

MATERNIDAD: PELIGRO DE MUERTE

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

ÁMBITO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA

El presente informe está basado en investigaciones llevadas a cabo por Amnistía Internacional EE.UU. La organización llevó a cabo más de 100 entrevistas exhaustivas y organizó 17 grupos de discusión con mujeres y familiares suyos, activistas, asesores, personas expertas en salud pública, personal de servicios de apoyo, proveedores de servicios y personal de servicios de salud de la zona central de Wisconsin; Memphis, Tennessee; Boston, Massachusetts; Washington D.C.; Baltimore, Maryland, y la ciudad de Nueva York; se habló también con personas de todo Estados Unidos relacionadas con la atención de la salud materna. Se han ocultado los nombres y otros datos personales de algunas de estas personas, que pidieron que se respetara su privacidad.

Amnistía Internacional entrevistó a personal de diversos organismos federales dependientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos, como la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, la Administración de Recursos y Servicios de Salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la Oficina de Salud de las Minorías, la Oficina para la Salud de la Mujer, la Oficina de Asuntos de Población y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Amnistía Internacional envió un cuestionario a los departamentos de salud estatales para pedirles información sobre el proceso de examen de la mortalidad materna que aplicaban. También se envió a la dirección de Medicaid de cada estado otro cuestionario sobre el derecho de cobertura de las mujeres embarazadas y los servicios disponibles para ellas.

Amnistía Internacional examinó información publicada por medios de comunicación sobre muertes maternas, así como publicaciones médicas y de salud pública sobre salud materna y atención de la salud, centrándose sus investigaciones en las disparidades existentes en la atención de la salud y los resultados y en las muertes y complicaciones evitables.

Amnistía Internacional desea expresar su agradecimiento a todas las familias y mujeres que accedieron a hablar con la organización para contarle sus experiencias. También quiere expresar su gratitud a las organizaciones, especialistas y personas que generosamente compartieron información, opiniones y análisis.

NOTA SOBRE TERMINOLOGÍA

Amnistía Internacional procura utilizar una terminología que respete los deseos de las personas afectadas. Sin embargo, al citar estudios y estadísticas de otras organizaciones debe también respetarse la categorización empleada en ellos a fin de transmitir sus conclusiones con exactitud y sin tergiversarlas. Por otro lado, la terminología utilizada en Estados Unidos suele variar y puede ser diferente de la empleada internacionalmente por quienes desarrollan actividades en favor de derechos como el derecho a no sufrir discriminación, los derechos de las mujeres y el derecho a la salud.

A lo largo del presente informe, el uso de términos como afroamericana; negra; minoría étnica, racial o nacional; hispana; latina; indígena e indígena de Alaska; blanca, y mujer de color¹ tiene por objeto describir a personas o comunidades de acuerdo, en la medida de lo posible, con el modo en que se identifican a sí mismas, pero sin menoscabar la exactitud de los estudios citados. Otro factor determinante de la elección de la terminología de este informe ha sido la necesidad de garantizar que es lo más accesible posible para diversos sectores del público tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo. No obstante, en ningún caso la elección de los términos utilizados ha tenido por objeto simplificar u obviar los complejos y variados modos en que las personas pueden identificarse a sí mismas en distintos contextos.

Abreviaturas

ACOG	<i>American Congress of Obstetricians and Gynecologists</i> , Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> , Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, organismo federal, integrado en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que apoya la investigación dirigida a mejorar los resultados y la calidad de la atención de la salud, abordar la seguridad del paciente y los errores médicos y ampliar el acceso a servicios efectivos.
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> , Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, organismo federal, integrado en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que se ocupa de proteger la salud y la seguridad públicas proporcionando información con que mejorar las decisiones relativas a la salud y promueve la salud mediante asociaciones con departamentos de salud estatales y otras organizaciones
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CHIP	<i>Children's Health Insurance Program</i> , Programa de Seguro Médico para Niños, programa de ámbito federal, administrado por el Departamento de

¹ En Estados Unidos, la expresión “persona de color” hace referencia a cualquier persona no caucásica o blanca.

	Salud y Servicios Humanos, que ofrece a los estados cofinanciación para el seguro médico de familias con hijos
CMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i> , Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, organismo federal, integrado en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que administra el programa Medicare y trabaja en asociación con los gobiernos estatales para administrar Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños
COBRA	<i>Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act</i> , Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado, de 1985, que dispone que las empresas con más de 20 personas en plantilla deben ofrecer un seguro médico por un período de hasta 18 meses a la persona que pierda su empleo. La persona que ha perdido el empleo puede tener que pagar entre el 35 y el 100 por ciento del mantenimiento de la cobertura
EMTALA	<i>Emergency Medical Treatment and Active Labor Act</i> , Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo
FPL	<i>Federal Poverty Level</i> , Índice Federal de Pobreza
FQHC	<i>Federally Qualified Health Centers</i> , centros comunitarios de salud que reúnen determinados requisitos federales –como tener una junta directiva en la que la mayoría de los miembros son de la comunidad, prestar servicios con precios especiales y atender a todas las personas que lo soliciten– necesarios para conseguir subvenciones y tasas de reembolso mejoradas
FBI	<i>Federal Bureau of Investigation</i> , Oficina Federal de Investigación
HRSA	<i>Health Resource and Services Administration</i> , Administración de Recursos y Servicios de Salud, organismo federal, integrado en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que se ocupa de mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas sin seguro, aisladas o vulnerables médicaamente
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i> , Organizaciones de Mantenimiento de la Salud
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
ICE	<i>Immigration and Customs Enforcement</i> , Servicio de Inmigración y Control de Aduanas
PIDES Culturales	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
IHS	<i>Indian Health Service</i> , Servicio de Salud para la Población Indígena, organismo integrado en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que se ocupa de prestar servicios médicos y de salud pública a la población indígena, incluida la de Alaska
OMS	Organización Mundial de la Salud

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, ex director general de la Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra, abril de 2005

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La suma total que se gasta en atención de la salud en Estados Unidos es mayor que en cualquier otro país del mundo.² Los costes de la hospitalización relacionada con el embarazo y el parto ascienden a unos 86.000 millones de dólares al año, lo que supone el mayor gasto por hospitalización de todas las áreas de la medicina.³ A pesar de ello, las mujeres de Estados Unidos tienen mayor riesgo de morir por complicaciones del embarazo que las de otros 40 países. Por ejemplo, la probabilidad de que una mujer muera en el parto en Estados Unidos es cinco veces mayor que en Grecia, cuatro veces mayor que en Alemania y tres veces mayor que en España.⁴ En Estados Unidos mueren todos los días por causas relacionadas con el embarazo más de dos mujeres.⁵ Las muertes maternas son sólo la punta del iceberg. Las complicaciones graves con riesgo de causar la muerte de la mujer (conocidas como “*near miss*”) aumentaron un 25 por ciento entre 1998 y 2005. Durante 2004 y 2005, estuvieron a punto de morir en el parto en Estados Unidos 68.433 mujeres.⁶ Más de la tercera parte de todas las mujeres que dan a luz en Estados Unidos –1,7 millones al año– sufren algún tipo de complicación que tiene efectos negativos en su salud.⁷

El riesgo es especialmente alto entre las mujeres afroamericanas, que tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo que las mujeres blancas.⁸ No obstante, incluso entre éstas la mortalidad materna es mayor en Estados Unidos que en otros 24 países industrializados.⁹ Esta mortalidad y esta disparidad no han mejorado en más de 20 años.¹⁰ De hecho, la mortalidad materna ha aumentado de 6,6 por cada 100.000 nacidos vivos en 1987 a 13,3 en 2006. Aunque parte del

² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, *OECD Health Data 2009—Frequently Requested Data*; disponible en http://www.oecd.org/document/16/0_3343_en_2649_33929_2085200_1_1_1_1.00.html, visitado por última vez el 30 de noviembre de 2009.

³ R.M. Andrews, *The National Hospital Bill: The Most Expensive Conditions by Payer*, 2006, Healthcare Cost and Utilization Project (Proyecto de Costo y Utilización de los Cuidados de Salud), Statistical Brief, 59, 2008, p. 7; disponible en www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb59.pdf, visitado por última vez el 30 de noviembre de 2009.

⁴ OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, *Maternal Mortality in 2005*; disponible en http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf, visitado por última vez el 12 de diciembre de 2009.

⁵ M. Heron et al, *Deaths: Final Data for 2006*, National Vital Statistics Reports, vol. 57, No. 14, abril de 2009, p. 116, tabla 34; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf, visitado por última vez el 12 de diciembre de 2009.

⁶ E. Kuklina et al, “Severe Obstetric Morbidity in the United States, 1998–2005”, *Obstetrics & Gynecology*, 2009, vol. 113, pp. 29–39.

⁷ I. Danel et al, “Magnitude of Maternal Morbidity during Labor and Delivery: United States, 1993–1997”, *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 4, abril de 2003, pp. 631–4.

⁸ Estadísticas correspondientes a mujeres afroamericanas no hispanas y a mujeres blancas no hispanas; Heron, *Deaths: Final Data for 2006*.

⁹ Correspondencia con Eugene DeClercq, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, septiembre de 2009; Heron, *Deaths: Final Data for 2006*.

¹⁰ D. Johnson y T. Rutledge, *Maternal Mortality—United States, 1982–1996*, Morbidity and Mortality Weekly Report, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998.

aumento pueda deberse a la mejora del sistema de recogida de datos, el hecho de que la mortalidad se haya duplicado es motivo de preocupación.¹¹

INAMARIE STITH-ROUSE

Inamarie Stith-Rouse, afroamericana de 33 años, estaba embarazada de 41 semanas cuando llegó a un hospital de Boston, Massachusetts, en junio de 2003. Allí le administraron medicación para provocarle el parto. Al producirse un acusado descenso del ritmo cardíaco del bebé, le practicaron una cesárea de emergencia, y dio a luz a una niña sana, Trinity. Su esposo, Andre Rouse, contó a Amnistía Internacional que, tras el parto, Inamarie "comenzó a quejarse de que le faltaba la respiración. Yo no encontraba a la doctora. No hacían más que llamarla por megafonía, pero no estaba. La máquina del oxígeno no hacía más que pitárselo; quizás seis o siete veces en media hora. Perdí la cuenta. Nadie se lo tomaba en serio. Le ardía la cara; yo no hacía más que ponerle paños fríos en la frente". Dijo que al intentar explicar al personal que ella estaba mal y le costaba respirar, le dijeron que "no era para tanto", que se estaban poniendo "melodramáticos". Andre Rouse dijo a Amnistía que creía que la raza había tenido bastante que ver con la falta de respuesta del personal del hospital a sus peticiones de ayuda.

Según la documentación judicial presentada por su familia, Inamarie Stith-Rouse tenía síntomas de hemorragia, como hipotensión arterial, pulso alto y dificultad para respirar. Sin embargo, tardaron horas en hacerle las pruebas debidas, y entonces fue ya demasiado tarde. Los médicos comprobaron que tenía una hemorragia interna y le extirparon el útero, primeramente, y un ovario, después. Pero Inamarie Stith-Rouse sufrió daños cerebrales graves, cayó en coma y murió cuatro días más tarde.

Andre Rouse dijo: "Lo último que me dijo fue: 'Andre, tengo miedo'. Entonces activaron el código rojo [protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica]. Salí. Todo iba a cámara lenta. Recuerdo que estaba helado de frío. Me castañeaban los dientes. Estaba en estado de shock [...] Nadie me decía nada [...] Era como si todo el mundo estuviera intentando pasar desapercibido. Si alguien me hubiera explicado algo, todo habría sido más fácil de aceptar. Lo entiendo: son cosas que pasan. Pero nadie se hizo cargo". Dijo a Amnistía Internacional que en diciembre de 2004 puso una demanda y que "el hospital cambió los protocolos tras la muerte de Inamarie. Cómo, hasta hoy no lo sé".

Aunque Amnistía Internacional no puede determinar si Inamarie Stith-Rouse habría sobrevivido si hubiera recibido en seguida la debida atención médica, el retraso con que fue atendida pone de relieve una situación reiterada, presente en la experiencia de muchas de las mujeres entrevistadas por la organización.

Entrevistas de Amnistía Internacional con Andre Rouse (13 de marzo de 2009) y los abogados de la familia (9 de enero de 2009) y documentos judiciales.

¹¹ Oficina de Salud de las Minorías, *Changing Outcomes—Achieving Health Equity. The National Plan for Action*, 31 diciembre de 2009; disponible en <http://www.minorityhealth.hhs.gov/npa/images/plan/nationalplan.pdf>, visitado por última vez el 22 de enero de 2010.

El gobierno de Estados Unidos tiene la obligación de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de atención de la salud a todas las personas, sin discriminación. Sin embargo, 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 la atención de la salud y a la calidad de ésta. Asimismo, la confluencia de múltiples formas de discriminación puede tener consecuencias aún más negativas en el acceso de una mujer a servicios adecuados de salud en Estados Unidos. Estas disparidades existentes en el acceso a la atención de la salud materna constituyen una violación del derecho de las mujeres a no sufrir discriminación.

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, segunda convención nacional del Comité Médico por los Derechos Humanos, Chicago, Illinois

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, aproximadamente la mitad de todas las muertes maternas que se producen en Estados Unidos son evitables.¹² La mortalidad materna evitable no es sólo una cuestión de salud pública; es también una cuestión de derechos humanos.

Más de medio millón de mujeres mueren todos los años en el mundo por problemas relacionados con el embarazo y el parto, la gran mayoría en Asia y el África subsahariana.¹³ Los casos de mujeres de Estados Unidos expuestos en el presente informe muestran que incluso en los países ricos las mujeres están en situación de riesgo por no hacer valer las autoridades su derecho a la vida, a no sufrir discriminación y al más alto nivel posible de salud. Para las mujeres que están marginadas o viven en la pobreza, el riesgo es especialmente alto.

La comunidad internacional ha incluido la reducción de la mortalidad materna entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el quinto de los cuales consiste en conseguir que en 2015 se haya reducido en un 75 por ciento el número de mujeres que mueren durante el embarazo o el parto.¹⁴

En 1998, diversos organismos federales estadounidenses establecieron unos objetivos nacionales de salud –el proyecto Gente Sana 2010–, entre los que figura el de reducir las muertes maternas a 4,3 por cada 100.000 nacidos vivos

¹² S.J. Bacak et al (ed.), *State Maternal Mortality Review—Accomplishments of Nine States*. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2006, p. 1.

¹³ UNICEF, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, No. 7, septiembre de 2008, p. 4; disponible en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_45454.html, visitado por última vez el 12 diciembre de 2009.

