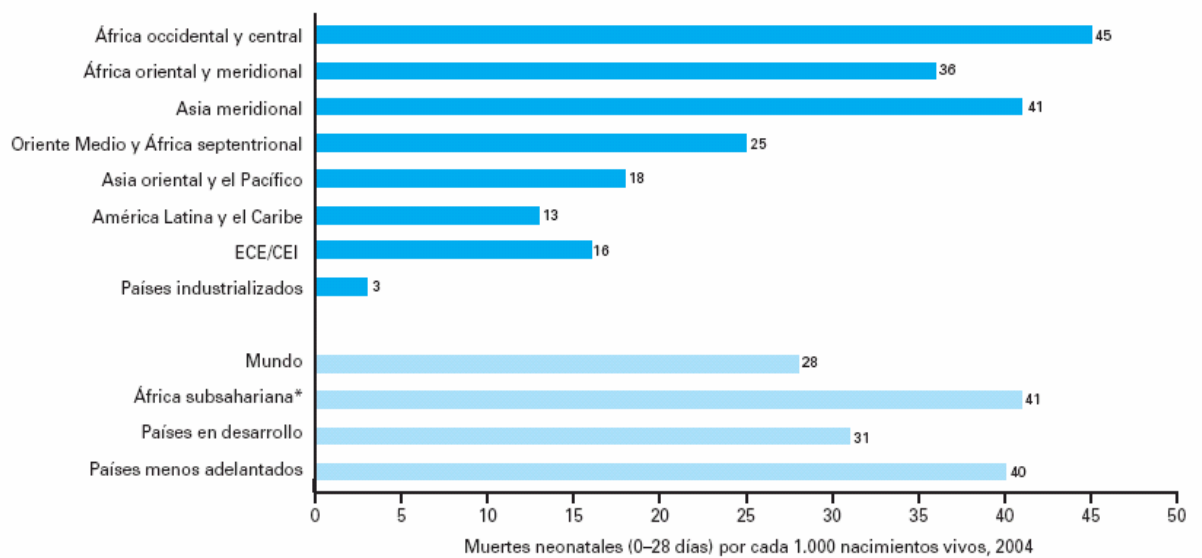
² Ibid.

- El Riesgo de por vida de sufrir muerte materna en la región es de 0.4.³



*África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

- La tasa de mortalidad neonatal es de 13 por 1,000 nacimientos vivos.⁴



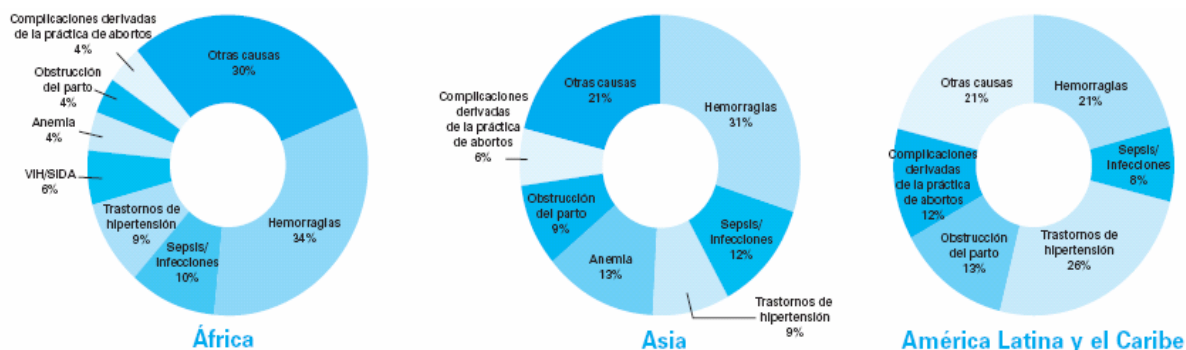
* África subsahariana incluye las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

³ WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, WHO, Geneva, 2007, p. 35.

⁴ WHO, using vital registration systems and household surveys, 2004.

