

Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen

* Dr. Fulvio A. M. Arteaga Vega

Docente Responsable Departamento de Investigación Facultad de Medicina

** Lic. Silvia Norma López Cruz

Trabajadora Social. Instituto Psicopedagógico San Juan de Dios.

Alumna Maestría en Salud Pública. Universidad Andina Simón Bolívar

RESUMEN.-

La mortalidad materna actualmente considerada como un hecho que va debilitando la estructura de la sociedad y que afecta a la familia en particular, ha llamado la atención a nivel mundial, esto porque no solo es una muerte más, sino por el contrario porque se ha convertido en un factor de riesgo que determina la pobreza en una comunidad.

Se han implementado diversas estrategias para tratar de disminuir el número de fallecimientos a través de políticas de salud en un inicio y políticas de Estado en los últimos años, estas han ido tomando más solidez y no sólo el personal de salud trabaja con ellas sino también los habitantes de las diferentes comunidades.

Pero falta todavía muchos elementos para consolidar una Maternidad Segura y esto se concretarán con el compromiso de las autoridades en diferentes niveles.

PALABRAS CLAVES.-

Maternidad Segura, Mortalidad Materna, Razón de Mortalidad Materna.

INTRODUCCIÓN.-

La región de las Américas y el Caribe, constituyen, el continente americano, está se encuentra dividida en cuatro áreas geográficas que conocemos como América del Norte, América Central, el Caribe o Antillas y América del Sur, se caracteriza como una región tanto diversa como dispar.

Frente a la heterogeneidad social, económica, territorial y cultural en cada uno de los países, de las diferencias de condiciones de salud y de las variaciones sustanciales de cada país en su capacidad de dar respuesta a las necesidades y demandas de la población, surge como elemento común a toda la región el hecho que las mujeres sufren con mayor severidad e inequidad en muchos aspectos.

En toda la región, la gran mayoría de muertes maternas ocurren entre mujeres pobres, de áreas rurales y con menor educación. La discriminación por razones de género, económicas, territoriales, culturales y étnicas constituyen una barrera muy seria al acceso a servicios de salud, y por tanto, a la atención calificada.

El embarazo y el parto seguros son derechos humanos básicos que deben ser promovidos hasta que su pleno ejercicio sea una realidad, como se hace mención a continuación en algunos derechos humanos relacionados con la maternidad segura:

- Los derechos a la vida, la libertad y la seguridad. Con objeto de defender estos derechos, los gobiernos deben garantizar el acceso a la atención de la salud apropiada durante el embarazo y el parto y permitir a la pareja el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
- Los derechos a la información y la educación en salud, que comprenden la información sobre la salud reproductiva, incluida la planificación familiar.
- Los derechos a la equidad y la no discriminación. Los servicios asistenciales se deben prestar a quien los necesiten, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, clase socioeconómica, o condiciones de salud o afecciones pre-existentes.

Si bien todos los países de la región han suscrito acuerdos internacionales en los que obligan a hacer de la salud un derecho de todas y todos los ciudadanos, el acceso a servicios de salud de calidad es prácticamente imposible para la gran franja poblacional más pobre.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.-

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), presentó un informe en el cual se evidencia la inequidad dentro de la región; mientras que en Canadá sólo una mujer de cada 8700 tiene riesgo de morir durante su vida reproductiva por causas ligadas al embarazo, en Haití ese riesgo es para una de cada 16 mujeres.

En 1990, en el mundo se presentaron 585000 muertes maternas de las cuales 23000 fallecimientos de gestantes se presentaron en el continente americano.

De acuerdo a las estadísticas mundiales de 1990 (Koblinsky), de la Salud Reproductiva de Mujeres, nos muestran que 585000 mujeres mueren por complicaciones del embarazo y parto y de estas el 99% en países en desarrollo.

20 millones terminan su embarazo con un aborto peligroso.

64 millones sufren complicaciones severas del embarazo.

150 millones se embarazan.

180 millones adquieren infecciones de transmisión sexual, VIH.