¹⁴ Naciones Unidas, Declaración del Milenio, Resolución aprobada por la Asamblea General, A/RES/55/2, 18 de septiembre de 2000, párr. 19; disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/54/PDF/N0055954.pdf?OpenElement> visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

para 2010.¹⁵ Las cifras correspondientes a 2006 (últimas estadísticas nacionales disponibles) muestran que la mortalidad nacional era de 13,3 por cada 100.000 nacidos vivos.¹⁶ Sólo cinco estados del país han alcanzado el objetivo de 2010 (véase el anexo A). 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.¹⁷

LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE MATERNA EN ESTADOS UNIDOS SON:

- embolia (coágulo de sangre que bloquea un vaso sanguíneo, en los pulmones por ejemplo), 20 por ciento;
- hemorragia (pérdida severa de sangre), 17 por ciento;
- preeclampsia y eclampsia (trastornos relacionados con la hipertensión), 16 por ciento;
- infección, 13 por ciento;
- cardiompatía (enfermedad del músculo cardíaco), 8 por ciento.¹⁸

Alarmantes como son estas cifras, probablemente minimicen de manera considerable la gravedad del problema. No hay ninguna disposición federal que obligue a informar de las muertes maternas, y las autoridades estadounidenses admiten que su número podría ser el doble.¹⁹ La encuesta de Amnistía Internacional indica que la obligación de informar de las muertes relacionadas con el embarazo como pertenecientes a una categoría claramente diferenciada sólo está establecida en seis estados: Florida, Illinois, Massachusetts, Nueva York, Pensilvania y Washington. 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.

El sistema de atención de la salud de Estados Unidos tiene deficiencias que afectan específicamente a las mujeres. Para quienes pueden costearse la atención de la salud que se presta en Estados Unidos es una de las mejores del mundo. Pero para muchas personas, es algo fuera de su alcance. Un elevado número de personas sin seguro de salud de ningún tipo son mujeres en edad reproductiva, y una cantidad desproporcionada de ellas son mujeres de color: a pesar de representar sólo el 32 por

¹⁵ Healthy People 2010, Washington D.C., Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2000, disponible en <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse/html/focusareas/FA16Objectives.htm#16-4a>, visitado por última vez el 14 de diciembre de 2009.

¹⁶ Heron, *Deaths: Final Data for 2006*.

¹⁷ National Women's Law Center y Universidad de Salud y Ciencias de Oregón, *National Report Card on Women's Health, Maternal Mortality Rate*; G. Brown et al, *Maternal Mortality in New York City: Increased Case Ascertainment with Enhanced Surveillance*, Oficina de Salud Materno-infantil y Reproductiva del Departamento de Salud e Higiene Mental de la ciudad de Nueva York, diapositiva 13; disponible en http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt, visitado por última vez el 14 de diciembre de 2009.

¹⁸ J. Chang et al, *Pregnancy-Related Mortality Surveillance—United States, 1991–1999*, MMWR Surveillance Summaries, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 21 de febrero de 2003; 52(2):1–8, tabla 3; disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#tab3>, visitado por última vez el 18 de noviembre de 2009.

¹⁹ C. Berg et al (ed.), *Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths: From Identification and Review to Action*, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2001.

ciento de las mujeres de Estados Unidos, las mujeres de color constituyen el 51 por ciento de las mujeres sin seguro.²⁰

En el momento de redactar el presente informe, la reforma del sistema de atención de la salud era una prioridad de la administración estadounidense y se estaban considerando grandes cambios. Sin embargo, el modo en que el sistema está estructurado y financiado en la actualidad no garantiza que todas las mujeres tengan el mismo acceso a la atención que necesitan. Aunque, según la ley, no se puede negar el acceso a un hospital a una mujer que ya se ha puesto de parto, con independencia de que pueda o no pagar la atención que reciba, posteriormente se le puede pasar una factura de miles de dólares por los servicios médicos prestados.²¹ La mitad de todos los partos están cubiertos por seguros privados.²² Sin embargo, son frecuentes las pólizas que no cubren la atención materna, y también puede ocurrir que las mujeres embarazadas no consigan un seguro de salud privado porque el embarazo se considere una “afección preexistente”. Alrededor del 42 por ciento de los partos están cubiertos por un programa financiado con fondos públicos, aplicable a una categoría limitada de personas con bajos ingresos: Medicaid. 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 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 su alto coste y sus reducidos honorarios o a los engorrosos procedimientos de reembolso de Medicaid. Asimismo, las mujeres entrevistadas por Amnistía Internacional citaron como importantes obstáculos para conseguir atención de la salud factores como falta de transporte a las clínicas, rígidos horarios en las citas, dificultades para pedir permiso en el trabajo, problemas para encontrar a alguien con quien dejar a los hijos y falta de información en otros idiomas aparte del inglés o de intérpretes. Una vez más, la discriminación resultaba ser un obstáculo adicional en el caso de las mujeres afroamericanas, indígenas, latinas e inmigrantes, así como de las que no hablaban inglés.

El hecho de que el gobierno estadounidense no vele por que las mujeres tengan garantizado el acceso igualitario y durante toda su vida a atención de la salud de calidad, incluidos servicios de salud reproductiva, afecta considerablemente a las probabilidades de tener un embarazo y un parto sin complicaciones.

²⁰ Instituto Nacional de Salud, *Women of Color Health Data Book, Adolescents to Seniors*, 3^a ed., 2006, figura 38, p. 107; disponible en <http://orwh.od.nih.gov/pubs/WomenofColor2006.pdf>, visitado por última vez el 12 de diciembre de 2009.

²¹ Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA), de 1986.

²² C. A. Russo et al, *Hospitalizations Related to Childbirth, 2006, Statistical Brief #71*, Proyecto de Costo y Utilización de los Cuidados de Salud y Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, abril de 2009; disponible en <http://www.hcup-us.ahq.gov/reports/statbriefs/sb71.jsp>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

La atención prenatal es costosa. Si estás indocumentada o sin seguro, es un lujo en vez de un derecho básico.

Susan Moskosky, directora del departamento de planificación familiar de la Oficina de Asuntos de Población, entrevista de Amnistía Internacional, 21 de noviembre de 2008.

La atención prenatal es esencial a la hora de facilitar un embarazo seguro. Las mujeres que no la reciben tienen de tres a cuatro veces más probabilidades de morir que las que la reciben.²³ Las mujeres con embarazos de alto riesgo tienen 5,3 veces más probabilidades de morir si no reciben atención prenatal.²⁴ Uno de los objetivos del programa Gente Sana 2010 es garantizar que al menos el 90 por ciento de las mujeres reciben "atención prenatal adecuada", entendiéndose por tal 13 citas prenatales a partir del primer trimestre. Sin embargo, el 25 por ciento de las mujeres aún no tienen este número de citas. Esta cifra asciende al 41 por ciento en el caso de las mujeres indígenas, incluidas las indígenas de Alaska.²⁵

Queremos que las mujeres conozcan los riesgos si hay hinchazón; tenemos que saber lo que está pasando. Una cliente que no había participado en el programa de atención prenatal tenía hipertensión y contrajo toxemia [...] La hinchazón no desaparecía: necesitaba ayuda [pero no lo sabía]. Tenía sólo 19 años. Estaba de 37 semanas cuando murió [...] La encontraron en coma. Su mamá tuvo que enterrarla a ella y al bebé.

Miembro del personal de una clínica, Memphis, Tennessee, 5 de febrero de 2009

Debido a la falta de acceso suficiente a servicios de atención de salud de calidad a lo largo de su vida, hay mujeres que se quedan embarazadas con afecciones no tratadas o no controladas. Esta situación entraña riesgos para ellas y para sus bebés. Por ejemplo, las mujeres con diabetes no controlada que se quedan embarazadas corren mayor riesgo de aborto o de contraer preeclampsia.²⁶

Diversos organismos estatales y federales, así como la ACOG, han elaborado directrices sobre atención de la salud materna. Sin embargo, no hay en Estados Unidos directrices ni protocolos de ámbito 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.

La mortalidad materna es un boletín general de calificaciones con respecto a la calidad de la atención obstétrica en Estados Unidos.

Jeffrey C. King, presidente del Grupo de Interés Especial sobre la Mortalidad Materna de la ACOG, entrevista con Amnistía Internacional, 13 de marzo de 2008

²³ Chang et al, *Pregnancy-Related Mortality Surveillance—United States, 1991–1999*, 21 de febrero de 2003.

²⁴ D. Rosenberg et al, "Disparities in Mortality among High Risk Pregnant Women in Illinois: A Population Based Study", *Annals of Epidemiology*, vol. 16, No. 1, enero de 2006, pp. 26–32.

²⁵ Base de datos, *Prenatal Care Objective 16.06a*; disponible en <http://wonder.cdc.gov/data2010/focus.htm>, visitado por última vez el 31 de agosto de 2009.

²⁶ D. D'Angelo et al, *Preconception and Interconception Health Status of Women Who Recently Gave Birth to a Live-Born Infant*, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Morbidity and Mortality Weekly Report, 14 de diciembre de 2007; disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm>, visitado por última vez el 14 de diciembre de 2009.

Según un estudio de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, el 55 por ciento de las muertes maternas se producen entre 1 y 42 días después del parto.²⁷ En Estados Unidos, la atención posparto es insuficiente, pues por lo general consiste en una única visita al médico alrededor de seis semanas después del parto.²⁸ 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.

En 2009, la nueva administración y el Congreso estadounidenses se centraron en la necesidad de reformar el sistema a atención de la salud, en particular para mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir el crecimiento del gasto en atención de la salud. Aunque las propuestas debatidas reducirán el número de personas sin seguro, ninguna de las leyes que se están examinando en la actualidad hará valer la norma de derechos humanos de que la atención de la salud esté disponible y sea accesible, aceptable y de buena calidad para todas las personas sin discriminación. Se calcula que las reformas propuestas dejarán todavía a entre 18 y 24 millones de personas sin seguro y no evitarán que para muchas el coste de la atención de la salud siga siendo inasequible. Además, como la reforma se centra principalmente en la cobertura de la atención de la salud, dejará en gran medida sin abordar las cuestiones planteadas en el presente informe con respecto a la discriminación, la existencia de fallos sistémicos y la rendición de cuentas. Mientras se definen y aplican medidas para reformar el sistema de atención de la salud de Estados Unidos, es imperativo que se respeten las normas de derechos humanos para que todas las personas tengan el mismo acceso a una atención de la salud, incluida la salud materna, asequible y de calidad.

Las muertes y las lesiones maternas son un crudo recordatorio de lo que está en juego si el gobierno no establece un sistema de atención de la salud que respete, proteja y haga efectivo el derecho humano a la salud sin discriminación. Las consecuencias son evidentes a cada momento. Las mujeres tienen acceso insuficiente a la planificación familiar, se quedan embarazadas sin que su salud sea óptima, reciben atención prenatal insuficiente o con demora y atención insuficiente o inadecuada durante el parto y tienen acceso limitado a atención postnatal.

Es esencial que el debate sobre la atención de la salud en Estados Unidos no se limite a la cuestión de la cobertura de la atención de la salud y abarque también el acceso de todas las personas sin discriminación y en pie de igualdad a una atención de la salud de calidad. Deben mejorarse los servicios de atención de la salud para todas las mujeres, en particular para las más afectadas por las actuales disparidades de la atención de la salud y los resultados. Las autoridades estadounidenses llevan más de 20 años sin mejorar los resultados y las disparidades de la atención de la salud materna. En el presente informe se muestra el coste humano de esta falta de mejoras y se ponen de

²⁷ Chang et al, *Pregnancy-Related Mortality Surveillance—United States, 1991–1999*; disponible en <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#fig6>, visitado por última vez el 14 de diciembre de 2009.

²⁸ C. Y. Cheng et al, “Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review”, *Journal of Perinatal Education*, vol. 15(3), 2006, pp. 34–42; disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595301>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

relieve las medidas que es preciso tomar con urgencia para reducir la mortalidad y morbilidad maternas en Estados Unidos.

LINDA COALE

Linda Coale, mujer de 35 años radiante de salud, dio a luz a un niño, Benjamin, por cesárea el 27 de septiembre de 2007. Justo una semana después de regresar a casa, murió a causa de un coágulo sanguíneo. La noche de su muerte había dicho que tenía calambres en la pierna: Se despertó a la una y media de la madrugada y dijo a su esposo que le dolía la pierna y que la tenía hinchada. Llamaron a su médico, que les devolvió la llamada hora y media después. Cuando se dirigía al teléfono, Linda sufrió un colapso. La llevaron rápidamente al hospital, y sus padres, sus hermanas y su hermano acudieron también allí en cuanto pudieron. Cuando estaba a dos minutos del hospital, su hermana gemela, Lori, recibió una llamada de su hermano, que le dijo: "Se nos ha ido". Aunque en la información sobre los preparativos para la llegada del recién nacido se explicaba cómo acostumbrar a los animales domésticos a éste, ni en ella ni en la documentación del alta hospitalaria se especificaban las señales de aviso y los síntomas de coágulo sanguíneo grave (trombosis venosa profunda), aun cuando Linda corría mucho riesgo por la combinación del embarazo con su edad y la operación quirúrgica. Lori dijo a Amnistía Internacional: "Ya sé que no podemos estar siempre con el ojalá se hubiera hecho tal o cual porque es el cuento de nunca acabar, pero, 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 [...] Mis padres han tenido que enterrar a una hija [...] ¡Qué mal! [...] Todavía no se puede decir su nombre delante de ellos [...] Gracia a Dios por Ben. Es un niñito maravilloso. Es lo único bueno de todo esto". Las hermanas de Linda quieren que se impida que se produzcan más muertes, proporcionando mejor formación durante la atención prenatal, mejorando la información de la documentación de alta y garantizando "sólo cinco minutos de instrucciones por una enfermera al dar el alta [...] Aunque sólo podamos salvar a una mujer, será un niño más que tendrá madre".

Entrevista de Amnistía Internacional con las hermanas de Linda, Clare y Lori, 17 de marzo de 2009

RECOMENDACIONES PRINCIPALES

1. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que los servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, están disponibles y son accesibles, aceptables y de buena calidad durante toda la vida de una persona.
2. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que todas las mujeres tienen acceso igualitario a servicios de atención de la salud materna oportunos y de calidad, incluidos servicios de planificación familiar, y que ninguna se ve privada del acceso a los servicios de atención de la salud por políticas o prácticas que tengan la finalidad o el efecto de discriminar por motivos como el género, la raza, la etnia, la

edad, la condición de inmigrante, la condición de indígena o la capacidad económica.

