



MATERNIDAD: PELIGRO DE MUERTE

LA CRISIS DE LA ASISTENCIA
A LA SALUD MATERNA
EN ESTADOS UNIDOS: RESUMEN

LA ATENCIÓN
DE LA SALUD ES UN
DERECHO HUMANO

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**





© Safe Motherhood Quilt Project

(Portada y detalle supra) Proyecto “Colcha por una Maternidad Segura”, iniciativa de ámbito nacional puesta en marcha por Ina May Gaskin, matrona y autora, en memoria de las mujeres muertas por causas relacionadas con el embarazo desde 1982.

Este resumen está basado en el informe *MATERNIDAD: PELIGRO DE MUERTE. LA CRISIS DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA EN ESTADOS UNIDOS* (Índice: AMR 51/007/2010), que contiene las citas completas y que puede consultarse para más información.

MATERNIDAD: PELIGRO DE MUERTE

LA CRISIS DE LA ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA EN ESTADOS UNIDOS: RESUMEN

En Estados Unidos mueren todos los días por complicaciones del embarazo y el parto más de dos mujeres. Alrededor de la mitad de estas muertes podrían evitarse si existiera para todas las mujeres del país una atención de la salud materna accesible y de buena calidad.

La mortalidad materna aumentó de 6,6 a 13,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos entre 1987 y 2006. Aunque parte del aumento registrado se debe a la mejora de la recogida de datos, lo cierto es que la mortalidad materna se ha incrementado considerablemente.

Estados Unidos gasta más que ningún otro país en atención de la salud, y gasta más en atención de la salud materna que en ningún otro tipo de atención hospitalaria. A pesar de ello, las mujeres corren en Estados Unidos mayor riesgo de muerte por complicaciones del embarazo que en otros 40 países. Por ejemplo, la probabilidad de que una mujer muera en el parto es en Estados Unidos cinco veces mayor que en Grecia, cuatro veces mayor que en Alemania y tres veces mayor que en España.

Las mujeres afroamericanas tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo que las mujeres blancas. Estos índices y disparidades no han mejorado en más de 20 años.

Durante 2004 y 2005 estuvieron a punto de morir de parto en Estados Unidos más de 68.000 mujeres. Todos los años, 1,7 millones de mujeres sufren algún tipo de complicación que tiene efectos negativos en su salud.

No se trata simplemente de una situación de urgencia en materia de salud pública: es una crisis de derechos humanos. En Estados Unidos, las mujeres encuentran diversos obstáculos para conseguir los servicios que necesitan. El sistema de atención de la salud pública adolece de múltiples deficiencias: discriminación, obstáculos burocráticos y lingüísticos para recibir atención, falta de información sobre las opciones de

atención de la salud materna y planificación familiar, falta de participación activa en las decisiones sobre la atención recibida, falta de personal suficiente y de protocolos para garantizar la calidad y falta de rendición de cuentas y supervisión.

SALUD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS

La salud materna es una cuestión de derechos humanos. La mortalidad materna evitable puede ser consecuencia o reflejo de violaciones de diversos derechos humanos, como el derecho a la vida, a no sufrir discriminación y al más alto nivel posible de salud. Los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos estos y otros derechos humanos y son responsables en última instancia de proporcionar un sistema de atención de la salud que garantice estos derechos universal y equitativamente.

Estados Unidos ha ratificado dos de los principales tratados internacionales de derechos humanos que garantizan estos derechos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. También ha firmado dos importantes tratados internacionales donde se recogen estos derechos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por lo que tiene la obligación de abstenerse de realizar actos contrarios al objeto y propósito de estos tratados.

DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN

“De todas las formas de desigualdad, la más horrible e inhumana es la injusticia en la atención de la salud.”

Dr. Martin Luther King Jr., 25 de marzo de 1966.

El gobierno de Estados Unidos tiene la obligación de garantizar igualdad de acceso a los servicios de atención de la salud a todas las personas, sin discriminación. Sin embargo, en Estados Unidos, el género, la raza, la etnia, la condición de inmigrante, la condición de indígena o el nivel de ingresos pueden afectar al acceso de una mujer a servicios adecuados de atención de la salud.

La discriminación afecta profundamente a las oportunidades de las mujeres de estar, ante todo, sanas. Las mujeres de color tienen menos probabilidades de quedarse embarazadas gozando de buena salud que las blancas, debido a que es más probable que carezcan de acceso a servicios de atención primaria de la salud. A pesar de representar sólo el 32 por ciento de las mujeres de Estados Unidos, las mujeres de color constituyen el 51 por ciento de las mujeres sin seguro médico.