500 millones (la mitad de las mujeres de la edad reproductiva del mundo), sufren deficiencias nutricionales (anemia, etc.).

Dentro de las causas directas de defunción en países en Desarrollo (OPS/1993), la hemorragia es la primera causa de fallecimiento con 30.9%; le siguen las infecciones con 18.5%; abortos peligrosos con 16%; la Hipertensión Inducida por el embarazo 14.8% y parto obstruido con 9.9%.

En América Latina en 1995 (OPS/UNICEF, 1996 Alan Guttmacher Institute, 1994) 12 millones de mujeres se embarazaron; 6 millones presentaron anemia materna; 5 millones tuvieron problemas en el embarazo; 4 millones presentaron aborto peligroso; 1.8 millones (15%) fueron embarazos con complicaciones severas y se presentaron 23000 muertes maternas.

Las muertes maternas son una tragedia no sólo para las mujeres, sino también para sus familias y sus comunidades. Las repercusiones sociales y económicas son diversas: menos posibilidades de supervivencia de los demás hijos de la familia durante la primera infancia, rendimiento escolar más bajo de los hijos sobrevivientes y la pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, ya que una gran proporción de las mujeres en edad fértil pertenece a la población económicamente activa. La mortalidad materna es más que un problema de salud; es, ante todo, una cuestión de derechos humanos. La mortalidad en los países en vías de desarrollo ha obtenido un gran reconocimiento por la urgente preocupación de la salud pública durante el pasado decenio. La conferencia sobre Maternidad Segura de 1987 realizado en Nairobi, Kenia, llamó la atención con buen resultado, al hecho de que las razones de mortalidad materna en estos países con frecuencia son 100 veces mayores que la de los países desarrollados, identificando fácilmente la mortalidad materna como el indicador de salud que refleja la mayor diferencia entre los países ricos y los países pobres.

Entre las metas señaladas en la Conferencia de Nairobi, se encontraba la de reducir la tasa de mortalidad materna en la mitad a nivel mundial para el año 2000. Esta meta fue similarmente adoptada por una serie de conferencias internacionales sobre salud y desarrollo que se realizaron posteriormente, incluyendo la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo en 1994 y la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995. Varios países han aceptado esta meta como una meta nacional.

A pesar de la gran preocupación por esta meta, la mortalidad materna sigue siendo difícil de evaluar si se ha venido cumpliendo el objetivo. Muchos países no conocían cuál era su nivel de mortalidad materna en el momento de la conferencia de Nairobi, e incluso muchos aún no lo saben. En la mayoría de los países en vías de desarrollo los datos actualmente disponibles son inadecuados para suministrar estimaciones precisas. Muy pocos de ellos tienen sistemas de Registro Civil completos que tengan la capacidad de capturar las estadísticas requeridas sobre muertes maternas e incluso en los países desarrollados hay problemas con estos sistemas y con frecuencia no se reporta la totalidad de las muertes o se clasifican equivocadamente como muertes no maternas.

En todos los países de América Latina y el Caribe (ALC), al margen de Razón de Mortalidad Materna (RMM), hay inequi-

dades inadmisibles en los resultados de salud materna, que están relacionadas con los ingresos, el grupo étnico, el alfabetismo y la zona geográfica de referencia. Las mujeres pobres y los grupos indígenas de ALC reciben con más frecuencia un tratamiento de salud inadecuado o discriminatorio. Su condición social y económica esta relacionada con mortalidad y morbilidad excesivas. Otro factor determinante e importante es la cultura. Los grupos indígenas están aislados cultural y geográficamente. Además de mejorar la atención de salud reproductiva y las políticas, para lograr reducir la mortalidad materna a largo plazo, habrá que resolver las inequidades fundamentales sociales, de género y económicas.