CAUSAS DIRECTAS DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN

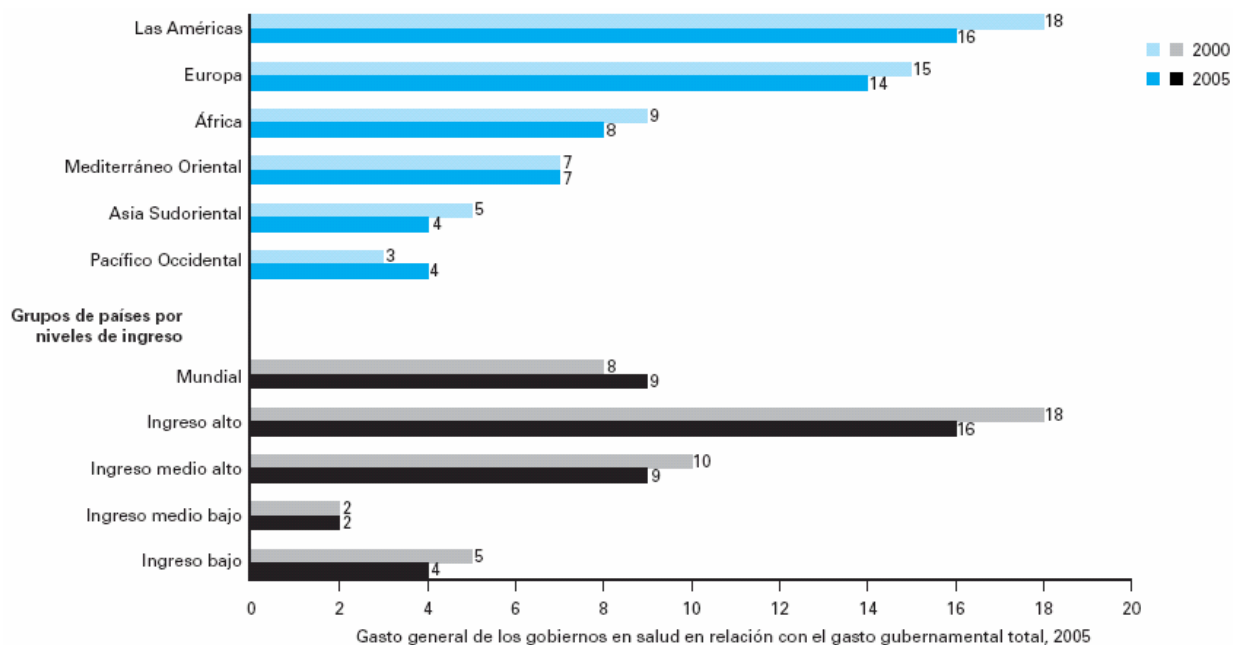
- Entre 1997 y 2002, los trastornos de hipertensión contribuyeron en un 26%, hemorragia en un 21%, el parto obstruido (13%), las complicaciones del aborto 12%, la sepsis o infecciones 8% y otras causas 21%, al total de las defunciones maternas.⁵ La obesidad, la alta ingesta de sal y la predisposición genética son factores que contribuyen a los trastornos de hipertensión..



* Los datos se refieren al año más reciente del periodo especificado para el que se dispone de información. Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

INVERSIÓN en SALUD MATERNA y NEONATAL

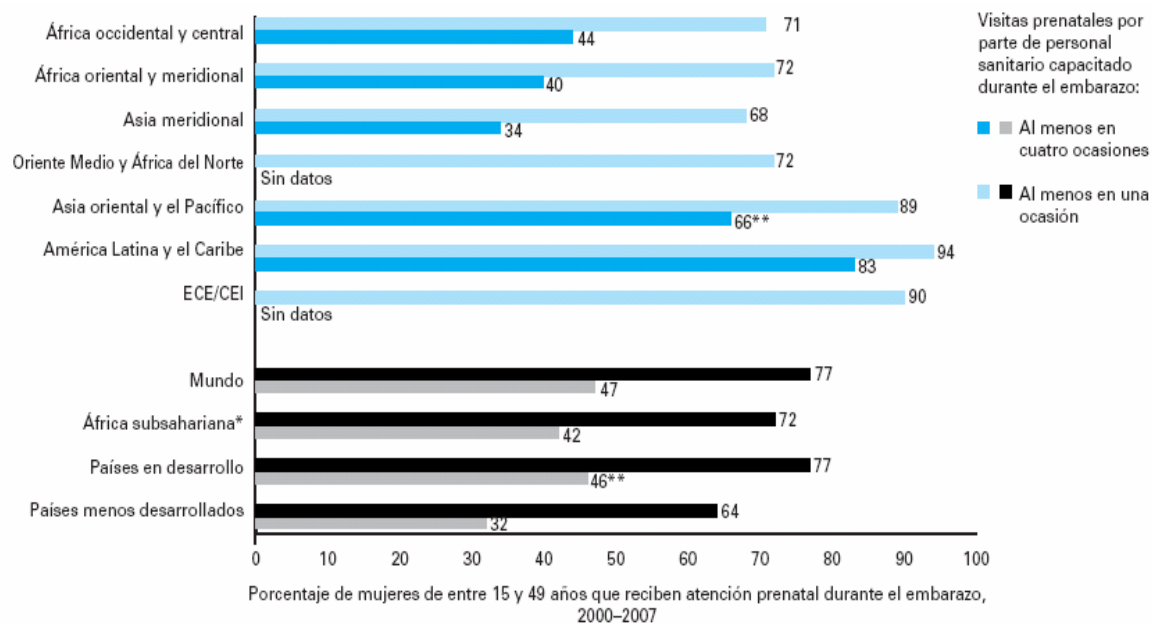
- El gasto público para la atención de la salud como porcentaje del gasto público total ha disminuido. Fue del 18% en 2000 y del 16% en 2005.⁶



⁵ Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review'. The Lancet, vol. 367, no. 9516, 1 April 2006, p. 1069.