3. La Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos debe realizar investigaciones sobre las leyes, políticas y prácticas que puedan afectar al acceso igualitario a servicios de atención de la salud de calidad, incluida la salud materna.
4. Los gobiernos estatales deben garantizar que las mujeres embarazadas tiene acceso temporal a Medicaid mientras se tramita su solicitud permanente de cobertura y que Medicaid proporciona acceso oportuno a atención prenatal. En los casos en que la mujer reciba atención prenatal antes de confirmarse su derecho, los estados deben garantizar que Medicaid reembolsa con efecto retroactivo el coste de los servicios prestados.
5. El gobierno federal y los gobiernos estatales y locales deben garantizar que en todas las zonas hay disponibles un número suficiente de centros de salud y de profesionales de la salud, incluido personal de enfermería, matronas y médicos. Se debe prestar especial atención a las zonas con servicios médicos insuficientes, con medidas como ampliar los programas de centros comunitarios de atención de la salud, como el programa de FQHC.
6. El Departamento de Salud y Servicios Humanos debe elaborar y aplicar, en colaboración con las comunidades afectadas y la comunidad médica, directrices y protocolos exhaustivos, normalizados y basados en la evidencia para los servicios de atención de la salud materna.
7. Los proveedores de servicios de atención de la salud deben garantizar que se pone a disposición de todas las mujeres información suficiente y accesible para que puedan tomar decisiones informadas sobre la atención de su salud.
8. 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 encargada de mejorar la atención materna y los resultados y eliminar las disparidades existentes.
9. Washington D. C. y cada uno de los 29 estados que no tienen en la actualidad un comité de examen de la mortalidad materna deben establecer uno. Los comités deben recibir constantemente los fondos necesarios para recoger, analizar y revisar datos sobre todas las muertes relacionadas con el embarazo y abordar las disparidades existentes. Las medidas de ámbito estatal deben estar coordinadas a escala nacional por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades a fin de identificar e implementar las buenas prácticas.
10. Las autoridades estatales y federales deben elaborar y aplicar programas para mejorar la recogida y el análisis de datos a fin de determinar mejor los factores que contribuyen a que se produzcan muertes y complicaciones maternas y de darles mejores respuestas. Con tal fin se podría pedir a todos los estados que informen anualmente de la mortalidad y la morbilidad maternas a los organismos federales pertinentes, como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, y normalicen los instrumentos de recogida de datos.

CAPÍTULO 2: SALUD MATERNA Y DERECHOS HUMANOS

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica [...] La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25

En el presente informe se trata la salud materna como cuestión de derechos humanos. La morbilidad (heridas y lesiones) y la mortalidad maternas evitables pueden 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.²⁹ 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.

Asimismo, en junio de 2009 Estados Unidos apoyó una resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en la que se reconocía que la mortalidad y la morbilidad maternas evitables son un problema de derechos humanos que exige la promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.³⁰

Este compromiso ha quedado también reflejado en declaraciones y resoluciones de las autoridades estadounidenses. La secretaria de Estado, Hillary Clinton, ha manifestado que la salud materna forma parte del programa global de salud de la administración estadounidense,³¹ y la Cámara de Representantes y el Senado aprobaron en 2008 resoluciones en las que se contraía el compromiso de tomar más medidas para reducir la mortalidad materna dentro y fuera del país.³²

El Senado de Estados Unidos contrae el compromiso aún más firme de reducir la mortalidad materna dentro y fuera del país [...] y reconoce que el derecho de

²⁹ Artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); artículo 5.e.iv de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).

³⁰ Res.11/8, párr. 2, Informe del Consejo de Derechos Humanos sobre su 11º período de sesiones Consejo de Derechos Humanos, 11º período de sesiones, tema 1 de la agenda, en 66, doc. ONU A/HRC/11/L.11 (2009).

³¹ M. Landler, "Saving the World's Women, A New Gender Agenda", *New York Times Magazine*, 18 de agosto de 2009.

acceso a una atención de salud de calidad y asequible es esencial para mejorar la salud materna.

Resolución del Senado, 21 de julio de 2008

DERECHO A LA VIDA

El derecho a la vida se halla protegido por varios tratados internacionales de derechos humanos, como el PIDCP, según el cual el derecho a la vida es inherente al ser humano y nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

El Comité de Derechos Humanos, órgano encargado de interpretar el PIDCP, ha señalado que proteger el derecho a la vida “exige que los Estados adopten medidas positivas”.³³ A este respecto, el derecho a la vida y el derecho a la salud están estrechamente relacionados. Por ejemplo, el Comité ha hecho hincapié en la necesidad de hacer una amplia interpretación del derecho a la vida, que incluya medidas públicas de salud, y ha pedido a los Estados que reduzcan la mortalidad materna evitable, con medidas como garantizar el acceso a la planificación familiar y el aborto, en el marco de su obligación de proteger el derecho a la vida en virtud del PIDCP.³⁴ Como todos los derechos humanos, el derecho a la vida también debe garantizarse sin discriminación.

DERECHO A NO SUFRIR DISCRIMINACIÓN

[L]os Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce [del] derecho a la salud pública [y] la asistencia médica.

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5.e.iv

El derecho al disfrute de los derechos humanos sin discriminación es un principio fundamental, subyacente al derecho internacional de los derechos humanos.³⁵ El derecho internacional prohíbe la discriminación en razón de una amplia variedad de factores, como la raza, el género, la orientación sexual, la religión, el idioma, el origen nacional o social, la etnia o la condición de indígena u otra condición.

³² *A Resolution Reducing Maternal Mortality both at Home and Abroad*, S.Res.616, 110th Cong.(2008); *Reducing Maternal Mortality both at Home and Abroad*, H.R.Res.1022, 110th Cong.(2008).

³³ Observación general No. 6: Derecho a la vida (artículo 6): 30/04/1982, HRI/GEN/1/Rev.6, en 127.

³⁴ Observación general No. 6: Derecho a la vida (artículo 6): 30/04/1982, HRI/GEN/1/Rev.6, en 127; Observación general No. 28: La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (artículo 3): 29/03/2000. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10; Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Hungary, CCPR/CO/74/HUN (2002), párr. 11; Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Paraguay, CCPR/C/PRY/CO/2 (2006), párr. 10, y Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Zambia, CCPR/C/ZMB/CO/3 (2007), párr. 18.

³⁵ Véase la Observación general No. 18: No discriminación, 10/11/1989, HRI/GEN/1/Rev.6, en 146. El artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial prohíbe la discriminación racial en “los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública”.

Aunque, según el PIDCP, algunos derechos admiten explícitamente excepciones en el caso de las personas sin ciudadanía (por ejemplo, el artículo 25, que regula el derecho al voto y a desempeñar funciones públicas), “la norma general es que se garanticen todos y cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto, sin discriminación entre nacionales y extranjeros”³⁶ Por consiguiente, la gran mayoría de los derechos protegidos en el PIDCP se aplican sin discriminación a los ciudadanos y a los no ciudadanos, incluido el derecho a la vida y a no sufrir discriminación.³⁷ Asimismo, aunque con arreglo a la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial se permiten ciertas distinciones entre ciudadanos y no ciudadanos, éstas no son aplicables a otras disposiciones jurídicas que obligan a Estados Unidos a proteger a los no ciudadanos de la discriminación; además, las distinciones basadas en la ciudadanía siguen constituyendo discriminación si no son proporcionales al logro de un objetivo legítimo según la Convención.³⁸

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial prohíbe las políticas y prácticas que sean discriminatorias por su finalidad o por su efecto.³⁹ El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha señalado también que la prohibición de la discriminación establecida en el PIDCP debe interpretarse en el sentido de que abarca tanto los fines como los efectos discriminatorios.⁴⁰ Por tanto, las políticas o prácticas que tengan un efecto desproporcionado sobre un grupo protegido pueden ser discriminatorias por su efecto y violar por ello el derecho internacional.⁴¹ Estados Unidos no ha aprobado esta interpretación de la prohibición de la discriminación, y en la mayoría de los casos los tribunales federales sólo protegen de la discriminación cuando se puede demostrar que se debe a una intención discriminatoria. Este planteamiento de Estados Unidos ha sido rechazado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, órgano encargado de interpretar la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.⁴²

En virtud de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Estados Unidos debe no sólo abstenerse de realizar actos que puedan tener una finalidad o un efecto discriminatorio, sino también garantizar el derecho a la “igualdad ante la ley [...] particularmente en el goce [del] derecho a la salud pública [y] la asistencia médica”.⁴³

³⁶ Observación general No. 15: La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto, 11/04/1986, doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.6, en 140.

³⁷ Observación general No.1 5: La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto, 11/04/1986, doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.6, en 140.

³⁸ Recomendación general No. 30: Discriminación contra los no ciudadanos, 01/10/2004, CERD/C/64/Misc.11/rev.3.

³⁹ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 1. Véase también T. Meron, “The Meaning and Reach of the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination”, *American Journal of International Law*, vol. 79, 1985, pp. 287–288.

⁴⁰ Observación general No .18: No discriminación, 10/11/1989, HRI/GEN/1/Rev.6, en 146.

⁴¹ Recomendación general No. 14: Definición de la discriminación, 22/03/1993, HRI/GEN/1/Rev.6, en 203.

⁴² Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, 8 de mayo de 2008, CERD/C/USA/CO/6, párr. 10.

⁴³ Artículo 5.e.iv.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial ha determinado que el gobierno de Estados Unidos no cumple con su deber de eliminar las desigualdades raciales. Ha lamentado que “sigan existiendo grandes desigualdades por motivo de raza en materia de salud sexual y reproductiva, en particular índices de mortalidad infantil y materna más elevados entre niños y mujeres pertenecientes a minorías nacionales, étnicas y raciales, sobre todo afroamericanas, un gran número de embarazos involuntarios y una proporción más elevada de abortos entre mujeres afroamericanas”.⁴⁴

El Comité ha recomendado que el gobierno de Estados Unidos se ocupe de las disparidades raciales persistentes en materia de salud sexual y reproductiva, en particular mediante:

- la mejora del acceso a los servicios de salud materna, planificación de la familia y atención postnatal y a los cuidados obstétricos de emergencia, reduciendo el número de condiciones que deben cumplirse para poder beneficiarse del seguro médico Medicaid;
- la facilitación del acceso a métodos anticonceptivos y de planificación de la familia adecuados, y
- la organización de programas de educación sexual para prevenir embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual.

DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se halla garantizado por varias declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos y está estrechamente relacionado con otros derechos, en especial con el derecho a la vida y a no sufrir discriminación.

Derecho a la salud no es lo mismo que derecho a estar sano: los gobiernos no pueden garantizar totalmente la buena salud. Sin embargo, el derecho a la salud impone a los gobiernos la obligación de crear las condiciones necesarias para que todas personas pueda estar lo más sanas posible, lo cual incluye garantizar no sólo una atención de la salud oportuna y adecuada, sino también otros elementos esenciales para la salud, como el acceso a alimentos, condiciones sanitarias, nutrición y vivienda adecuados.⁴⁵

Estados Unidos tiene todavía que reconocer totalmente el derecho a la salud o que establecer un sistema que proporcione acceso a la atención de la salud a todas las personas. Por ejemplo, la Corte Suprema ha determinado que la Constitución del país no impone a los estados la obligación de incluir la atención de la salud en sus programas de bienestar público. Sin embargo, como Estado signatario de dos de los principales tratados internacionales que se ocupan del derecho a la salud –el PIDESC y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la

⁴⁴ Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Estados Unidos de América, 5 de marzo de 2008, CERD/C/USA/CO/6, párr. 33.

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general N° 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr.11.

Mujer –, Estados Unidos deber esforzarse por tomar medidas para hacer efectivos los derechos que estos tratados garantizan y está obligado a abstenerse de realizar actos contrarios a la finalidad de ambos tratados. Además, es importante determinar bien el alcance del derecho a la salud al evaluar si Estados Unidos cumple con las obligaciones que le imponen los tratados que ha ratificado –por ejemplo, la obligación que le impone el PIDCP de proteger el derecho a la vida y la que le impone la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de garantizar la igualdad en el acceso a los servicios médicos y de salud pública–.⁴⁶

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que vigila la aplicación del PIDESC, ha hecho la determinación más autorizada del contenido del derecho a la salud hasta fecha. Según él, a fin de hacer efectivo el derecho a la salud se debe garantizar que

- hay **disponible** una cantidad suficiente de establecimientos de salud, profesionales capacitados y medicamentos esenciales;
- los establecimientos, bienes y servicios de salud y la información sobre la salud son **accesibles** económica y físicamente para todas las personas sin discriminación;
- los establecimientos, bienes y servicios de salud y la información sobre la salud son **aceptables**, es decir respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género, y
- los establecimientos, bienes y servicios de salud y la información sobre la salud son apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena **calidad**.⁴⁷

La CEDAW exige a los gobiernos que tomen medidas específicas para garantizar que las mujeres tienen acceso a atención materna y a otros servicios de salud sexual y reproductiva importantes para reducir la mortalidad materna, entre ellos: servicios de atención primaria de la salud a lo largo de la vida de la mujer; educación e información sobre salud sexual y reproductiva, como servicios de planificación familiar; servicios de atención prenatal; personal médico cualificado para asistir en el parto; atención obstétrica de emergencia, y servicios de atención postnatal.⁴⁸

En virtud del PIDCP, Estados Unidos tiene la obligación de garantizar el derecho a la libertad de expresión, que comprende “la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”.⁴⁹ Tal garantía es esencial para poder hacer efectivos otros derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, que abarca el derecho de acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y el derecho a participar en el proceso de

⁴⁶ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5.e.iv.

⁴⁷ Adaptado de CESCR, Observación general Nº 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 12.

⁴⁸ CESCR, Observación general Nº 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, párrs. 11, 12.d, 14, 21 y 36; CEDAW, Recomendación general Nº 24, párrs. 8 y 18; CEDAW, artículos 12 y 16.1.e, y Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.2.b.

⁴⁹ PIDCP, artículo 19.2.

adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.⁵⁰

PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS

Además del derecho a la vida, a no sufrir discriminación y a la salud, el derecho de los derechos humanos contiene principios que pueden servir para evaluar los esfuerzos de Estados Unidos por ocuparse de la mortalidad y la morbilidad maternas. Tres de estos principios son la no regresión, la participación y la rendición de cuentas.

Aunque el derecho a la salud no puede hacerse efectivo de inmediato, los gobiernos tienen la obligación de demostrar que están haciendo progresos en este sentido y que no hay regresión. El hecho de que Estados Unidos no haya reducido la mortalidad materna en los últimos 20 años demuestra que no se están haciendo progresos en sus intentos de abordar el problema.