Con la meta de reducir la mortalidad materna, recientemente confirmada en la reunión de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo + 5 (CIPD + 5) en 1999, llegó el reconocimiento de la necesidad de mejorar entre los países los medios para medir y controlar los niveles de mortalidad materna. Una de las recomendaciones claves del Programa de Acción de la CIPD + 5 fue la de buscar métodos mejorados para estimar la mortalidad materna obteniendo la recolección de datos a través de varias fuentes, incluyendo el censo nacional. Una ventaja importante de utilizar el censo es la capacidad para desagregar el análisis de mortalidad materna, por ejemplo por región subnacional o por grupo socioeconómico de hogar.

Políticas y Sistemas que facilitan o dificultan la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (1990 – 2000)

En el pasado, los países desarrollados y en desarrollo han demostrado que la mortalidad materna se puede reducir mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas, a saber, la educación para todos; el acceso universal a los servicios básicos de salud y nutrición antes, durante y después del parto; el acceso a los servicios de planificación familiar; la atención calificada del parto; el acceso a la atención de buena calidad en casos de complicaciones; y las políticas que elevan la condición social y económica de las mujeres, incluida su capacidad para poseer propiedad y su acceso a la fuerza laboral. A fin de promover la salud de las mujeres y sus hijos, es importante abordar cada una de estas esferas.

La educación, la salud y la condición social como factores favorables

El alfabetismo es un factor importante que se relaciona con la mortalidad materna. Las tasas de alfabetización en ALC son altas, lo cual genera una situación que favorece la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, según la UNESCO, la “alfabetización funcional” es baja en muchos países de ALC, especialmente en las zonas rurales y en las indígenas donde el español no es la lengua materna de las mujeres. Esta falta de educación crea barreras al acceso a la información y los servicios de salud. La escolaridad insuficiente reduce las probabilidades de que las mujeres y sus familias utilicen y apoyen los servicios de salud basados en evidencia científica. Además las mujeres analfabetas a menudo no conocen sus derechos humanos y legales básicos y las opciones que les ofrecen.

Muchas mujeres en ALC sufren estrés nutricional y biológico

durante toda su vida, el cual aumenta el riesgo de mortalidad materna. Las iniciativas de programas como los suplementos nutricionales y la promoción de la nutrición apropiada ayudan a disminuir las complicaciones por carencias nutricionales. La prevención de las enfermedades mediante las vacunas contra tétanos y la hepatitis B, entre otras, y el tratamiento de padecimientos básicos como las infecciones parasitarias, el VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la diabetes y la malaria también los resultados de la salud materna y la infantil.

El maltrato sexual o físico durante el embarazo también es un factor que contribuye a la mortalidad y discapacidad maternas. Se estima que la violencia doméstica afecta hasta un 13% de las embarazadas en ALC. La prevalencia es aún más alta en las madres adolescentes, y en algunas zonas la cifra se ha elevado a 38%. Las mujeres que son víctimas de maltrato sexual y físico tienen tres veces más probabilidades de tener bebés con bajo peso al nacer o con retraso de crecimiento fetal. El riesgo de que mueran los bebés nacidos de mujeres maltratadas durante el embarazo es seis veces más alto antes de los cinco años.

La Integración de la Salud Reproductiva

Los sistemas integrados de salud reproductiva han enfrentado muchas dificultades en su ejecución. Una de las razones es la programación vertical, en lugar de integral. Además, en algunos casos en los que se ha logrado la integración, no se incluyeron servicios de atención de salud reproductiva importantes, como la planificación familiar, el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual y la atención posaborto.

En ALC, los porcentajes nacionales de mujeres que acuden al menos a una visita prenatal fluctúan entre 50% y más de 90%; el número de mujeres que reciben atención hospitalaria ha seguido creciendo. Por consiguiente, se cuenta con oportunidades excelentes para promover la salud, la prevención de enfermedades y la atención curativa de buena calidad. Es más probable que las mujeres – especialmente las pobres, las analfabetas y las que viven en las zonas rurales – aprovechen los servicios sanitarios y educativos ampliados cuando se les ofrecen durante una consulta prenatal o después del parto.