⁶ WHO, World Health Statistics 2008, WHO, Geneva, 2008, pp. 90-91.

- Entre los años 2000 y 2007, el 94 por ciento de las mujeres de la región, entre 15-49 años de edad, recibieron durante el embarazo al menos una visita prenatal de personal de salud calificado, el 83 por ciento recibió al menos cuatro visitas.⁷



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central. ** Excluida China.

- Durante el mismo período, el 86 por ciento de las mujeres embarazadas, entre los 15-49 años de edad, tuvieron partos institucionales y el 85 por ciento de los partos fueron atendidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeras y parteras)⁸
- El 13 por ciento de los nacidos vivos en las zonas rurales fueron concebidos por cesárea y con la prestación de atención obstétrica de emergencia, la más alta de todas las regiones de UNICEF.⁹
- El 94 por ciento de las mujeres entre 15-49 años de edad recibieron al menos una visita prenatal de personal de salud calificado durante el embarazo, 83 por ciento recibió al menos cuatro visitas.¹⁰
- La tasa de alfabetización de mujeres jóvenes (15-24 años) es del 97 por ciento.¹¹

⁷ Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys and other national household surveys.

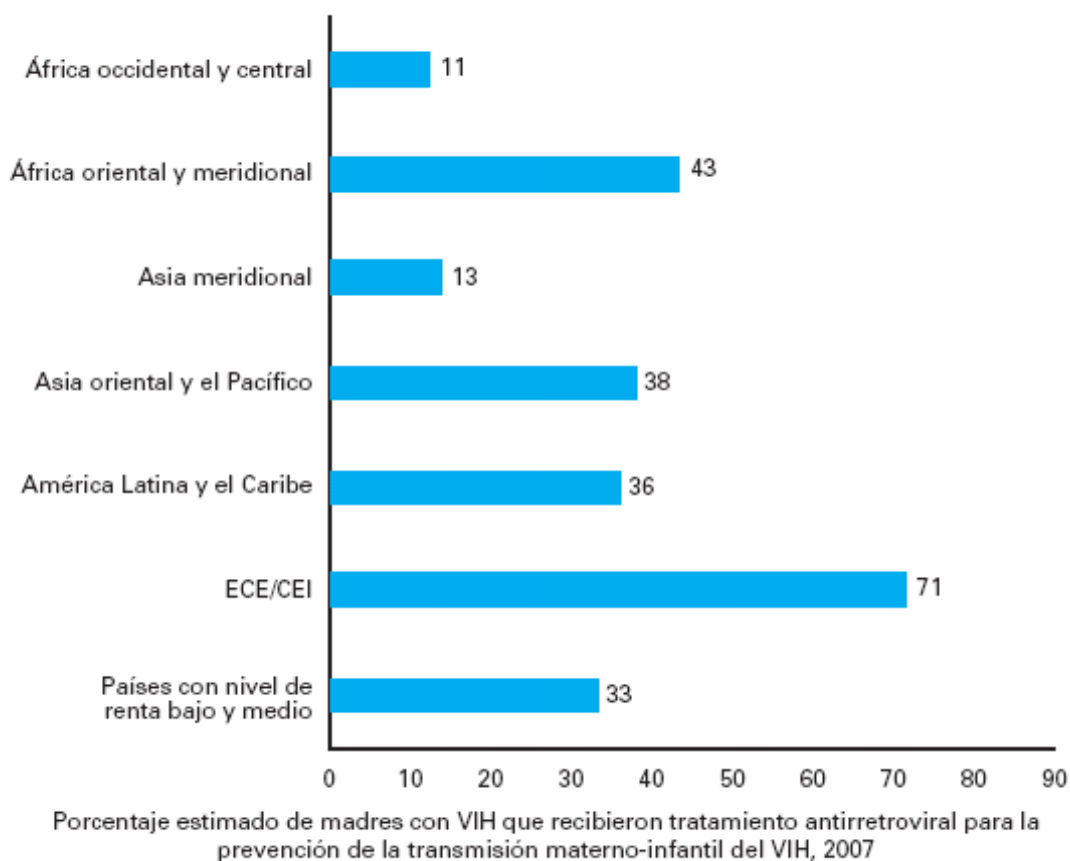
⁸ Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys, WHO and UNICEF.