Un enfoque de la cuestión de la salud materna basado en los derechos exige también una participación significativa de las personas y comunidades a las que se supone que el sistema de salud presta servicio y de los profesionales de la salud. Las limitadas opciones que tienen las mujeres desde el punto de vista de la atención de la salud materna ponen de manifiesto que no se ha incluido a los miembros de la comunidad y los grupos de defensa de los derechos humanos de las mujeres en el proceso de toma decisiones sobre la cuestión de qué es una atención materna adecuada y de calidad. La capacidad de una mujer para participar activamente en la atención que precisa se ve obstaculizada por la falta de información sobre las opciones de atención y la ausencia de medidas para hacer participar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones sobre la atención de su salud. La actual falta de información exhaustiva y de datos relativos a la salud materna y a las disparidades existentes en la atención prestada y en los resultados en la salud, así como la ausencia de sistemas efectivos para analizar los datos de manera coherente en todo el país, constituyen un obstáculo para la participación efectiva en programas y políticas de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y para la evaluación de tales programas y políticas.

CAPÍTULO 3: DISCRIMINACIÓN Y SALUD MATERNA

La mortalidad materna es espantosa. ¿Cómo puedes vivir oprimida y recibir una atención de segunda sin que se refleje en los resultados? [...] Las mujeres negras tendríamos mayor probabilidad de morir mientras no se nos trate con igualdad.

Shafia, presidenta del Centro Internacional para el Parto Tradicional (International Center for Traditional Childbirth), Portland, Oregón, entrevista con Amnistía Internacional, 28 de agosto de 2008

⁵⁰ CESCR, Observación general N° 14 (2000), párr. 11.

No hablaba más que del color de mi piel. Decía: “Eres la primera persona morena que atiendo”. Y así como 20 minutos. Y yo allí sentada, aguantando. Así que me fui y no volví más.

Mujer indígena que había solicitado atención prenatal, Wisconsin, grupo de discusión de Amnistía Internacional, julio de 2008

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

Mujer entrevistada por Amnistía Internacional contando la respuesta de la recepcionista de un hospital privado del Distrito de Columbia a una mujer que solicitaba una ecografía en 2008⁵¹

Las mujeres de color tienen más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las de otros sectores de la población. Las mujeres negras tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazado que las blancas.⁵² En los embarazos de alto riesgo, las disparidades son aún mayores, pues las mujeres afroamericanas tienen 5,6 veces más probabilidades de morir que las blancas. Entre las mujeres a las que se diagnostica hipertensión por embarazo (eclampsia y preeclampsia), las afroamericanas y las latinas tienen 9,9 y 7,9 veces más probabilidades de morir que las blancas.⁵³

Las mujeres negras tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo que las blancas.

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 la falta de acceso a servicios de atención primaria de la salud. 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.⁵⁴ Tienen también más probabilidades de sufrir problemas de discriminación, atención de mala calidad y trato culturalmente inadecuado.

Estados Unidos tiene una larga historia de discriminación incluso en la esfera de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por ejemplo, en la década de 1970 se dieron reiterados casos de mujeres con bajos ingresos a las que se coaccionaba para que accedieran a ser esterilizadas, amenazándolas con retirarles las prestaciones de la seguridad social si se negaban.⁵⁵ Algunos médicos se negaban a asistir en el parto o

⁵¹ Entrevista de Amnistía Internacional, 6 de noviembre de 2008.

⁵² Heron, *Deaths: Final Data for 2006*.

⁵³ Rosenberg et al, "Disparities in Mortality among High Risk Pregnant Women in Illinois: A Population Based Study", pp. 26–32.

⁵⁴ Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, *Health, United States*, 2007, tabla 7; disponible en <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf>, visitado por última vez el 14 de diciembre de 2009.

⁵⁵ [Reif v. Weinberger, 372 F. Supp. 1196, 1199 \(D.D.C. 1974\)](#).

practicar abortos a mujeres negras con bajos ingresos si no accedían previamente a dejarse esterilizar.⁵⁶ Entre 1972 y 1976 se esterilizó a millares de mujeres indígenas sin necesidad médica y sin su consentimiento informado.⁵⁷ Tales políticas y prácticas contribuyeron a crear una gran desconfianza en el sistema médico en las comunidades afectadas.

El gobierno de Estados Unidos tiene la obligación de garantizar que todas las mujeres pueden gozar del nivel más alto posible de salud en todas las etapas de su vida, proporcionándoles acceso en pie de igualdad y sin discriminación a los servicios y la información necesarios. Los datos disponibles muestran que no está cumpliendo con esta obligación.

ATENCIÓN INSUFICIENTE E INADECUADA

ISABEL

Isabel (nombre ficticio), inmigrante indocumentada, habla poco inglés. Tenía 27 años cuando, embarazada de su primer hijo, se puso de parto en 2005. Acudió a un hospital privado próximo a su casa, en Memphis, Tennessee. La recepcionista le dijo inmediatamente que no podían admitirla, que fuera a un hospital público, pero ella insistió en que su médico le había dicho que la vería allí. Contó a Amnistía Internacional: "Me caía de dolor. Al final me pusieron en una silla de ruedas [...] creí que me moría, de fuerte que era el dolor. Entonces vinieron y me dijeron: "Cállese". Una enfermera dijo: "La está oyendo todo el mundo. Cállese o la echamos". Todavía me tenían en silla de ruedas a la mañana siguiente, cuando sentí que llegaba el niño. Tenía miedo de que cayera al suelo. Me preparé para agarrarlo [...] Cuando por fin llegó mi médico, lloré. Sentí un gran alivio. Si no hubiera venido, habría dado a luz sola. Es cruel que te dejen sola en un hospital".

Isabel, Memphis, entrevista con Amnistía Internacional, 3 de febrero de 2009

Las actitudes discriminatorias que impiden o disuaden a las mujeres de acceder a servicios de atención de la salud adecuados cuando lo necesitan pueden tener consecuencias muy graves desde el punto de vista de la salud. Por ejemplo, se reconoce ampliamente que la atención prenatal es muy importante para un embarazo seguro. Por consiguiente, resulta muy alarmante que las mujeres de color tengan muchas más probabilidades que otras de no recibir atención prenatal o de recibirla tarde. En Dakota del Sur, por ejemplo, las mujeres indígenas tienen la mitad de probabilidades que las blancas de recibir la debida atención prenatal.⁵⁸ En un estudio sobre las disparidades

⁵⁶ D. E. Roberts, "Crime, Race and Reproduction", *Tulane Law Review*, 67, pp. 1945 y 1970–1971 (1993), véase por ejemplo *Walker v. Pierce*, 560 F.2d 609, 613 (4th Cir.1977), cert. denied, 434 US 1075 (1978).

⁵⁷ Véase Departamento General de Contraloría, *Summary of Information Obtained: Medical Research Involving Indian Subjects*, noviembre de 1975; disponible en <http://archive.gao.gov/f0402/100493.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁵⁸ Fundación Familia Kaiser (Kaiser Family Foundation), *Putting Women's Health Care Disparities on the Map: Examining Racial and Ethnic Disparities at the State Level*, junio de 2009, p. 63, tabla 2.8; disponible en <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

existentes en el acceso a servicios de atención prenatal se determinó que la mayoría de las mujeres querían recibir atención antes, pero encontraban considerables obstáculos para conseguirla.⁵⁹

Las mujeres de color tienen también menos probabilidades de acceder a servicios de planificación familiar y mayores índices de embarazo involuntario. Entre las consecuencias que tienen desde el punto de vista de la salud los embarazos involuntarios figuran un mayor riesgo de morbilidad en el caso de las mujeres y efectos negativos en la salud de sus bebés.⁶⁰ También en este caso, la cifras disponibles revelan que los embarazos involuntarios afectan de manera desproporcionada a las mujeres de color. Un estudio reveló que el 69 por ciento de las mujeres afroamericanas y el 54 por ciento de las hispanas afirmaban que sus embarazos eran involuntarios, frente al 40 por ciento de las mujeres blancas.⁶¹

En un estudio de ámbito nacional se ha determinado que la probabilidad de recibir asistencia en hospitales de mala calidad es desproporcionadamente mayor en el caso de las personas pertenecientes a minorías étnicas y raciales.⁶² Los estudios realizados han revelado también la existencia de disparidades en la calidad de la atención recibida por las mujeres de color y las inmigrantes. Un estudio sobre muertes maternas realizado en un estado determinó que, entre las mujeres afroamericanas, el 46 por ciento de tales muertes eran potencialmente evitables, mientras que entre las mujeres blancas lo eran el 33 por ciento. En el mismo estudio se señalaba que la falta de atención de calidad era un factor determinante en más de la mitad de las muertes evitables.⁶³ Otro estudio reveló que, en comparación con las mujeres nacidas en Estados Unidos, las mujeres nacidas en México tenían un índice menor de complicaciones en general, pero mayor índice de complicaciones asociadas a la atención obstétrica deficiente, como hemorragia posparto, laceraciones severas e infecciones graves.⁶⁴

ELIZA

⁵⁹ K. B. Umar, *Maternal Mortality: African Americans Remain at Higher Risk*, centro de recursos de la Oficina de Salud de las Minorías, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, enero/febrero de 2004; disponible en <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/Maternal%20Mortality--African%20Americans%20Remain%20at%20Higher%20Risk.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁶⁰ J. O'Brien et al, *Unintended Pregnancies: 2004–2006 N.C. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)*, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro Estatal de Estadísticas de la Salud, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, marzo de 2009; disponible en <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/index.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁶¹ L. B. Finer et al, "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy In the United States, 1994–2000", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Instituto Guttmacher, vol. 38, No. 2, junio de 2006, p. 93, tabla 1; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁶² R. Hasnain-Wynia et al, "Disparities in Health Care are Driven by Where Minority Patients Seek Care", 167, *Archives of Internal Medicine*, 2007, pp. 1233 y 1233–9.

⁶³ C. J. Berg et al, "Preventability of Pregnancy-Related Deaths, Results of a State-Wide Review", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, No. 6, diciembre de 2005.

⁶⁴ S. Guendelman et al, "Social Disparities in Maternal Morbidity During Labor and Delivery Between Mexican-Born and US-Born White Californians, 1996–1998", *American Journal of Public Health*, diciembre de 2005, Vol.95, No.12, pp. 2218–24; disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449510>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

En octubre de 2008, Eliza (nombre ficticio), mujer latina de 21 años, estaba embarazada de dos meses cuando su ex esposo la golpeó y la violó. En la declaración que hizo en la policía, contó: “Me oprimió el cuello con las manos hasta que perdí el conocimiento [...] Luego comenzó a golpearme con el puño. Me dio patadas en el estómago [y] en la espalda, que me causaron daños en el hígado, y patadas en la cara, por las que perdí dos dientes [...] Cuando dejó de golpearme, y yo estaba toda llena de sangre y sin poder moverme, me violó”. Tras la agresión, la pareja actual de Eliza la llevó al hospital. El personal de urgencias le dijo que no la entendían y que esperaba porque no había ningún interprete disponible. Una persona que prestaba servicios de apoyo dijo a Amnistía Internacional: “A las tres o cuatro horas se fueron; ella tenía tanto dolor que lo único que quería era limpiarse y tumbarse ¿Por qué espera el personal a un intérprete para atenderla? Aunque no hables su idioma; si tenía toda la cara destrozada. ‘Esa gente no vale la pena’, eso es lo que les parece”. A la mañana siguiente vieron a Eliza en otro hospital. Pese a la magnitud de las lesiones, el feto no sufrió ningún daño.

Entrevista de Amnistía Internacional, con informe de la policía y de personal de apoyo, proporcionado por especialistas en atención a mujeres maltratadas, Asociación Cristiana Femenina (YWCA), Memphis, Tennessee, febrero de 2009

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, Oregon, entrevista de Amnistía Internacional, 28 de agosto de 2008

Amnistía Internacional ha recibido informes sobre trato y atención inadecuados recibidos por mujeres de color en diversas situaciones de atención de la salud, que afectaban tanto al acceso a los servicios como a la calidad de éstos.

La discriminación agravada por factores como el sexo, la raza, la condición de indígena, la condición de inmigrante, el idioma y la pobreza puede crear un ambiente en el que sea habitual no tener en cuenta las necesidades y derechos de las mujeres. Sólo cuatro estados tienen en la actualidad legislación que obligue a los estudiantes de medicina y los profesionales de la salud a seguir cursos de capacitación cultural como parte de sus programas de certificación profesional o acreditación. (véase el anexo A).⁶⁵ La Oficina de Salud de las Minorías del Departamento de Salud y Servicios Humanos ha elaborado las Normas Nacionales sobre Servicios de Atención de la Salud Cultural y Lingüísticamente Apropriados (*National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care, CLAS*), conjunto de 14 reglas con las que se

⁶⁵ California, Nueva Jersey, Nuevo México y Washington. Maryland recomienda encarecidamente la formación cultural. Oficina de Salud de las Minorías, “Cultural Competency Legislation”, actualizado el 3 de septiembre de 2009; disponible en https://www.thinkculturalhealth.org/cccm/cc_legislation.asp, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

pretende aplicar un enfoque coherente a la capacitación cultural y lingüística en la atención de la salud. Sin embargo, estas normas no se aplican en todo el país.⁶⁶

KIM

Kim (nombre ficticio) contó a Amnistía Internacional que quería dar a luz en casa, pero que terminaron haciéndole una cesárea. Explicó: "Podría haber llevado mejor las cosas si me hubieran dado una razón médica de por qué necesitaba cesárea, pero no hubo ninguna explicación de por qué no podía tener un parto vaginal. Tenía que ser cesárea y ya está. Todas las demás opciones estaban descartadas." Segundo informe, un médico se llevó a Kim aparte tras el parto y le dijo: "No tenemos muchas pacientes negras. No están acostumbrados a tu personalidad, a que pregunes lo que preguntas y digas lo que dices. A que les cuestionen y les exijan que se atengan a sus diagnósticos". Kim señaló: "Era muy consciente de lo que pensaban de mí. Lo que se supone siempre: Soy una chica negra, así que soy pobre y sin estudios [pero] les hago preguntas por todo. Y cuanto más pregunto, más animosidad sienten los médicos hacia mí. Después de la cesárea, llamaron a un representante de Medicaid para que hablara conmigo. Dijo: 'Ni siquiera me han preguntado si cumple los requisitos! Gano 60.000 dólares al año'. En el certificado de nacimiento de mi hija pusieron que no tengo educación universitaria. Pero tengo un título superior. Fue horrible. Les dije que lo cambiaran, pero dijeron: 'No, no podemos cambiarlo. Ya se ha enviado. Pero no lo va a ver nadie, así que no importa'"

Entrevista de Amnistía Internacional, Asheville, Carolina del Norte, 6 de marzo de 2009

Amnistía Internacional recibió informes sobre mujeres a las que se trató con indiferencia o, en algunos casos, se desuadió de solicitar servicios porque no tenían o daban la impresión de no tener seguro o de tenerlo mediante un programa público de salud. Algunas mujeres latinas dijeron que normalmente las tenían mucho tiempo en la sala de espera y que notaban que el personal no les hacía caso o las trataba con desdén.