En ALC, se estima en 69% el uso de métodos modernos de planificación familiar entre las mujeres casadas. Sin embargo, se estima que en las adolescentes es de menos de 10%. La tasa de utilización baja se explica por la disponibilidad y el acceso limitados a los métodos de planificación familiar, y el desconocimiento de su uso correcto. La mayor parte de las adolescentes reciben servicios de planificación familiar solo después del primer embarazo. Por tanto, los embarazos inoportunos o no deseados son comunes a muchas mujeres. El uso de métodos de planificación familiar aumenta el espaciamiento entre embarazos y reduce el número de hijos no deseados.

Las defunciones relacionadas con el aborto representan 11% de las defunciones maternas en ALC (según datos de la OPS correspondientes a 1995 – 2000). Los abortos son la causa principal de muerte materna en algunos países. El acceso de todas las mujeres a la planificación familiar y el tratamiento oportuno y de calidad de las complicaciones del aborto (espontáneo o inducido), reduce el número de defunciones maternas y las discapacidades. En los países de ALC, cerca de

la tercera parte de las mujeres entre los 20 y 24 años se han embarazado por primera vez antes de los 20 años. Además, es más probable que el embarazo no deseado cause problemas de salud a las madres jóvenes, ya sea por un aborto peligroso, o por las posibilidades más bajas de que las mujeres jóvenes tengan acceso, o busquen la atención apropiada.

Seguimiento y Evaluación

El seguimiento y la evaluación de los Programas son esenciales para la continuación y el mejoramiento de las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna y se debe realizar en los niveles local, nacional, y regional. En una evaluación de la reducción de la mortalidad materna en Honduras, el Banco Mundial llegó a la conclusión de que la medición de la mortalidad materna era un paso importante hacia el cambio y la reducción.

Aunque es importante que mejoren el registro de estadísticas vitales y la notificación de las tasas y razones de mortalidad materna (indicadores de impacto), se precisan otras mediciones, ya que las estadísticas actuales suelen ser inexactas por la subnotificación y la clasificación errónea. La Razón de Mortalidad Materna de origen local no son exactas cuando la población es muy baja y las defunciones maternas son muy pocas. Por consiguiente, hay un reconocimiento creciente de la necesidad de considerar los indicadores de proceso como instrumentos de vigilancia, especialmente a escala local. Uno de los indicadores de proceso, “la atención calificada del parto”, se está usando como punto de referencia mundial para vigilar el progreso hacia la meta de la reducción de la mortalidad materna.

La vigilancia de la mortalidad materna está mejorando, y en ALC debe ser viable medir la mortalidad materna, en particular a nivel nacional. Los comités de mortalidad materna de los hospitales están llevando a cabo progresivamente la detección e investigación de las defunciones maternas (por ejemplo, auditorías) y, basándose en los resultados recomendando las acciones a adoptar. Tales comités son importantes porque la calidad deficiente de la atención hospitalaria contribuye a la mortalidad materna evitable. Casi todos los países de ALC, tienen comités nacionales de mortalidad materna, aunque las funciones y los niveles de actividad varían. La OPS ha recomendado la creación de comités en el nivel intermedio (estado, provincia) y también municipal. Sin embargo, con respecto a su presencia y nivel de actividad, estos comités van de estables y bien establecidos en el sistema asistencial a marginados o inexistentes.

BOLIVIA

Aspectos Epidemiológicos

Bolivia según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003) hace mención que la Razón de Mortalidad Materna (230 x 100000 nacidos vivos) es la segunda más alta del hemisferio occidental, después de Haití (520 muertes maternas x 100000 nacidos vivos) y es veinte veces más que Chile (23 muertes maternas x 100000 nacidos vivos).