⁹ Demographic and Health Surveys, other national household surveys and UNICEF.

¹⁰ Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys and other national household surveys.

¹¹ UNESCO Institute of Statistics.

- El 36 por ciento de mujeres VIH positivas recibieron antirretrovirales para la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH. ¹²



EJEMPLOS NACIONALES

- En **Haití**, el 21 por ciento de las mujeres dicen que sus maridos decidieron respecto al cuidado de su salud (2000-2004). Para el Perú la cifra es de 16, Nicaragua 11, Bolivia 10, Colombia 9. ¹³
- En **Perú**, los trabajadores comunitarios de salud hacen una visita mensual a los hogares de alto riesgo –estos hogares incluyen niños menores de un año, mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil- y ayudan a los bebés con dificultades para respirar. ¹⁴

¹² UNICEF, UNAIDS and WHO, Towards Universal Access: Scaling up HIV Services for women and children in the health sector – Progress Report 2008, UNICEF, New York, 2008, p. 43.

¹³ UNICEF calculations based on data derived from Demographic and Health Surveys.

¹⁴ UNICEF and WHO, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/WHO, New York, January 2006, p. 7.

- En el **Ecuador**, para conseguir el apoyo de las comunidades por medio de la inclusión en lugar de la coerción, los encargados de la formulación de políticas integraron legalmente distintos enfoques interculturales en torno a la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de fomentar una mayor participación de las mujeres indígenas en el desarrollo sanitario sostenible.¹⁵
 - Las transferencias condicionales de efectivo han aumentado la atención prenatal durante el primer trimestre entre las mujeres más pobres en **México** en un 8 por ciento y en un 15-20 por ciento en **Honduras**.¹⁶
-

Estudio de Caso - La adaptación de los servicios de maternidad a las culturas rurales de Perú

PROBLEMA: La tasa de mortalidad materna en el Perú es de 240 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (cifras de 2005) es la más alta de la región. Según el Ministerio de Salud, las mujeres en las zonas rurales tienen el doble de probabilidades que las de zonas urbanas de morir por causas relacionadas con el embarazo. Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío de Perú para mejorar la salud materna y neonatal - y el mayor potencial para el progreso - es abordar las disparidades debido a la etnicidad, la geografía y la extrema pobreza. Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales –que por lo general consisten en servicios prestados en establecimientos sanitarios o en servicios de extensión- a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria.

ACCIÓN: Para resolver estos problemas, el Ministerio de Salud conjuntamente con UNICEF en el Perú ha desarrollado un proyecto de salud materna, que incluye cuatro estrategias claves:

- Establecer casas de espera materna para resolver las dificultades planteadas por la distancia geográfica de los servicios de salud.
- Fomentar el apoyo de la familia y de la comunidad para hacer la maternidad y la condición de la madre la máxima prioridad.
- Aumentar el acceso al Servicio de Salud Integral, que abarca el costo de la atención prenatal, durante y después del parto para las familias pobres.

¹⁵ Vivari, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 October 2007, p. 1302.

¹⁶ Gertler, P. and S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The Impact of Progress on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A Cluster Randomized Trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9450, 4 December 2004; pp. 30-37.

- Adaptar los servicios de maternidad para eliminar las barreras entre el personal de los centros de salud y la madre que tienen tradiciones culturales profundamente arraigadas para el parto.

Las casas de espera materna, llamadas "Mamawasi", se han construido sobre la base de los centros de salud y hospitales. El "Mamawasi" está diseñado para parecerse a una típica casa indígena de un pueblo agrícola. A las futuras madres se les permite traer a miembros de la familia a las casas, lo que aumenta su confianza y su nivel de comodidad en el uso del servicio.

Los centros sanitarios han modificado también sus prácticas, por ejemplo se permite la posición de parto vertical, en donde un miembro de la familia o una partera tradicional puede acompañar a la mujer durante el parto, y se mantiene una temperatura más cálida en los centros.

IMPACTO: El programa ha transformado la vida cotidiana de los servicios de salud mediante la promoción de la sensibilidad cultural en la atención de la salud. El éxito del programa en el distrito de Huancarani, en la provincia de Paucartambo, donde casi 3 de cada 4 mujeres embarazadas visita los centros de atención de la salud sobre todo para el parto (anteriormente era de 1 a 4) ha dado lugar a su integración en las políticas de salud provinciales y distritales. En el 2004 el Ministerio de Salud también lo adoptó como una norma nacional a aplicarse en todo el país..