Cuando dicen ¡¿qué quiere?!, quiero irme.

Mujer latina, Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 3 de febrero de 2009

Se lo oímos decir continuamente a las mujeres. A las que van a solicitar servicios las tratan como si fueran un estorbo para el sistema. Las comunidades de Memphis están muy segregadas.

Proveedores de servicios, Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, febrero de 2009

⁶⁶ Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Salud de las Minorías, *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care*, marzo de 2001; disponible en <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Los testimonios proporcionados por mujeres, proveedores de servicios de salud y asesoras indican que la información que se ofrece a las mujeres suele ser insuficiente y menoscaba su derecho al consentimiento informado. En particular, las mujeres de color, las que no tienen seguro o están acogidas a Medicaid y las que no hablan inglés tienen menos probabilidad de intervenir en las decisiones sobre la atención que necesitan. Una asesora especializada en atención materna contó a Amnistía Internacional el caso de una mujer afroamericana de Memphis que se había quedado sin seguro al ser despedida del trabajo en 2005. Al quedarse en embarazada, había podido acogerse a Medicaid. La asesora explicó que la mujer, que tuvo graves complicaciones en el embarazo, se encontró con que la actitud del personal menoscababa la calidad de la atención prestada: “Era muy frustrante. No le dejaban decir nada ni le explicaban las cosas. Me dijo que se quedó atónita al ver cómo la trataban [...] Fue muy revelador. A duras penas conseguía que le informaran de lo necesario”. Al final perdió al bebé. Ahora trabaja en una agencia que presta atención domiciliaria y apoyo a mujeres embarazadas.⁶⁷

Las mujeres indígenas, incluidas las de Alaska, también hablaban en sus testimonios de trato culturalmente inadecuado y discriminatorio. Era un problema en particular para las muchas mujeres que tenían que acudir a servicios de atención de la salud alejados de sus comunidades.

No se respetan valores indígenas que son importantes [durante el nacimiento]. Te envían en un barco a la clínica de la ciudad de blancos o al hospital de blancos y te tratan como a una ciudadana de segunda clase, porque saben que no les van a pagar tanto como con alguien que tiene seguro normal y no recibe la atención gracias al Servicio de Salud para la Población Indígena. Es como si fueras ganado en vez de un ser humano que merece la misma atención y respeto que los demás.

Isaiah Brokenleg, lakota sicangu, especialista en epidemiología, Centro de Epidemiología Intertribal de los Grandes Lagos, Lac du Flambeau, Wisconsin, entrevista de Amnistía Internacional, 9 de julio de 2008

POBREZA Y SALUD

Lo notable no son las enfermedades que afectan a las mujeres de color, sino la pobreza, la falta de hogar, la atención insuficiente de la salud y la negación de derechos humanos, que son las causas básicas de muchos problemas.

Colectivo de mujeres de color Sistersong⁶⁸

Las condiciones socioeconómicas están vinculadas intrínsecamente a la salud. Las mujeres con bajos ingresos pueden tener acceso limitado a nutrición adecuada, una vivienda segura e información sobre la salud. Las inversiones en infraestructura de

⁶⁷ Antionette Holman, coordinadora de Iniciativa para Reducción de la Mortalidad Infantil (Infant Mortality Reduction Initiative), Oficina de Infancia y Juventud del condado de Shelby, Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 4 de febrero de 2009.

⁶⁸ L. J. Ross et al, Latina Roundtable, “Women of Color, Reproductive Health and Human Rights”, *American Journal of Health Studies Special Issue: “The Health of Women of Color”*, 17(2), 2001; disponible en http://www.sistersong.net/publications_and_articles/AJHS_SisterSong_2001.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

atención de la salud, como centros y servicios, suelen concentrarse en zonas ricas.⁶⁹ Las investigaciones realizadas demuestran que la salud maternofetal puede sufrir los efectos de la tensión derivada de los bajos ingresos y el racismo sufrido a lo largo de la vida, y se ha descubierto que esta tensión puede tener efectos acumulativos en el cuerpo, que parecen tener consecuencias negativas durante el embarazo.⁷⁰

Debido a la discriminación y las disparidades históricas, las personas de color están desproporcionadamente representadas entre los grupos con bajos ingresos de Estados Unidos, y las mujeres tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres. Las mujeres de color tienen al menos dos veces más probabilidades que las blancas de vivir en la pobreza; aproximadamente el 25 por ciento de las mujeres negras y latinas tienen ingresos inferiores al índice federal de pobreza (FPL).⁷¹ En especial están en situación de riesgo las mujeres que viven solas y que tienen hijos de corta edad: en 2000, el 46 por ciento de los hogares sostenidos por mujeres con hijos menores de cinco años tenían ingresos inferiores al FPL.⁷²

[L]os médicos son de fuera de la comunidad [...] Su conocimiento tiene un límite, y eso limita la calidad de la atención. [Por ejemplo], el acceso a los alimentos es un verdadero problema aquí, y no se tiene en cuenta.

Especialista en enfermería materno-infantil, reserva indígena, medio oeste, entrevista de Amnistía Internacional, 16 de diciembre de 2008

DISPARIDADES EN LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

La capacidad de acceso a los servicios de atención de la salud depende de que se tenga seguro o no y, si se tiene, de que sea privado o público. El acceso suele ser precario y estar vinculado al trabajo, la situación económica, el estado o la ciudad de residencia y la naturaleza de los problemas médicos en cuestión. (Véase el apartado sobre los seguros de atención de la salud en Estados Unidos *infra*). Las disparidades en el acceso y en los resultados son considerables.

Un alto porcentaje de los 308 millones de habitantes de Estados Unidos carecen de cobertura de salud (véase el anexo D). En 2008, nada menos que 46 millones de personas –uno de cada seis habitantes de Estados Unidos– no tenían ningún seguro de

⁶⁹ Véase por ejemplo D. B. Smith, *Eliminating Disparities in Treatment and the Struggle to End Segregation*, Commonwealth Fund Publication, No. 775, 2005; disponible en http://www.cmwf.org/usr_doc/775_Smith-ending_disparities_in_treatment.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁷⁰ Por ejemplo, M. C. Lu y N. Halfon, “Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective”, *Maternal and Child Health Journal*, marzo de 2003.

⁷¹ Oficina del Censo, *Age and Sex of All People, Family Members and Unrelated Individuals Iterated by Income-to-Poverty Ratio and Race: 2007–Below 100% of Poverty*, Current Population Survey, 2008 Annual Social and Economic Supplement; disponible en http://www.census.gov/hhes/www/macro/032008/pov/new01_100_01.htm, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

⁷² Oficina del Censo, tabla DP-3. *Profile of Selected Economic Characteristics: 2000*, Census 2000; disponible en <http://factfinder.census.gov>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

salud en absoluto.⁷³ Esta cantidad ha aumentado debido a la recesión económica, y actualmente se calcula que en 2009 rondaba los 52 millones.⁷⁴ En los dos últimos años, hasta 87 millones de personas se han encontrado en algún momento sin seguro de salud.⁷⁵ Aunque los miembros de minorías étnicas y raciales constituyen sólo alrededor del 34 por ciento de la población,⁷⁶ representan aproximadamente la mitad de las personas sin seguro.⁷⁷

En una familia que en general gana alrededor de que será 1.200 dólares mensuales, donde tiene que pagar renta, donde tiene que pagar comida, donde tiene que pagar gasolina, increméntale de una familia de cuatro un seguro médico. ¿Quién los paga? No tiene el dinero para pagarlo, o se paga el seguro medico y se queda sin comer.

Mujer latina, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 8 de julio de 2008

En 2008 había más estadounidenses sin seguro que en 1999.⁷⁸ Los trabajadores y trabajadoras con bajos ingresos tienen menos probabilidades de que les ofrezcan un seguro en el trabajo, pero muchos no reúnen los requisitos necesarios para acogerse a Medicaid ni tienen medios para hacerse un seguro privado.⁷⁹ Alrededor de la tercera parte de la población hispana (36 por ciento) e indígena (33 por ciento), y el 22 por ciento de la afroamericana no tienen seguro, frente al 13 por ciento de la población blanca.⁸⁰ En 2008, más del 44 por ciento de las personas que vivían en Estados Unidos pero no tenían la ciudadanía, 9,5 millones, carecían de seguro, debido en gran medida a obstáculos en el acceso a programas de seguro público,⁸¹ y entre los inmigrantes indocumentados carecían de él casi el 60 por ciento de los adultos.⁸² Hasta hace poco, los inmigrantes documentados tenían prohibido recibir cobertura pública durante cinco años. En la actualidad, los estados tienen la posibilidad de ofrecérsela, pero no están obligados a hacerlo.⁸³ Los inmigrantes indocumentados no pueden acogerse a Medicaid.

⁷³ C. DeNavas-Walt et al, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*, Oficina del Censo, Washington D.C., septiembre de 2009; disponible en <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

⁷⁴ M. Holmes et al, *Updating Uninsured Estimates for Current Economic Conditions: State Specific Estimates*, marzo de 2009, Centro Cecil G. Sheps de Investigación de Servicios de Salud, Universidad de Carolina del Norte e Instituto de Medicina de Carolina del Norte; disponible en http://www.shepscenter.unc.edu/new/FindingsBrief_UninsuredUnemployment_Mar2009.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁷⁵ *Americans at Risk: One in Three Uninsured*, Families USA, marzo de 2009, p. 2, tabla 1; disponible en <http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/americans-at-risk.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁷⁶ Oficina del Censo, *National Characteristics: National Sex, Race and Hispanic Origin Estimates*, agosto de 2008; disponible en <http://www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2008-srh.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁷⁷ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 21, tabla 7.

⁷⁸ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 22, figura 6.

⁷⁹ L. Clemans-Cope et al, *Access to Employer-Sponsored Health Insurance among Low-Income Families*, Instituto Urban, 2007; disponible en http://www.urban.org/UploadedPDF/411533_fringe_benefits.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁸⁰ Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured), *The Uninsured: A Primer: Key Facts about Americans Without Health Insurance*, octubre de 2007, p. 30, tabla 1; disponible en <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-03.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁸¹ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 21, tabla 7.

⁸² J. Passel y D. Cohn, *A Portrait of Unauthorized Immigrants in the United States*, Pew Hispanic Center, 14 de abril de 2009, p. 1 8.

⁸³ Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act), de 2009.

⁸⁴ Para los servicios de urgencia de Medicaid disponibles para una limitada gama de “enfermedades de urgencia” no es necesaria la ciudadanía, si se cumplen otros requisitos necesarios.⁸⁵

Las personas sin seguro que necesitan atención médica tienen opciones limitadas. Aunque, de acuerdo con la legislación federal, en el departamento de urgencias de un hospital no se puede rechazar a nadie que llegue con un problema médico grave de urgencia, al menos hasta que su estado sea estacionario,⁸⁶ el coste del tratamiento puede sumir a la familia de la persona atendida en la pobreza, por tener que hacer frente a una deuda durante mucho tiempo o a la ruina.

Los centros comunitarios de salud, incluidos los que cumplen los requisitos federales necesarios (FQHC), son una importante fuente de atención de salud para las personas con bajos ingresos, que presta servicios aplicando una escala móvil basada en los ingresos y el tamaño de la familia. 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.⁸⁷ Sin embargo, sólo hay FQHC en alrededor del 20 por ciento de las zonas sin servicios médicos suficientes,⁸⁸ por lo que gran número de personas carecen de esta protección decisiva.

Seguros de salud en Estados Unidos

En Estados Unidos hay varios tipos de seguro de salud privados y públicos. Pueden ofrecerse a modo de prestación directa por medio del empleador de la persona, mediante la contratación personal del seguro o a través de programas administrados con fondos públicos como Medicaid. Se calcula que como consecuencia de la falta de seguro se producen 45.000 muertes al año –una cada 12 minutos–.⁸⁹ La enfermedad y las facturas médicas son una importante causa de quiebra, presente en el 62 por ciento de los casos de quiebra que se dieron en Estados Unidos en 2007.⁹⁰

La existencia de centenares de compañías de seguros con múltiples tipos de planes y sistemas de reembolso genera muchos gastos innecesarios y aumenta los costes administrativos generales. En el estudio más reciente realizado en profundidad sobre

⁸⁴ Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades de Trabajo (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act), de 1996, y título XIX de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act).

⁸⁵ Código Federal de Estados Unidos, 42 U.S.C. §1396b(v)(3) (2009).

⁸⁶ Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, de 1986.

⁸⁷ Oficina de Atención Primaria de Salud, *2007 National Aggregate UDS (Uniform Data System) Data*, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos, p. 2; disponible en [ftp://ftp.hrsa.gov/bphc/pdf/uds/2007nationaluds.pdf](http://ftp.hrsa.gov/bphc/pdf/uds/2007nationaluds.pdf), visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁸⁸ Administración de Recursos y Servicios de Salud, *Health Centers: America's Primary Care Safety Net, Reflections on Success, 2002-2007*, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Atención Primaria de Salud, p. 9; disponible en [ftp://ftp.hrsa.gov/bphc/HRSA_HealthCenterProgramReport.pdf](http://ftp.hrsa.gov/bphc/HRSA_HealthCenterProgramReport.pdf).

⁸⁹ A. P. Wilper et al, “Health Insurance and Mortality in US Adults”, *American Journal of Public Health*, Vol.99, No. 12, pág 2289, septiembre de 2009; disponible en http://www.ncpa.org/pdfs/2009_harvard_health_study.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹⁰ D. U. Himmelstein et al, “Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study”, *American Journal of Medicine*, 2009, p. 3, tabla 2.

este asunto se determinó que en 1999 alrededor del 31 por ciento del gasto en atención de la salud en Estados Unidos, más de 1.000 dólares por persona, se hizo en servicios administrativos, lo que supuso más del triple de la cantidad gastada en Canadá (307 dólares estadounidenses), que tiene un sistema nacional de pagador único.⁹¹ La responsabilidad primaria de las compañías de seguros es para con los accionistas, por lo que las decisiones sobre la cobertura y los servicios de atención de la salud pueden verse determinadas por intereses económicos, más que por una evaluación de los beneficios para la ciudadanía y la persona.

La prioridad máxima de las empresas con fines de lucro es hacer subir el valor de sus acciones [...] Para conseguir que se cumplan las implacables expectativas de beneficio de Wall Street, las aseguradoras suelen deshacerse de los asegurados que son poco rentables o caen enfermos.