Las mujeres de color tienen también menos probabilidades de acceso a servicios adecuados de atención de la salud materna. Las mujeres indígenas (incluidas las de Alaska), las afroamericanas y las latinas tienen 3,6, 2,6 y 2,5 veces, respectivamente, más probabilidades que las blancas de no recibir atención prenatal o de recibirla tarde. Las mujeres de color tienen más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las blancas. En los embarazos de alto riesgo, las mujeres afroamericanas tienen 5,6 veces más probabilidades de morir que las blancas.

Las mujeres de color tienen también más probabilidades de recibir atención inadecuada, discriminatoria y de peor calidad.

Como las mujeres de color constituyen un porcentaje desproporcionado de las personas que reciben atención de la salud por medio de servicios públicos, son las más



© Particular

Inamarie Stith-Rouse, afroamericana de 33 años, dio a luz a una niña sana, Trinity, por cesárea en un hospital de Massachusetts en junio de 2003. Su esposo, Andre Rouse, contó que, tras el parto, Inamarie se encontraba mal y le costaba respirar, pero que el personal hospitalario no le hizo caso cuando pidieron ayuda. Explicó a Amnistía que creía que la raza había tenido bastante que ver con la falta de respuesta del personal. Según la documentación judicial presentada por su familia, tardaron horas en hacer a Inamarie las pruebas debidas y operarla, y entonces fue ya demasiado tarde. Había sufrido una hemorragia interna y entró en coma. Murió cuatro días más tarde. Andre Rouse dijo: “Lo último que me dijo fue: ‘Andre, tengo miedo’.”

afectadas por los obstáculos al acceso a estos servicios. Por otro lado, el Servicio de Salud para la Población Indígena adolece desde hace mucho tiempo de una grave falta de fondos, recursos y personal. El gasto federal en servicios de salud para la población indígena, incluida la de Alaska, es muy inferior al de todos los demás grupos. En un informe de la Comisión de Derechos Civiles se determinó que, en 2003, el gasto médico nacional per cápita del ciudadano medio estadounidense había sido de 5.775 dólares, pero en el caso del Servicio de Salud para la Población Indígena esa cifra fue de 1.900 dólares.

“Sí, hablo español, pero en este hospital sólo hablamos inglés.”

Mujer contando la respuesta de la recepcionista de un hospital privado del distrito de Columbia a una mujer que solicitaba una ecografía en 2008.

OBSTÁCULOS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA

“El miedo a la factura que les van a mandar [es un obstáculo para solicitar servicios]. Si alguien va a hacerse una ecografía y le entregan una factura de 1.000 dólares, es que alucina.”

Felicia Marboah, Mary's Center for Maternal and Child Care, Washington D.C.

La forma en que el sistema de atención de la salud de Estados Unidos está organizado y financiado no garantiza que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención de la salud materna asequibles, oportunos y adecuados. Debido a su coste, para muchas mujeres, la atención de la salud es algo fuera de su alcance.

La mitad de los partos están cubiertos por seguros privados. Sin embargo, son frecuentes las pólizas que no cubren la atención materna, y la mayoría de las compañías de seguros no ofrecen cobertura a las mujeres embarazadas a menos que hayan contratado un seguro antes de quedarse embarazadas.

“No aseguramos una casa en llamas.”

Afirmación hecha, según informes, por el representante de una compañía de seguros al rechazar una solicitud de Tanya Blumstein. Según la información recibida en julio de 2008, Tanya no pudo contratar un seguro de salud privado con ninguna compañía estadounidense estando embarazada.

Alrededor del 42 por ciento de los partos están cubiertos por Medicaid, programa de salud desarrollado con fondos públicos, aplicable a determinadas personas con bajos ingresos. Sin embargo, debido a complejos requisitos burocráticos, a menudo se producen considerables retrasos a la hora de prestar atención prenatal a mujeres con derecho a asistencia pública. Las inmigrantes indocumentadas no pueden acogerse a Medicaid.

Más del cuatro por ciento de las mujeres dan a luz sin seguro privado o sin asistencia médica pública.

TRUDY LAGREW

Trudy LaGrew, mujer indígena residente en la reserva de Red Cliff, Wisconsin, murió de un problema de corazón no diagnosticado el 7 de enero de 2008, unos meses después de haber dado a luz a su segundo hijo. Aunque su embarazo se consideraba de alto riesgo debido a complicaciones surgidas en su primer embarazo y a su obesidad, no había acudido a ningún obstetra o especialista en casos de alto riesgo para recibir atención prenatal, porque el más próximo estaba a dos horas en automóvil de distancia.