Los datos de esta encuesta también nos muestran que los indicadores de salud de las mujeres en Bolivia han sufrido cam-

bios favorables como se comenta a continuación:

- Cobertura del Control Prenatal: De un 49,5% (ENDSA 1994) se ha incrementado a un 70,2% (ENDSA 2003); pero todavía se observa una brecha entre el área urbana (84,7%) y rural (47,7%).
- Cobertura de parto hospitalario: De un 42,7% (ENDSA 1994) se ha incrementado a un 55,9% (ENDSA 2003), observándose una diferencia entre área urbana (75,5%) y rural (32,7%).
- Tasa global de fecundidad: De un 4,8% (ENDSA 1994) ha disminuido a 3,8% (ENDSA 2003), y la brecha entre área urbana y rural es de 3,1% y 5,5% respectivamente.
- Razón de mortalidad materna: Según el ENSA 1989 las muertes en Bolivia presentaron un descenso desde 416 muertes maternas x 100000 nacidos vivos a 230 muertes maternas x 100000 nacidos vivos (ENDSA 2003).
- Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos: La utilización se incrementó de un 17,7% (ENDSA 1994) a un 34,9% (ENDSA 2003), el área urbana con un 40,3% y la rural con 25%.

Paradigmas del Pasado

Se mencionan entre estos:

- Falta de compromiso nacional.
- Falta de coordinación o alianzas estratégicas.
- Falta de apoyo financiero.
- Aumento de la pobreza.
- Permanencia de las condiciones de las mujeres (status).
- Aplicación de estrategias inapropiadas
- Enfoque basado en el riesgo (detección temprana de embarazos de alto riesgo que evitarán que surjan complicaciones severas).
- Enfoque basado en la atención prenatal.

Los antecedentes más recientes de los programas de atención a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), de la población boliviana se remontan a finales de la década pasada, cuando bajo el influjo de las conferencias Mundiales sobre Población de las Naciones Unidas, celebradas en Bucarest (1974) y México (1984), se acrecienta la preocupación en los gobiernos y en diferentes instancias de la sociedad boliviana sobre la situación del proceso reproductivo de la mujer y los derechos humanos. La gestión de gobierno de 1989 – 1993, expresó la decisión de priorizar la atención a la mujer, al niño, escolar y adolescente, expidió el Decreto Supremo (D.S.) N° 22354 del 6 de noviembre de 1989, inaugurando el “Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna” sin dejar de prestar atención a los problemas de la mujer derivados de la gestación tales como el embarazo parto, puerperio, lactancia, etc. Este instrumento avanzó en incorporar la planificación familiar dentro de los servicios de salud, en el marco de una atención creciente a los procesos no gestacionales de la mujer, así como en considerar la importancia del cáncer cérvico – uterino y en la necesidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual, particularmente el VIH/SIDA. En 1990, delegados de organismos públicos privados y no gubernamentales suscribieron un primer Memorando de

Entendimiento de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva, referido fundamentalmente, a un conjunto de actividades de planificación familiar. Este hecho permitió la constitución de un Comité de Coordinación Nacional y la conformación de Subcomités técnicos en las áreas de servicios, capacitación, investigación e información, educación y comunicación.

La gestión de gobierno 1993 – 1997, dio prioridad a la Mortalidad Materna y Perinatal expresado en el “Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Menor de 5 años” influido por las preocupaciones y orientaciones sobre este tema desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el “Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas” que fue aprobado mediante XVII resolución de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1990, por la “Declaración Andina para una Maternidad Segura sin Riesgos”, enunciada en Santa Cruz de la Sierra en abril de 1993 y por las implicancias derivadas de los indicadores de salud del país. Esta región definió reglas y normas precisas para la atención integral de la mujer (Normas Bolivianas de Salud NB-SNS-01-96 y NBO-SNS-02-96), para la “Atención a la Mujer y al Recién Nacido en Institutos de Maternidad y en Hospitales Departamentales” y para la “Atención de la Mujer y al Recién Nacido en Puestos y Centros de Salud en Hospitales de Distrito”, avanzando con la formulación de orientaciones técnicas sobre planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluida la prevención de transmisión del VIH/SIDA (“Salud Sexual y Reproductiva – Texto de Referencia”, 1996).