Wendell Potter, ex director de seguros, declaración ante el Comité de Comercio, Ciencia y Transporte del Senado de Estados Unidos, Filadelfia, Pensilvania, 24 de junio de 2009⁹²

Seguros de salud basados en el puesto de trabajo

Alrededor del 58 por ciento de la población estadounidense recibe el seguro de salud a través de sus empleadores.⁹³ Las prestaciones ofrecidas y el coste del plan para el empleado varían mucho.⁹⁴ La aportación media del empleado para el coste del seguro de salud con cobertura familiar ha aumentado más del 128 por ciento desde 1999.⁹⁵ Durante el mismo periodo, el salario medio ha aumentado sólo el 36 por ciento.⁹⁶ Por consiguiente, para algunas personas, el coste de la aportación se ha vuelto prohibitivo.

No todos los empleadores ofrecen seguro de salud. En una encuesta reciente se determinó que el 30 por ciento de las personas con bajos ingresos (menos de 27.000

⁹¹ S. Woolhandler et al, "Costs of Health Administration in the United States and Canada", Departamento de Medicina, *New England Journal of Medicine*, septiembre de 2003, 349:768-75; disponible en <http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. En un informe de 2007 del Instituto Global McKinsey se determinó que la estructura privada del sistema de atención de la salud de Estados Unidos aumentaba los costes de diversas formas, por ejemplo, el 86 por ciento del exceso de gasto en administración de la atención de salud, 84.000 millones de dólares, se atribuía al sector privado, principalmente a gastos relacionados con ventas y comercialización, además de a riesgos de salud asegurados. Véase C. Angrisano et al, *Accounting for the Cost of Health Care in the United States*, Instituto Global McKinsey, enero de 2007; disponible en [http://www.mckinsey.com/mgi/rp/health care/accounting_cost_health care.asp](http://www.mckinsey.com/mgi/rp/health%20care/accounting_cost_health%20care.asp), visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹² Testimonio de Wendell Potter, Comité de Comercio, Ciencia y Transporte del Senado de Estados Unidos, 24 de junio de 2009; disponible en http://commerce.senate.gov/public/_files/PotterTestimonyConsumerHealthInsurance.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹³ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 23,figura 7.

⁹⁴ *Trends and Indicators in the Changing Health Care Marketplace, Exhibit 4.1: Percent of Covered Workers with Selected Benefits, by Firm Size, 2004*, Fundación Familia Kaiser, febrero de 2005; disponible en <http://www.kff.org/insurance/7031/ti2004-4-set.cfm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹⁵ *Employer Health Benefits: 2009 Summary of Findings*, Fundación Familia Kaiser y Fondo de Investigación de la Salud y Educativo (Health Research & Educational Trust), septiembre de 2009; disponible en <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7937.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹⁶ Administración de Seguridad Social de Estados Unidos, National Average Wage Indexing Series, 1951–2008; disponible en <http://www.ssa.gov/OACT/COLA/AWI.html#Series>, visitado por última vez el 3 De diciembre de 2009. Nota: la información sobre los aumentos salariales está basada en los datos más recientes disponibles, que son los que hay hasta 2008.

dólares al año) no recibían seguro de salud por medio de su empleador.⁹⁷ Incluso cuando éste ofrece el seguro, puede darse el caso de que el empleado no cumpla los requisitos necesarios para recibirlo, por ejemplo, por trabajar a tiempo parcial.⁹⁸ Como el seguro está vinculado a un determinado empleador, el cambio de trabajo o su pérdida suelen comportar un periodo sin cobertura o la perdida total del seguro.

Aunque, en virtud de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA), de 1985, las empresas con más de 20 empleados tienen que ofrecer seguro de salud durante un periodo de hasta 18 meses al empleado que pierda su trabajo, el coste del plan suele ser prohibitivo para éste, pues tiene que pagarse entre el 35 y el 100 por ciento de la prima.⁹⁹

Seguros de salud individuales

Más de 26 millones de personas se pagan personalmente el seguro.¹⁰⁰ Los seguros privados son por lo general considerablemente más caros que los basados en el puesto de trabajo y suelen incluir menos servicios; a veces no incluyen la atención de la salud materna. Asimismo, las compañías de seguros pueden denegar la cobertura para afecciones preexistentes, como embarazo, cáncer, diabetes e hipertensión. Sólo seis estados garantizan a las personas con afecciones preexistentes el acceso al seguro al mismo precio que a las demás.¹⁰¹

Seguros de salud públicos

Aproximadamente 87 millones de personas reciben atención de la salud financiada por el gobierno, a la que alrededor de la mitad tienen derecho por ser mayores de 65 años y la mitad por tener bajos ingresos.¹⁰² La asistencia médica subvencionada con fondos públicos sólo está a disposición que quienes cumplen determinados requisitos. Los principales programas financiados por el gobierno, como Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños, están administrados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.¹⁰³

⁹⁷ Washington Post, Fundación Familia Kaiser y Universidad de Harvard, *Survey of Low-wage Workers*, agosto de 2008; disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7802.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹⁸ *Health Insurance Coverage in America 2006–Kaiser Slides*, Fundación Familia Kaiser, diapositiva 52, 5 de junio de 2008; disponible en <http://facts.kff.org/chartbook.aspx?cb=50&CFID=33115331&CFTOKEN=48578418>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

⁹⁹ Según la Ley de Reinversión y Recuperación de Estados Unidos (American Recovery and Reinvestment Act), promulgada en febrero de 2009, el 65 por ciento de las primas existentes en virtud de COBRA estarán subvencionadas por el Departamento del Tesoro durante nueve meses. Sin embargo, el 35 por ciento del coste del seguro sigue siendo una cantidad fuera del alcance de muchas personas sin trabajo; además, no todas ellas tienen derecho a esta ayuda. S. Dorn, *How Effectively Does the American Recovery and Reinvestment Act Help Laid-Off Workers and States Cope with Health Care Costs?*, Instituto Urban, Fundación Robert Wood Johnson, marzo de 2009; disponible en http://www.urban.org/uploadedpdf/411893_howeffectivelydoes.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁰⁰ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 59, tabla C-1.

¹⁰¹ Maine, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York, Vermont y Washington. Ben Furnas, *Pre-existing Conditions Can Lead to Insurance Discrimination*, Centro para el Progreso de Estados Unidos, abril de 2009; disponible en http://www.americanprogress.org/issues/2009/04/pdf/preexisting_conditions.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁰² Además de Medicare y Medicaid, la atención de la salud subvencionada con fondos públicos incluye la que se presta a los militares y los veteranos. Véase Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p. 23.

¹⁰³ Otros programas públicos son el programa de atención de la salud del Departamento del Defensa, el programa de atención de la salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el Servicio de Salud para la Población Indígena.

El programa Medicaid ofrece cobertura médica a más de 42 millones de personas, dos tercios de las cuales son niños y niñas.¹⁰⁴ Los bajos ingresos no son suficientes por sí solos para tener derecho a la asistencia médica. Medicaid está limitado a quienes pertenezcan también a determinadas categorías, a saber: menores y sus progenitores, mujeres embarazadas, determinadas personas con discapacidad y personas ancianas.¹⁰⁵ El Programa de Seguro Médico para Niños tiene por objeto ofrecer la cobertura del seguro a los niños de familias cuyos ingresos sean demasiado altos para tener derecho a Medicaid pero demasiado bajos para pagarse un seguro de salud privado.

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños están financiados de manera conjunta por el estado correspondiente y el gobierno federal. Aunque los gobiernos de los estados deben cumplir ciertas normas federales, se deja en gran medida a su arbitrio la aplicación el programa Medicaid. Debido a ello, el acceso a los servicios ofrecidos por Medicaid difiere considerablemente de un estado a otro. Los umbrales de ingresos de Medicaid son por lo general muy bajos (véase el anexo D). Por ejemplo, en 33 estados, una mujer con dos hijos debe ganar 18.310 dólares como máximo al año (el FPL para una familia de tres miembros en 2009) para poder acogerse al programa. Sin embargo, en 13 estados, una mujer con dos hijos que gane 9.155 (el 50 por ciento del FPL para una familia de tres miembros) no puede hacerlo.¹⁰⁶

Las directrices federales para determinar los índices de pobreza, creadas en la década de 1960, han recibido críticas de economistas, políticos, gobiernos locales e intelectuales, que consideran que establecen índices demasiado bajos, porque están desfasadas, son inexactas e incompletas y no tienen en cuenta ciertos criterios como el coste de la vivienda, que varía de unas partes del país a otras.¹⁰⁷

Los onerosos procedimientos aplicados ponen considerables obstáculos burocráticos y económicos al acceso a los servicios.¹⁰⁸ En 2004, casi el 75 por ciento de los niños sin

Véase E. D. Hoffman, Jr. et al, *Brief Summaries of Medicare & Medicaid, Title XVIII and Title XIX of the Social Security Act as of November 1, 2007*, noviembre de 2007; disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2007.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre.

¹⁰⁴ Oficina del Censo, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage, 2008*, p.22.

¹⁰⁵ Unos 29 millones de las personas cubiertas son niños y niñas. Fundación Familia Kaiser, *Distribution of Medicaid Enrollees by Enrollment Group, FY2006*, State Health Facts; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?typ=1&ind=200&cat=4&sub=52>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. En 2004, el 69 por ciento de los adultos acogidos a Medicaid eran mujeres. Fundación Familia Kaiser, *Medicaid's Role For Women, Women's Issue Brief*, octubre de 2007; disponible en http://www.kff.org/womenshealth/upload/7213_03.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁰⁶ Fundación Familia Kaiser, *Income Thresholds for Jobless and Working Parents Applying for Medicaid by Annual Income as a Percent of Federal Poverty Level (FPL), 2009*, State Health Facts; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=205&cat=4>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁰⁷ Cara Buckley, "City Refines Formula to Measure Poverty Rate", *New York Times*, 14 de julio de 2008, p. 2B; D. Reed, *Poverty in California: Moving Beyond the Federal Measure*, California Counts Population Trends and Profiles, Instituto de Política Pública de California (Public Policy Institute of California), mayo de 2006; disponible en http://www.ppic.org/content/pubs/cacounts/CC_506DRCC.pdf; B. Stotts, "Comfortable in Poverty", Accuracy in Media, 6 de septiembre de 2007; disponible en <http://www.aim.org/briefing/comfortable-in-poverty/>; declaración de Nancy Cauthen, Centro Nacional para Niños en la Pobreza, Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia, sesión sobre medición de la pobreza en Estados Unidos, Comité de Modos y Medios de la Cámara de Representantes, Subcomité de Seguridad de Ingresos y Apoyo Familiar, 1 de agosto de 2007.

¹⁰⁸ Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, *Key Facts: Citizenship Documentation in Medicaid, 2007*, diciembre de 2007; disponible en http://www.kff.org/medicaid/upload/7533_03.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

seguro y el 28 por ciento de los padres sin seguro con derecho a él no estaban inscritos.¹⁰⁹

Personas sin seguro

Según cálculos, en enero de 2009 no tenían seguro de salud en Estados Unidos 52 millones de personas.¹¹⁰ La mayoría de las personas sin cobertura llevan al menos un año en tal situación.¹¹¹ Por estados, el porcentaje de personas sin seguro varía considerablemente, desde un máximo del 25,2 por ciento (Texas)¹¹² a un mínimo del 2,6 (Massachusetts).¹¹³

Cuando la economía está en recesión [...] la cobertura se deshace rápidamente todavía más. Cuando los trabajadores asegurados se quedan sin trabajo, se quedan también sin la cobertura de la salud basada en su empleo [...] Se calcula que por cada punto porcentual que aumenta el índice nacional de desempleo, 1 millón más de estadounidenses recurren a Medicaid para tener cobertura y otro 1,1 millones se quedan sin seguro.

Diane Rowland, directora ejecutiva de la Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, Washington, D.C.¹¹⁴

La crisis económica ha traído consigo un aumento del desempleo. Ha provocado también recortes en las prestaciones que ofrecen los empleadores y en las partidas presupuestarias estatales para Medicaid. Debido a ello, el número de personas sin seguro ha aumentado. Con un índice nacional de desempleo del 10,2 por ciento en octubre de 2009 (el más alto en 26 años),¹¹⁵ 45 estados y el distrito de Columbia tienen déficit presupuestario. A principios de 2009, la mitad de los estados y el distrito de Columbia habían introducido o propuesto recortes en Medicaid y el Programa de

¹⁰⁹ J. Holahan et al, *Characteristics of the Uninsured: Who Is Eligible for Public Coverage and Who Needs Help Affording Coverage?*, Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin seguro, febrero de 2007, p. 3, figura 2; disponible en <http://ccf.georgetown.edu/index/cms-filesystem-action?file=research%2Funinsured%2Fcharacteristics+of+the+uninsured.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre.

¹¹⁰ M. Holmes et al, *Updating Uninsured Estimates for Current Economic Conditions: State Specific Estimates*, Centro Cecil G. Sheps para la Investigación de Servicios de Salud, Universidad de Carolina del Norte e Instituto de Medicina de Carolina del Norte, marzo de 2009.

¹¹¹ Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, *Health Coverage in America: 2006 Data Update*, 3 de octubre de 2007, p. 6; disponible en <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-05.pdf>, visitado por última vez el 16 de diciembre de 2009.

¹¹² Fundación Familia Kaiser, *Health Insurance Coverage of the Total Population, States (2007-2008)*, U.S. (2008), State Health Facts; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?typ=2&ind=125&cat=3&sub=39>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

¹¹³ *Health Care in Massachusetts: Key Indicators*, División de Economía y Política de Atención de la salud de Massachusetts (Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy), mayo de 2009, p. 36; disponible en http://www.mass.gov/EeoHhs2/docs/dhcfp/r/pubs/09/Key_Indicators_May_09.pdf, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

¹¹⁴ D. Rowland, "Health Care and Medicaid Weathering the Recession", *New England Journal of Medicine*, 1273–6 (2009); disponible en <http://content.nejm.org/cgi/reprint/360/13/1273.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹¹⁵ Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento del Trabajo; disponible en http://data.bls.gov/PDQ/servlet/SurveyOutputServlet?data_tool=latest_numbers&series_id=LNS14000000, datos tomados el 23 de noviembre de 2009.

Seguro Médico para Niños, incluidos mayores restricciones del derecho a acogerse a los programas y recortes en las prestaciones y los reembolsos.¹¹⁶

DISPARIDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El Comité recomienda al Estado Parte que siga trabajando para solucionar las persistentes desigualdades en materia de servicios de salud que afectan a personas pertenecientes a minorías nacionales, étnicas y raciales, en particular eliminando los obstáculos que impiden o limitan su acceso a una atención sanitaria adecuada, entre ellos la carencia de seguro médico, la distribución desigual de los recursos de atención sanitaria, la persistente discriminación racial en la prestación de servicios médicos y la mala calidad de los servicios sanitarios públicos.

Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Estados Unidos de América, 5 de marzo de 2008.