“Si vas a solicitar la inscripción en el sistema de Medicaid, necesitas una carta de ‘prueba del embarazo’ con la fecha en que sales de cuentas, la fecha de tu última regla y la edad gestacional del bebé. ¿Dónde te dan esa carta? En el médico. Si no tienes Medicaid, ¿cómo vas a ir al médico a que te dé la carta?”

Jennie Joseph, matrona profesional titulada, Winter Garden, Florida

FALTA DE COBERTURA

Se calcula que en 2009 no tenían seguro de salud en Estados Unidos 52 millones de personas, es decir, más de una de cada seis. En los dos últimos años, hasta 87 millones de personas se han encontrado en algún momento sin seguro de salud.

Las personas sin seguro que necesitan atención de la salud tienen opciones limitadas. El coste de la atención puede dejar a las familias sumidas en la pobreza. Aunque la legislación federal dispone que no se puede negar el acceso a las urgencias de un hospital a una mujer que ya se ha puesto de parto, posteriormente se le puede pasar una factura por la atención prestada.

Las mujeres, sobre todo las que tienen bajos ingresos, pueden encontrar considerables obstáculos a la hora de recibir atención de la salud materna, particularmente en las zonas rurales y en las zonas urbanas deprimidas. Puede ocurrir que los médicos no puedan o no estén dispuestos a prestar atención de la salud materna debido a los complicados procedimientos burocráticos y los reducidos honorarios que cobran por los servicios prestados a las mujeres acogidas a Medicaid.

Los centros comunitarios de salud, incluidos los que cumplen los requisitos federales necesarios (*Federally Qualified Health Centres, FQHC*), son una importante fuente de atención de la salud para las personas con bajos ingresos. Tales centros atendieron en 2007 a más

de 16 millones de personas, casi el 75 por ciento de las cuales carecían de seguro o estaban cubiertas por Medicaid. Sin embargo, sólo hay FQHC en alrededor del 20 por ciento de las zonas sin servicios médicos suficientes, por lo que gran número de personas carecen de esta protección decisiva.

OTROS OBSTÁCULOS

Un elemento esencial del derecho a la salud es la disponibilidad de centros de salud y profesionales cualificados suficientes. En Estados Unidos la falta de profesionales de la salud es un grave obstáculo para muchas mujeres a la hora de recibir atención de la salud adecuada y oportuna, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas deprimidas. Para las mujeres con complicaciones o factores de riesgo que afectan a su embarazo, encontrar especialistas es especialmente difícil.

Las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional citaron también como importantes obstáculos para conseguir atención de la salud factores como falta de transporte a las clínicas, rígidos horarios en las citas, dificultades para faltar al trabajo, problemas para encontrar a alguien con quien dejar a los hijos y falta de intérpretes y de información en otros idiomas aparte del inglés.

TRINA BACHTEL

Trina Bachtel, mujer blanca de 35 años, estaba asegurada en el momento de su embarazo, pero, según informes, la clínica local le informó de que tenía que dejar una señal de 100 dólares para ser atendida, porque años antes había contraído una deuda médica, a pesar de que ésta ya estaba pagada. Trina Bachtel tardó en solicitar asistencia, porque no podía pagar los precios de la clínica local. Finalmente recibió atención médica en un hospital, pero su hijo nació muerto. Posteriormente la trasladaron a un hospital de Ohio, donde murió en agosto de 2007, dos semanas después del parto.

“Tenemos mujeres que nos dicen que no se atreven a faltar al trabajo cuando tienen las citas de atención prenatal. Tienen que elegir entre ir a trabajar o faltar al trabajo y perder su empleo. Ese es su problema.”

Eleanor Hinton Hoytt, presidenta de la organización de promoción de la salud de las mujeres negras Black Women's Health Imperative

FALLOS DEL SISTEMA

Varios organismos federales estadounidenses establecieron en 1998 unos objetivos nacionales en materia de salud –el proyecto Gente Sana 2010–, entre los que figuraba el de reducir la muertes maternas a 4,3 por cada 100.000 nacidos vivos para 2010. Las cifras correspondientes a 2006 (últimas estadísticas nacionales disponibles) muestran que la mortalidad materna nacional era de 13,3 por cada 100.000 nacidos vivos. Sólo cinco estados del país han alcanzado el objetivo de 2010: Indiana, Maine, Massachusetts, Minnesota y Vermont. En algunas zonas, la mortalidad es considerablemente mayor: en Georgia, de 20,5 por cada 100.000 nacidos vivos; en Washington D. C., de 34,9, y en la ciudad de Nueva York, de 83,6 en el caso de las mujeres negras.