Luego de la Conferencia de Beijing, en 1995, el Comité Nacional de Coordinación y los Subcomités adoptaron el concepto de Salud Sexual y Reproductiva destacando diferencialmente, la dimensión de la sexualidad respecto de la reproductiva, ubicando, a su vez, los derechos reproductivos en el marco del empoderamiento de la mujer.

La maternidad en Bolivia, es un problema crítico que refleja la pobreza de un país en desarrollo con características pluriculturales y multiétnicas, cuyas consecuencias afectan a las mujeres en general y con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer rural e indígena a través de la marginación étnica violando discriminadamente el derecho a la salud y a la vida de la mujer. En la última década, se reflejan cambios muy lentos, ya que en 1991 se informa respecto a una “Tasa de Mortalidad Materna de 390 por 100 mil nacidos vivos (Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENSA 1994)”, en la conclusión de la década (2000), el Ministerio de Salud, publica una tasa de mortalidad materna de 249 por 100 mil nacidos vivos. La ENSA 2003 revela en la actualidad razón de mortalidad materna de 230 por 100 mil nacidos vivos.

Actualmente en Bolivia existe un riesgo de muerte por causas obstétricas de 1 en 45 mujeres (CMS, 2000). “Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta los 42 días (6 semanas) de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el

embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS 1993). La verdadera muerte materna requiere información específica sobre la causa de la muerte. Ésta se debe distinguir de la muerte relacionada con el embarazo, la cual está determinada únicamente por el momento de la muerte relativa al embarazo, al alumbramiento y al período posparto.

El Programa de Atención a la Salud de la Mujer y a la Salud Sexual y Reproductiva (Plan 2004 – 2008), da cuenta de los aspectos históricos que el país ha realizado de manera importante en los esfuerzos para mejorar la salud de la mujer y la salud sexual y reproductiva de la población, ya sea otorgando facilidades para una cada vez más competente y extendida atención a las embarazadas o contribuyendo a reducir los embarazos no planificados, la prevalencia del cáncer de cuello uterino y las infecciones de transmisión sexual; entendiendo que los derechos sexuales y reproductivos de la población son elementos centrales del desarrollo humano. Sin embargo, estos esfuerzos han sido siempre limitados frente a las necesidades de atención de la población, especialmente campesina, indígena y originaria. No se ha podido satisfacer el deseo de muchas familias, sobre todo de familias pobres y numerosas, de espaciar o limitar el número de sus hijos. Tampoco se ha reconocido seriamente la magnitud y la gravedad de las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afecta tanto a la salud y al bienestar de las mujeres.

Con la puesta en marcha del Programa de Atención a la Salud de la Mujer y a la Salud Sexual y Reproductiva de la Población (2004- 2008), no solamente se pretende asegurar los mecanismos técnicos y normativos de las prestaciones del SUMI, para un eficiente y adecuado funcionamiento de los Directorios Locales de Salud y sus Redes de Servicios y Redes Sociales, de acuerdo al modelo de gestión vigente, sino también viabilizar las condiciones de accesibilidad y calidad para que el conjunto de la población boliviana cuente con información verídica y suficiente así como con los servicios necesarios para el cuidado de la salud de la mujer y de la salud sexual y reproductiva, sin distinciones de ningún tipo, venciendo toda forma de exclusiones y barreras económicas, geográficas y socioculturales.

De igual manera, se desea optimizar los esfuerzos de los servicios y de la participación comunitaria en forma mancomunada y corresponsable, elevando hasta el nivel máximo posible las competencias de las Redes de Servicios y promoviendo la efectiva adecuación de los servicios y de la comunidad. El Programa de Salud Sexual y Reproductiva, constituye otra prioridad que atraviesa transversalmente a todos los programas en todos los servicios y que es además un componente inexcusable para optimizar las prestaciones del SUMI. Una de las principales causas de mortalidad materna es el **aborto provocado**, que es el resultado directo de los embarazos no deseados que son el fruto de una deficiente educación en lo que hace a la salud sexual y reproductiva, educación que debería iniciarse lo más tempranamente posible para lograr un cambio significativo en la conducta de los futuros adolescentes, jóvenes y adultos y solo así se podrá reducir tanto la violencia intrafamiliar alimentada por el machismo como el