Las mujeres de color representan un porcentaje desproporcionado de las personas que dependen de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños y se ven, por tanto, especialmente afectadas por los obstáculos al acceso a servicios de atención de la salud por medio de programas públicos.¹¹⁷ Las leyes y políticas que limitan el derecho a recibir atención pública de la salud e impiden o demoran el acceso a ella perpetúan estas profundas desigualdades en el acceso a servicios de atención de la salud de calidad, incluida la salud materna.

La Ley de Reducción del Déficit, de 2005, permite a los estados imponer primas o el copago a los beneficiarios de Medicaid y negar la atención de la salud a quienes no tengan medios para pagarla. Por ejemplo, los estados pueden exigir el prepago de primas antes de permitir la inscripción en Medicaid. La Ley dispone también que debe probarse la ciudadanía o la condición de inmigrante al solicitar la inscripción en Medicaid. Se ha visto que esta disposición afecta particularmente a ciudadanos estadounidenses con bajos ingresos que no tienen la documentación necesaria (como el certificado de nacimiento o el pasaporte) y no pueden pagar lo que cuesta hacer la solicitud.¹¹⁸ En Alabama, por ejemplo, a los seis meses de aplicación de este requisito

¹¹⁶ Families USA, *Critical Care: The Economic Recovery Package and Medicaid*, 2009; disponible en <http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/critical-care.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹¹⁷ Fundación Familia Kaiser, *Key Facts: Race, Ethnicity and Medical Care*, enero de 2007, p. 15, figura 19; disponible en <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/6069-02.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009; Fundación Familia Kaiser, *Putting Women's Health Care Disparities on the Map: Examining Racial and Ethnic Disparities at the State Level*, junio de 2009, p. 7; disponible en <http://www.kff.org/minorityhealth/7886.cfm>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

¹¹⁸ D. C. Ross, *New Medicaid Documentation Requirement Disproportionately Harms Non-Hispanics, New Data Show: Rule Mostly Hurts US Citizen Children, Not Undocumented Immigrants*, Centro de Prioridades Presupuestarias y Políticas (Center on Budget and Policy Priorities), julio de 2007; disponible en <http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=471>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

se había retirado Medicaid a 3.500 niños y niñas acogidos al programa por carecer de la documentación necesaria; el 60 por ciento de ellos eran afroamericanos.¹¹⁹

Dentro del sistema de Medicaid persisten desigualdades desde el punto de vista del gasto medio por paciente, que en el caso de las personas blancas (6.134 dólares) es considerablemente mayor que en el de otros sectores de la población: casi 1,5 veces más que en el de las personas afroamericanas (4.202 dólares) y el doble que en el de las hispanas (2.563 dólares).¹²⁰

No será atendida si no está de parto.

Cartel de un centro del Servicio de Salud para la Población Indígena¹²¹

El Servicio de Salud para la Población Indígena (IHS), que forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, administra los centros de salud de las comunidades indígenas, incluidas las de Alaska. Sin embargo, sus servicios adolecen desde hace mucho tiempo de una grave falta de fondos, recursos y personal.¹²² 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. En el caso del Servicio de Salud para la Población Indígena, esa cifra fue de 1.900 dólares.¹²³

A diferencia de Medicaid, el Servicio de Salud para la Población Indígena recibe sus fondos a través de proyectos de ley de asignación presupuestaria anual. El tipo de servicios y centros financiados y la cantidad de dinero recibida por el sistema varía considerablemente de un año a otro. Al realizarse la financiación de este modo, es habitual también que el sistema se quede sin fondos ya en junio, con lo que los miembros de las comunidades indígenas se ven privados del acceso a servicios de salud que no sean de urgencia hasta octubre, cuando se conceden nuevas subvenciones. Como ha señalado un asesor indígena, “no hay que ponerse enfermo a partir de junio”.¹²⁴ Si la financiación del Servicio de Salud para la Población Indígena se

¹¹⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, grupo de trabajo sobre salud y salud medioambiental, *Unequal Health Outcomes in the United States, A Report to the UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination*, enero de 2008, p. 31; disponible en <http://www.prrac.org/pdf/CERDHealthEnvironmentReport.pdf>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

¹²⁰ Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, *Medicaid Statistical Information System (MSIS)*, p. 36, tabla 21, FY2004.

¹²¹ Información proporcionada por representante indígena durante una cumbre con funcionarios federales celebrada durante dos días, 15 y 16 de abril de 2009. Carol Berry, “Native Health Needs and Federal Apathy are Told at an IHS Conference”, *Indian Country Today*, 23 de junio de 2009; disponible en <http://www.indiancountrytoday.com/national/midwest/48618202.html>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

¹²² Véase, por ejemplo, Congreso Nacional de la Población Indígena, *Testimony of the National Congress of American Indians on FY2003 Appropriations for the Indian Health Service*, 5 de abril del 2002; disponible en <http://www.ncai.org/ncai/advocacy/otherissue/docs/IHS03.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹²³ Comisión de Derechos Civiles, *A Quiet Crisis: Federal Funding and Unmet Needs in Indian Country*, julio de 2003. Véase también, Oficina de Intervención de Cuentas, *Indian Health Service: Health Care Services are not Always Available to Native Americans*, 8 de enero de 2005, pp. 43–44; disponible en <http://www.usccr.gov/pubs/na0703/na0731.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹²⁴ Comunicado de prensa del senador Tim Johnson, *Johnson Honors Tribal Health Care Leader*, 30 de enero de 2008; disponible en <http://johnson.senate.gov/newsroom/record.cfm?id=291470>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

convirtiera en un programa de ayuda social del mismo modo que Medicaid sería más previsible.

Las personas sin ciudadanía estadounidense tiene menos probabilidades de conseguir estar aseguradas, y muchas encuentran muchas dificultades para acceder a servicios adecuados. Amnistía Internacional recibió varios informes sobre inmigrantes indocumentadas que no habían ido nunca al médico antes de llegar al hospital para dar a luz, aun cuando algunas sufrían enfermedades graves que requerían vigilancia y cuidados.

Una matrona contó a Amnistía Internacional: "Atendí a una mexicana de 17 años sin seguro. La habían operado dos veces de niña para reparar una deficiencia cardiaca congénita. La remití en seguida a una clínica de alto riesgo". Tras una evaluación inicial, la clínica manifestó que debía trasladarse a la mujer para continuar atendiéndola allí y que había que hacer electrocardiogramas a madre e hijo y que ponerlos bajo observación médica más detenida "cuando tenga Medicaid". La matrona señaló: "Saben que está indocumentada. No lo va a conseguir. Y la cita que tuvo, seguro que van a enviarle una factura espantosa [...] Es de riesgo demasiado alto para que mi clínica la admita, y no podemos arriesgarnos a que nos quiten la licencia, pero no la va a atender nadie más". Embarazada de siete meses, la mujer "apenas podía respirar y estaba todo el rato cansada", pero ni siquiera así podía encontrar atención prenatal. Al final, una clínica obstétrica especializada en embarazos de alto riesgo accedió a atender a la mujer, que dio a luz sin problemas al final del embarazo. En octubre de 2009, la matrona contó a Amnistía Internacional:

Está otra vez embarazada, sólo unos meses después de haber dado a luz. No recibió asistencia de seguimiento [postnatal], ni le dieron tampoco información ni métodos anticonceptivos. Ha vuelto aquí, porque nadie más va a admitirla. Qué poco se piensan las cosas. Reúne todas las condiciones para recibir apoyo, especialmente sabiendo lo peligroso que es para ella estar embarazada.

CAPÍTULO 4: OBSTÁCULOS A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA

TRINA BACHTEL

En agosto de 2007, dos semanas después de que su hijo naciera muerto, Trina Bachtel, mujer blanca de 35 años, murió. Según informes, durante el embarazo había sufrido preeclampsia, enfermedad que precisa de atenta vigilancia durante la atención prenatal. Los informes indican que, aunque en el momento de su embarazo estaba asegurada, 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. Cuando cayó enferma, Trina Bachtel tardó en solicitar asistencia, porque no podía pagar los precios de la clínica local. Finalmente recibió atención médica en un hospital situado a 30 millas (48 km), donde su hijo nació muerto. Posteriormente la trasladaron a la localidad de Columbus, Ohio, situada a 75 millas (120 km), donde murió. Las dos clínicas locales de su zona negaron haberla atendido como paciente. La administración de una de ellas dijo que podían imponer “restricciones de crédito” a una paciente si pensaban que podía pero no quería pagar la factura.¹²⁵

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 ello, hay muchas probabilidades de que las mujeres, en particular las de color, las que viven en la pobreza y las inmigrantes, se queden embarazadas padeciendo enfermedades no controladas o no tratadas, reciban poca o ninguna atención prenatal por retrasos en la recepción de la cobertura, contraigan agobiantes deudas tras el parto y tengan acceso limitado a atención posparto.

A fin de respetar las normas y principios de derechos humanos relacionados con la salud materna, Estados Unidos debe ocuparse de los obstáculos que impiden actualmente a las mujeres, en particular a las que viven en la pobreza o pertenecen a grupos marginados, tener acceso a atención de la salud de calidad con igualdad y sin discriminación. Los principios de derechos humanos relativos al derecho a la salud obligan a los Estados a prestar especial atención a los grupos de riesgo. Estados Unidos no cumplen con estas obligaciones.

¹²⁵ Anne. E. Kornblut, “Clinton Told True Tale of Woe, Says Kin”, *Washington Post*, julio de 2008; Larry Jackson, *Shades of Gray in Clinton Hospital Story*, Associated Press, 8 de abril de 2008.

OBSTÁCULOS ECONÓMICOS

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

Felicia Marboah, matrona, establecimiento de atención materno infantil Mary's Center, Washington D.C., entrevista de Amnistía Internacional, 6 de noviembre de 2008

Desde el punto de vista de la salud, tener un bebé puede ser el acontecimiento más costoso para una familia durante su la edad fértil.¹²⁶ La capacidad de tener acceso a atención adecuada depende en parte de que la mujer tenga o no seguro, del tipo de seguro, de la ubicación y características del centro donde se dé a luz y de que la mujer o el bebé sufran o no complicaciones médicas.

Hasta ahora estoy pagando todavía [el parto] de la niña -- era mucho dinero para tener una cesárea. Dije que me dejaran pagar en pagos -- acabo de pagar la anestesia, y después de dos años. Ahorita me queda como casi seis mil [dólares].

Mujer latina, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 8 de julio de 2008

Alrededor del 99 por ciento de las mujeres dan a luz en hospitales donde sólo las comisiones por servicios oscilan por término medio entre los 8.300 y los 10.700 dólares por un parto vaginal y entre los 14.800 y los 18.900 por una cesárea, dependiendo de que surjan complicaciones.¹²⁷ Estos precios no incluyen los honorarios profesionales por la atención prenatal y el parto, que suman por término medio entre 4.350 y 6.000 dólares más.¹²⁸

No aseguramos una casa en llamas.

Afirmación hecha, según informes, por el representante de una compañía de seguros al rechazar una solicitud de a Tanya Blumstein, quien, de acuerdo con una noticia de julio de 2008, no pudo contratar un seguro de salud privado con ninguna compañía estadounidense estando embarazada.¹²⁹

¹²⁶ Jennifer L. Howse, "March of Dimes Study Unveils Cost of Having a Baby", *Law & Health Weekly*, 887, 30 de junio de 2007.

¹²⁷ J.A. Martin et al, *Births: Final data for 2006*, National Vital Statistics Reports, vol. 57, No.7, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, 2009, p. 67, tabla 27; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, *Healthcare Cost and Utilization Project*, Rockville, Maryland; disponible en <http://hcupnet.ahrq.gov/HCUPnet.jsp>. Datos correspondientes a 2005, véase C. Sakala et al, *Evidence-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve*, Childbirth Connection, Reforming States Group y Millbank Memorial Fund, octubre de 2008, figura 2; disponible en <http://www.millbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html#figure3>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹²⁸ Datos de 2004. Véase Thomson Health, *The Healthcare Costs of Having a Baby*, junio de 2007, p. 8, tabla 3; disponible en <http://www.kff.org/womenshealth/upload/whp061207othc.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹²⁹ Joseph Shapiro, *France's Model Health Care for New Mothers*, National Public Radio, 10 de Julio de 2008; disponible en: <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=92116914>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

La legislación federal contra la discriminación dispone que las empresas con más de 15 empleados deben tratar el embarazo, el parto y la enfermedades conexas del mismo modo que otras "enfermedades causantes de incapacidad temporal" y prohíbe a los empleadores cobrar a las mujeres primas más caras que a los hombres. Debido a ello, la mayoría de los planes de salud de las empresas cubren la atención relacionada con el embarazo y el parto sin costes adicionales para las mujeres.¹³⁰ Asimismo, en los planes basados en el empleador que cubren la atención materna no puede negarse el seguro a una mujer embarazada recién contratada debido a su embarazo si estaba cubierta por otro seguro antes de su contratación.

Normalmente, las mujeres aseguradas por medio de su empleador tienen que contribuir a pagar los costes de la atención de la salud, incluidas las primas (coste del seguro) y los deducibles (cantidades de deben pagarse antes de que la cobertura del seguro se haga efectiva), dependiendo del tipo de seguro que ofrezca el empleador. La protección que brinda el seguro basado en el empleador se pierde si la mujer pierde su empleo. En las empresas donde no se aplica la legislación federal, por ser pequeñas por ejemplo, los planes basados en el empleador están obligados a ofrecer cobertura para la atención relacionada con el embarazado sólo en 18 estados. En 31 estados no se ofrece tal protección.¹³¹

STARLA

Starla, de 27 años, estaba a punto de salir de cuentas en el embarazo de su segundo hijo cuando supo que la fábrica de galletas de Ohio donde llevaba ocho años trabajando iba a cerrar y que las prestaciones de su seguro iban a dejar de aplicarse justo tres días después. La factura del parto de su primer hijo, en 2005, había sido de 9.000 dólares, y sabía que sin trabajo y con dos hijos no podía pagar el coste del parto. Pidió a su matrona que le provocara el parto dos días antes de que venciera el seguro de salud. Al día siguiente tuvieron que hacer una cesárea de urgencia. "Me vi obligada a hacer algo que no quería", explicó. Starla dio por sentado que su seguro cubriría el coste del parto, puesto que éste se había producido antes de la fecha de vencimiento, pero cuando lo reclamó se lo denegaron, por lo que se encontró con que tenía que pagar casi 18.000 dólares de facturas médicas. Starla contó: "Debemos dos meses de alquiler. No hemos pagado la factura de la luz". Según la legislación federal pertinente (la COBRA), normalmente un persona despedida de su trabajo puede presentar una solicitud para acogerse al plan de salud de su empresa por un periodo de hasta 18 meses, pero debe pagar toda la prima de su bolsillo. Sin embargo, en el caso de Starla, como su empresa se había declarado en quiebra, ella no pudo acogerse a la COBRA.¹³²

¹³⁰ La Ley de Discriminación por Embarazo (Pregnancy Discrimination Act; 42 US Code, cap. 21, sec. 701 (k) de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act), de 1964, título VII) prohíbe la discriminación basada en el embarazo, el parto o las enfermedades conexas. Esta prohibición se ha interpretado en el sentido de que obliga a que los seguros subvencionados por el empleador cubran la atención relacionada con el embarazo. Este requisito se aplica solo al empleador "con una industria que afecte al comercio" con 15 empleados como mínimo.