LAGUNAS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En Estados Unidos, casi la mitad de los embarazos son involuntarios. El índice es considerablemente mayor en el caso de las mujeres con bajos ingresos y las mujeres de color. Las mujeres con embarazos involuntarios tienen más probabilidades de sufrir complicaciones, y las consecuencias son peores tanto para ellas como para sus hijos.

El acceso a los servicios de planificación familiar es restringido, debido a problemas presupuestarios y a las políticas y leyes aplicadas.

El gobierno federal no garantiza que los servicios de planificación familiar y los anticonceptivos estén debidamente cubiertos por los proveedores privados de seguros. Sólo en 27 estados es obligatorio que las pólizas de seguro de salud que cubren los medicamentos recetados incluyan entre éstos los anticonceptivos.

Se calcula que en Estados Unidos necesitan servicios y métodos de planificación familiar financiados con fondos públicos alrededor de 17,5 millones de mujeres.



© Times Union/John Carl D'Annibale

La madre y los hijos de Diane Rizk McCabe, muerta en septiembre de 2007, sostienen una fotografía suya. Sufrió una hemorragia tras haber dado a luz a una niña sana por cesárea.



© Particular

Julie LeMoult con su hijo poco antes de morir, en abril de 2003. Su meningitis, causada por una infección, se descubrió demasiado tarde, por lo que sufrió extensos daños cerebrales. El hospital redobló posteriormente sus esfuerzos por mantener un ambiente estéril.

Sin embargo, Medicaid y las clínicas con financiación pública (conocidas como clínicas del Título X) cubren sólo a poco más la mitad de ellas, por lo que más de ocho millones de mujeres carecen de información y servicios de planificación familiar asequibles.



© Amnistía Internacional

Maria y su hija de un año, 3 de febrero de 2009. Cuando se quedó embarazada, su condición de inmigrante le impedía el acceso a los servicios públicos de salud y no tenía medios para pagarse la atención prenatal. Cuando se puso de parto, en 2008, el primer hospital al que acudió la rechazó porque no había recibido atención prenatal. Dio a luz más tarde, en otro centro.

TAMEKA MCFARQUHAR

En diciembre de 2004, Tameka McFarquhar, de 22 años, murió desangrada en su apartamento, en Watertown, Nueva York. Había dado a luz por primera vez, a una niña, Danasia Elizabeth, el 14 de diciembre y le habían dado el alta al día siguiente. Madre e hija fueron halladas muertas el día de Navidad por la mañana. Al no poder comunicar con ella, sus amigos y familiares, habían acudido a la policía y a su casero, pero pasó una semana hasta que pudieron entrar en su apartamento. El médico forense del condado de Jefferson informó de que la muerte se debía a que le había quedado parte de la placenta en el útero tras el parto. Según un experto, con un reconocimiento posparto se podrían haber detectado los síntomas antes de que su estado pusiera en peligro su vida.

FALTA DE ATENCIÓN PRENATAL

Las mujeres que no reciben atención prenatal tienen tres o cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo que las que sí la reciben. Las mujeres con embarazos de algo riesgo tienen 5,3 veces más probabilidades de morir si no reciben atención prenatal.

Entre los objetivos del proyecto Gente Sana 2010 figura el de conseguir que al menos el 90 por ciento de las mujeres reciban “atención prenatal adecuada”, entendida como tal la posibilidad de tener 13 citas de atención prenatal desde el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, el 25 por ciento de las mujeres aún no tienen este número de citas. Esta cifra asciende al 32 por ciento en el caso de las mujeres afroamericanas, y al 41 por ciento en el de las mujeres indígenas, incluidas las de Alaska.

ATENCIÓN INSUFICIENTE TRAS EL PARTO

Más de la mitad de las muertes maternas se producen entre 1 y 42 días después del parto. En Estados Unidos, la atención posparto es insuficiente, pues por lo general consiste en una única visita al médico alrededor de seis semanas después de dar a luz. Aunque las mujeres con complicaciones reconocidas pueden recibir más atención, la falta de ésta durante las semanas siguientes al regreso de la mujer a casa con su bebé puede ser causa de que las complicaciones pasen desapercibidas.