número de embarazos no deseados y hacer más saludable la sexualidad y la reproducción humana. Esta educación que debe ir acompañada de servicios accesibles y de los recursos necesarios, está por encima de los debates que mantiene la Iglesia con grupos rebeldes; debates que no se pretende desconocer ni interferir, pero que no afectan al consenso ya logrado sobre la importancia de la educación. Convencidos de sus ventajas, se espera contar con el apoyo tanto de la Iglesia Católica como de las organizaciones más o menos radicales. El embarazo no puede seguir siendo fruto del azar o algo indeseable, cuando de hecho es uno de los privilegios que tiene la mujer. El embarazo debería ser siempre un bien buscado por la pareja como fruto de su amor y nunca constituirse en riesgo o en castigo. En este sentido el aborto provocado puede ser fácilmente eliminado, contribuyendo a una sustancial reducción de las muertes maternas.

No se puede dejar de reconocer que Bolivia cuenta con una capacidad instalada básica para un razonable rendimiento de los servicios de salud; sin embargo, subsisten grandes debilidades en la disponibilidad y utilización de los recursos y procedimientos. Realmente, sólo un poco más de 6000 personas integran el cuerpo médico (médicos 18%, enfermeras 33% y auxiliares de enfermería 49%), distribuidos fácilmente en los 2500 servicios públicos de salud del país. El 90% de ellos son puestos o centros de salud de primer nivel de atención (con pocas funciones obstétricas esenciales básicas) y menos del 10% son hospitales e institutos especializados (con fuertes deficiencias en el cumplimiento de funciones obstétricas esenciales complementarias).

Las estrategias en América Latina y Bolivia han ido estructurando verdaderas redes en el aspecto de emergencias obstétricas, donde la participación no sólo está en el personal de salud sino en la misma comunidad, la cual ha ido creando medios de poder transportar a aquellas mujeres con riesgos o signos de alarma de manera oportuna hacia una atención calificada. La muerte materna no sólo es un fallecimiento más, sino por el contrario, es el inicio de una desestructuración de la unidad de la sociedad como es la familia, la cual puede desencadenar en abandono de los hijos por parte del padre, mayor analfabetismo, delincuencia y mayor pobreza en las comunidades. La estrategia debe ser constante, sostenible y apoyada por las autoridades las cuales deben ser capaces de precautelar la salud de las mujeres que son el centro de la familia y la estructura base de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.-

1. Bohrt Arana R. Larraín Sánchez O. Ministerio de Salud y Previsión Social. Seguro Básico de Salud. La Revolución Silenciosa. 2002.
2. Gomez F. Análisis y Perspectivas de políticas de salud y una aproximación diagnóstica. Documento de Trabajo. Primera Consulta Interinstitucional sobre Políticas de Salud en Bolivia. La Paz-Bolivia. Agosto 2002.
3. Ministerio de Salud y Previsión Social. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 1999-2002. Bolivia.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Política Nacional de Salud. Serie: Documentos de Políticas. Bolivia - Noviembre 2004.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS. Módulo de Inducción. 2003.

6. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad Nacional de Gestión del SUMI. Libro Marco Legal. Seguro Universal Materno Infantil. La Paz, abril de 2006.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2004-2008. Orientaciones Estratégicas. Bolivia. 2004.
8. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección de Servicios de Salud. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Norma Boliviana de Salud. NB.MSPS-01-03. Noviembre, 2005. La Paz. Bolivia.
9. Organización Mundial de la Salud. Cambiemos el rumbo de la historia. Informe sobre la salud en el mundo 2004.
10. Organización Panamericana de la Salud. Memoria. Foro Abierto "Políticas de Salud". Espacio para una participación dialógica y democrática en torno a la problemática de salud y sus soluciones. La Paz. 2005.
11. Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Segura en 10 países de América Latina y el Caribe. 2002.
12. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003. Bolivia.