ATENCIÓN DE CALIDAD VARIABLE

Existen considerables diferencias en la práctica obstétrica en todo el país. Diversos organismos estatales y federales, así como el Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), han elaborado directrices sobre atención de la salud materna. Sin embargo, no hay en Estados Unidos directrices ni protocolos exhaustivos y de aplicación nacional sobre atención de la salud materna y prevención, determinación y gestión de emergencias obstétricas. Es necesario establecer con urgencia un sistema coordinado y global de atención de la salud materna.

Según algunas estimaciones, la mejora de la calidad de la atención materna podría evitar del 40 al 50 por ciento de las muertes maternas. Por ejemplo, los estudios realizados en otros campos médicos muestran que las embolias (coágulos sanguíneos) tras operaciones quirúrgicas se han reducido en alrededor de un 70 por ciento gracias al uso de medias de compresión o medicamentos. Sin embargo, no es habitual aplicar estas sencillas medidas tras las cesáreas, que suponen el 32 por ciento de los nacimientos.

FALTA DE PERSONAL SUFICIENTE

“Por consideraciones económicas, la política del hospital es tener el menor número posible de enfermeras en la planta.”

Enfermera de maternidad jubilada, Minnesota

La falta de personal suficiente se traduce en cansancio, estrés, mayor renovación del personal y menos tiempo para formación continua. Debido también a ello, el personal de enfermería hace más horas extra. Apenas hay normativa a este respecto. Tanto pacientes como profesionales de la salud han identificado la falta de personal de enfermería como causa importante de mala calidad en la atención y de errores médicos.

PARTICIPACIÓN RESTRINGIDA DE LAS PACIENTES

A muchas mujeres no se les da la oportunidad de participar en las decisiones sobre la atención que reciben ni se les proporciona información suficiente sobre las señales de complicación y los riesgos de intervenciones como la inducción del parto o la cesárea. En Estados Unidos se practica una cesárea en casi uno de cada tres partos, el doble de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud. El riesgo de muerte tras cesárea es más de tres veces mayor que en caso de parto vaginal.



© Particular

Linda Coale, una mujer de 35 años que gozaba de buena salud, dio a luz a un niño, Benjamin, por cesárea el 27 de septiembre de 2007. Una semana después de regresar a casa, murió a causa de un coágulo sanguíneo. Le habían proporcionado información sobre cómo acostumbrar a los animales domésticos al recién nacido, pero ninguna en la que se especificaran las señales de aviso de formación de un coágulo sanguíneo, aun cuando corría mucho riesgo debido a su edad y a la operación quirúrgica. Su hermana Lori dijo: “sabiendo que Linda fue técnico de atención médica de emergencia, en lo más hondo de mi alma creo que si en la documentación del alta se hubiera dicho que podía ser un signo de coágulo sanguíneo, ella habría hecho algo”.

“A las mujeres negras no suelen tomarnos en serio en los centros de salud; no hacen caso de nuestros síntomas.”

Shafia Monroe, presidenta del Centro Internacional para el Parto Tradicional, Portland, Oregón.

RENDICIÓN DE CUENTAS

“Tras la hemorragia posparto de dos mujeres latinas, hubo una reunión para ver qué había pasado. Pero en el proceso de evaluación no se habló mucho de “veamos por qué les ha ocurrido esto a mujeres que no hablaban inglés”. Lo que se planteó fue “cómo podemos eludir la responsabilidad en el futuro”.”

Jill Humphrey, enfermera titulada, especializada en trabajo de parto y alumbramiento, hospital comunitario, estado de Washington

Alarmantes como son las cifras publicadas sobre mortalidad materna, no reflejan en toda su extensión el problema. No hay ninguna disposición federal que obligue a informar de las muertes maternas, y las autoridades estadounidenses admiten que su número real podría ser el doble. La obligación de informar de las muertes relacionadas con el embarazo como pertenecientes a una categoría claramente diferenciada sólo está establecida en seis estados, y a pesar de los esfuerzos realizados voluntariamente en otros estados, se siguen contabilizando sistemáticamente menos muertes relacionadas con el embarazo de las que realmente se producen.

“Cuando hay un problema y muere alguien, nadie habla con la familia. Se corre una cortina de acero, así que la única forma que tienen las familias de obtener respuestas es ir a un abogado y demandar.”

Marsden Wagner, ex director del programa de salud maternoinfantil de la Organización Mundial de la Salud

Otro importante factor que contribuye a la ausencia de mejoras en la atención de la salud materna es la falta de recogida de datos exhaustivos y de sistemas efectivos para analizarlos. Debido a ella, no se registran en toda su extensión la mortalidad y la morbilidad maternas y se obstaculizan los esfuerzos por analizar y solucionar los problemas.

“La capacidad de investigar las muertes a fondo no existe, con excepción de Massachusetts, California y, quizá, Florida [...] Francamente, es una vergüenza.”

Funcionario federal

Los comités de examen de la mortalidad materna, que tienen por objeto determinar la presencia de constantes en las muertes evitables, son un importante elemento a la hora de analizar los problemas y proponer posibles soluciones para mejorar la salud materna. Sin embargo, 29 estados y el distrito de Columbia comunicaron a Amnistía Internacional que no tenían ningún proceso de examen de la mortalidad materna en absoluto. En los 21 estados donde sí existen comités de examen de la mortalidad materna, la eficacia de éstos varía. No son uniformes en su composición y mandato, ni tampoco en el enfoque que aplican a su labor. Algunos están formados exclusivamente por voluntarios, mientras que otros tienen personal profesional. Algunos examinan todas las muertes, pero otros analizan muestras. Además, su trabajo no está coordinado a escala nacional, por lo que pueden duplicarse los esfuerzos.

“¿Quién es el responsable [de no aplicar las buenas prácticas]? En dos palabras: Todos y nadie.”

Carolyn Clancy, directora de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud

MEDIDAS NECESARIAS

Las autoridades estadounidenses llevan más de 20 años sin mejorar los resultados y las disparidades de la atención de la salud materna. Gran parte del debate entablado en Estados Unidos en torno a atención de la salud se centra en la mejora del acceso a ella y la reducción del gasto en ella. Sin embargo, centrarse sólo en la cobertura de la atención de la salud supondrá dejar en gran medida sin abordar la cuestión de la discriminación, los fallos del sistema y la rendición de cuentas. Es esencial que el debate vaya más allá de la cobertura de la atención y aborde también el acceso equitativo y sin discriminación de todas las personas a una atención de la salud de calidad.

“Las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial de cara al futuro. Si sus necesidades de salud quedan desatendidas, toda la sociedad se resiente.”

Lee Jong-wook, director general de la Organización Mundial de la Salud, 2003-2006.

Estados sin comité de examen de la mortalidad materna



© Amnistía Internacional



Manifestación de mujeres celebrada en la ciudad de Nueva York en 2004 para pedir la reducción del número de cesáreas, que en la actualidad se practican casi en uno de cada tres nacimientos en Estados Unidos.

MEDIDAS NECESARIAS YA

El gobierno de Estados Unidos debe hacer valer la norma de derechos humanos de garantizar que existe una atención de la salud accesible, aceptable y de buena calidad para todas las personas sin discriminación.

Deben tomarse con urgencia las medidas siguientes:

1. El Congreso de Estados Unidos debe ordenar al Departamento de Salud y Servicios Humanos, proporcionándole los fondos necesarios, que establezca una Oficina de Salud Materna con un mandato que incluya:

- mejorar la recogida de datos sobre la salud materna y su examen, en colaboración con organismos como los Centros para el Control y prevención de Enfermedades;
- proteger el derecho a no sufrir discriminación en la atención de la salud materna, en colaboración con la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento de Justicia, y
- recomendar los cambios de leyes y reglamentos que sea necesario hacer para garantizar que todas las mujeres tienen acceso a servicios de atención de la salud materna de buena calidad.

2. El Congreso de Estados Unidos deber aumentar la financiación del programa de FQHC a fin de garantizar un número suficiente de centros y profesionales de la salud en todas las zonas, particularmente en las que carecen de servicios médicos suficientes.

3. Los departamentos de salud de todos los estados deben garantizar que las mujeres embarazadas tienen “presunto derecho” o acceso temporal a Medicaid mientras se tramita su solicitud de cobertura permanente.

4. Los departamentos de salud de todos los estados deben mejorar la recogida de datos sobre la salud materna y su análisis:

- estableciendo un comité de examen de la mortalidad materna,
- incluyendo casillas de comprobación de las muertes maternas en el certificado de defunción estándar y
- exigiendo que se informe de las muertes maternas.

LA ATENCIÓN
DE LA SALUD ES UN
DERECHO HUMANO

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento mundial, formado por formado por 2,8 millones de simpatizantes, miembros y activistas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

Marzo de 2010
Índice: AMR 51/019/2010

Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, Reino Unido

Edición en español a cargo de:
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EAI)
Valderribas, 13
28007 Madrid, España

www.amnesty.org