¹³¹ Véase Fundación Familia Kaiser, *Mandated Coverage of Maternity Care*, enero de 2009; disponible en <http://www.statehealthfacts.kff.org/comparetable.jsp?ind=687&cat=7>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹³² Robert Pear, "When a Job Disappears, So Does the Health Care", *New York Times*, 6 de diciembre de 2008; disponible en

Los seguros de salud individuales están sujetos a menos normas aún que los planes basados en el empleador. Se pueden cobrar a las mujeres primas más altas, y no existe el requisito de cubrir los servicios de atención de la maternidad. Además de caro, conseguir un seguro de atención de la salud materna suele ser difícil. En California, por ejemplo, la cobertura de los seguros de alrededor de 805.000 personas (el 78 por ciento de ellas con seguro individual) no incluye la atención de la maternidad.¹³³ Las compañías de seguros suelen negarse a ofrecer cobertura a las mujeres embarazadas debido a su "afección preexistente", es decir, su embarazo. En un estudio de más de 3.600 pólizas de seguro individual se determinó que sólo el 13 por ciento de las pólizas de seguro de salud ofrecían cobertura global de la maternidad.¹³⁴ Algunas compañías exigen una cantidad adicional (de hasta 1.100 dólares al mes) por cubrir la atención materna, y puede ocurrir que sólo cubran parte de los costes.¹³⁵

Las compañías de seguros pueden también cobrar primas más altas a las mujeres a las que se ha practicado una cesárea, negarse a cubrir otra cesárea o el embarazo durante un determinado periodo o negarse totalmente a asegurarlas.¹³⁶ En una investigación llevada a cabo en California por el gobierno del estado se descubrió que había compañías de seguros con personal dedicado a investigar a clientes con enfermedades potencialmente caras, incluido el embarazo, con objeto de encontrar un pretexto para anularles el seguro. Bastaba una omisión sin importancia en el historial médico para retirar la cobertura.¹³⁷

A las mujeres embarazadas con bajos ingresos pueden ofrecérseles seguros de salud públicos; además, los requisitos económicos que deben cumplirse para tener derecho a Medicaid son menos restrictivos en el caso de las mujeres embarazadas. No obstante, esta opción varía considerablemente de un estado a otro (véase el anexo B).¹³⁸

El coste del seguro de salud es absurdo [...] Una persona no puede quedarse sin comer para poder pagarse una visita al médico.

http://www.nytimes.com/2008/12/07/us/07uninsured.html?_r=1&scp=8&sq=woman%20pregnant%20insurance&st=cse, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009; Jennifer Pifer-Bixler, *Job Creates Health Insurance Twists, Turns for Many*, CNN Health.com, 12 de diciembre de 2008; disponible en: <http://www.cnn.com/2008/HEALTH/12/11/health.insurance.bad.economy/index.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹³³ Programa de Revisión de las Prestaciones de Salud de California (California Health Benefits Review Program), *Analysis of Assembly Bill 98: Maternity Services, A Report to the 2009–2010 California Legislature*, 16 de marzo de 2009, p. 6; disponible en http://www.chbrp.org/documents/ab_98_fnlsumm.pdf, visitado por última vez el 17 de diciembre de 2009.

¹³⁴ B. Courtot et al, *Still Nowhere to Turn: Insurance Companies Treat Women Like a Pre-Existing Condition*, National Women's Law Center, 2009, p. 18, tabla 3; disponible en <http://www.nwlc.org/pdf/stillnowheretoturn.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹³⁵ L. Codispoti et al, *Nowhere to Turn: How the Individual Health Insurance Market Fails Women*, National Women's Law Center, 2008, p. 30, anexo 3; disponible en <http://nwlc.org/reformmatters/NWLCReport-NowhereToTurn-WEB.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹³⁶ Denise Grady, "After Caesareans, Some See Higher Insurance Cost", *New York Times*, 1 de junio de 2008, p. A26; disponible en <http://www.nytimes.com/2008/06/01/health/01insure.html>, visitado por última vez el 17 de diciembre de 2009.

¹³⁷ Lisa Girion, "Blue Cross Cancellations Called Illegal", *Los Angeles Times*, 23 de marzo de 2007; disponible en <http://articles.latimes.com/2007/mar/23/business/fi-health23>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹³⁸ Fundación Familia Kaiser, *Income Eligibility Levels for Pregnant Women by Annual Income and as a Percent of Federal Poverty Level (FPL)*, 2009, State Health Facts; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=206&cat=4>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Mujer latina, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 8 de julio de 2008

Falta de seguro

Una mujer sin hogar violó su libertad condicional cuando estaba casi en su octavo mes de embarazo para que la detuvieran, porque estaba desesperada por encontrar asistencia médica y refugio. Una persona amiga de ella contó a Amnistía Internacional que la mujer se había “entregado [...] sólo porque así podía conseguir que prestaran algún cuidado a su hijo, tenerlo”.

Grupo de discusión de Amnistía Internacional, Wausau, Wisconsin, 11 de julio de 2008

Un alto porcentaje de mujeres en edad reproductiva no tienen seguro de salud. Casi 13 millones de mujeres de entre 15 y 44 años –una de cada cinco mujeres– están sin asegurar.¹³⁹ En la mayoría de los estados, las mujeres que, debido a sus ingresos, no pueden acogerse a Medicaid, así como las mujeres indocumentadas, no tienen derecho a una asistencia pública que cubra la atención prenatal. Sin embargo, pueden no ganar lo suficiente para pagarse un seguro privado.¹⁴⁰ Amnistía Internacional habló con varias mujeres que no habían recibido ninguna atención prenatal en absoluto porque no podían pagársela.

JULIA

Julia (nombre ficticio), de 15 años, viajó de México a Estados Unidos para cuidar de su cinco hermanos pequeños y que su madre pudiera así trabajar. En julio de 2007 se quedó embarazada, tras haber sido violada por el novio de su madre. El personal de apoyo que la atendió dijo a Amnistía Internacional que nadie estaba dispuesto ofrecerle atención prenatal si no accedía a dejar a su hijo en adopción, a lo que ella se negaba: "Julia fue inflexible en lo de quedarse con el niño; no le cabía en la cabeza que pudiera tenerse un hijo y no cuidarlo una misma. El único examen que se hizo fue el de la confirmación de embarazo para la causa penal".

Servicio para mujeres inmigrantes de la Asociación Cristiana Femenina (YWCA), entrevista de Amnistía Internacional, 11 de marzo de 2009, e informe de la policía de Memphis, 14 de septiembre de 2007

Según la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA), los hospitales no pueden negar el acceso a una mujer de parto, con independencia de que pueda pagar o no.¹⁴¹ Sin embargo, esta ley no impide que se pase a la mujer una

¹³⁹ A. Sonfield, *More Reproductive-Age Women Covered by Medicaid—But More Are Also Uninsured*, Guttmacher Policy Review, invierno de 2007, vol. 10, No. 1; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/1/gpr100124.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁴⁰ C. A. Russo et al, *Hospitalizations Related to Childbirth, 2006*, Statistical Brief No. 71, abril de 2009, p. 7, tabla 1; disponible en <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb71.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁴¹ Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, de 1986.

factura por la atención prestada tras el parto, lo que puede suponer para ella una gran deuda o la ruina, especialmente en caso de cesárea o de complicaciones por las que haya necesitado más intervención médica. Aunque algunos hospitales a veces cancelan estas facturas por considerar que se ha prestado asistencia médica benéfica si la mujer no puede pagar, no siempre es así. Asimismo, la EMTALA tampoco garantiza la atención prenatal y posparto, ni ningún tratamiento que no sea “estabilizar” cualquier emergencia médica durante el embarazo o el parto.

MARIA

Maria (nombre ficticio) no tuvo acceso a la asistencia pública durante ninguno de sus cinco embarazos debido a su condición de inmigrante, así que no pudo recibir atención prenatal. En 2008, cuando se puso de parto en el embarazo de su última hija, el hospital al que acudió no la admitió porque no había recibido atención prenatal. El segundo hospital al que fue no la rechazó. Tras esperar durante seis horas a ser atendida “hablé con un intérprete por teléfono porque querían comprobar mi seguro. Le dije: ‘Por favor, envíe a alguien [...] dígales que ya llega el bebé’. Todo el mundo hablaba inglés. Yo tenía mucho miedo. Al final vino una enfermera y me examinó”. Maria dio a luz a una niña, pero pronto comenzó a sentirse mal. “Empecé a chillar y a gritar, diciendo: ‘¡No puedo respirar!’ [...] Entonces me [desmayé]”. Le dieron el alta al cabo de tres días, pero nadie le explicó qué había ocurrido. No recibió ninguna atención de seguimiento y no obtuvo ninguno de los medicamentos recomendados: “No tenía para pagarlos, así que no los tomé”.

Maria, Memphis, Tennessee, 3 de febrero de 2009

Aunque las compañías de seguros y Medicaid negocian los precios con los hospitales, con lo que en general se consiguen considerables descuentos respecto de las tarifas reales, a las personas sin seguro se les cobra a menudo la cantidad bruta.¹⁴² En algunos casos se puede conseguir un descuento si se solicita, pero a menudo los pacientes no asegurados ignoran que pueden hacerlo; y algunas de las personas entrevistadas por Amnistía Internacional explicaron que algunos hospitales y asistentes sociales omiten información sobre las opciones disponibles para conseguir descuentos o pagar la factura a plazos o se niegan a reconocerlas.¹⁴³ Una asesora contó a Amnistía Internacional el caso de un asistente social que fue reprendido por ayudar a pacientes latinos a buscar el modo de reducir los costes de la atención.¹⁴⁴

La gente no sabe que existen estas opciones, y los hospitales de nuestro alrededor no te van a decir que tienen programas de [asistencia económica]. Te ponen en manos de un cobrador de deudas y se quedan con tu casa antes que decirte que tienen un programa.

Grupo de discusión de Amnistía Internacional, Stevens Point, Wisconsin, 10 de julio de 2008

¹⁴² R. Andrews, *The National Hospital Bill: The Most Expensive Conditions by Payer, 2006*, Statistical Brief No. 59, Proyecto de Costo y Utilización de los Cuidados de Salud y Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, septiembre de 2008.

¹⁴³ Grupos de discusión de Amnistía Internacional, Omro y Stevens Point, Wisconsin, 8 de julio y 10 de julio de 2008.

¹⁴⁴ Grupo de discusión, Omro, Wisconsin, 8 de julio de 2008.

Las mujeres que no puedan acogerse a la asistencia pública ni hacerse un seguro privado pueden solicitar atención prenatal en clínicas baratas, que ofrecen servicios a precios reducidos según la capacidad de pago. Algunas clínicas comunitarias están reconocidas como FQHC y reciben fondos federales si se comprometen a atender a todas las personas que soliciten atención, independientemente de su capacidad de pago. Sin embargo, incluso, con financiación federal, los FQHC dependen de las subvenciones del gobierno local y estatal, así como de donaciones privadas, y muchos no consiguen fondos suficientes para satisfacer las necesidades de la comunidad.

Las clínicas baratas suelen estar masificadas y no tener fondos suficientes, por lo que no siempre pueden atender a las mujeres que tienen complicaciones durante el embarazo y necesitan asistencia especializada. Amnistía Internacional conoció el caso de una mujer con bajos ingresos que estaba inscrita en el programa médico de una clínica que ofrecía atención prenatal gratuita. Un día comenzó a sangrar profusamente, así que acudió al servicio de urgencias para que la vieran. Cuando volvió a la clínica le dijeron que ya no podían atenderla, porque era de "alto riesgo" y necesitaba un especialista. Contrajo una deuda de alrededor de 8.000 dólares por recibir la atención prenatal necesaria.¹⁴⁵

Incluso con descuentos, los precios pueden ser demasiado altos para algunas mujeres. En una clínica de Memphis, las mujeres con bajos ingresos pagaban 150 dólares por visita prenatal, lo que suponía un total de 1.200 dólares si se hacían las ocho visitas recomendadas en el programa.¹⁴⁶ Amnistía Internacional fue informada también de que en algunos centros médicos baratos era necesario presentar una prueba de los ingresos percibidos para tener derecho a un descuento en los precios. Las mujeres sin trabajo o que por ser inmigrantes indocumentadas trabajaban en el sector informal (como las empleadas domésticas) tenían problemas para conseguir los documentos necesarios o para presentarlos a tiempo, por lo que a veces tenían que pagar el precio integral o servicios anteriores.

OBSTÁCULOS BUROCRÁTICOS

Es la gente que no sabe utilizar el sistema la que está perdida. Pones los datos en el sistema, pero luego no hay nadie que te ayude. Esperas y esperas. Cuando estás esperando no tienes nada. No tienes servicio ni puedes volver a pedirlo. La "espera en el purgatorio", lo llamo yo.

Jennie Joseph, matrona profesional titulada, Winter Garden, Florida, entrevista de Amnistía Internacional, 11 de diciembre 2008

SOFIA

¹⁴⁵ Grupo de discusión, Omro, Wisconsin, 8 de julio de 2008.

¹⁴⁶ Dr. Kimberly Lamar, "Blues Project", Centro de Atención de la Salud de Memphis (Memphis Health Care Center), Memphis, Tennessee, 5 de febrero de 2009.

Sofia nombre ficticio), de 19 años, llegó a Estados Unidos desde Guatemala. Víctima de violencia en el ámbito del hogar, incluida violencia sexual, se quedó embarazada en enero de 2009, cuando la Oficina Federal de Investigación (FBI) y el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) detuvieron a su novio por un asunto de trata de mujeres. Las autoridades aislaron a Sofia en una casa refugio para mujeres porque se la iba a citar como testigo. La joven, que no hablaba inglés y cuyo aislamiento se veía agravado por las estrictas medidas de seguridad aplicadas, dijo a los proveedores de servicios que se sentía muy sola. Los proveedores de servicios contaron a Amnistía Internacional que no podían conseguir que se le prestara atención prenatal por ser inmigrante indocumentada. "Para hacer la solicitud [necesaria para poder permanecer en Estados Unidos legalmente], necesita un abogado. ¿Cómo va a pagárselo? Tenemos que buscarle uno gratuito, y cuando lo tenga ya habrá tenido al niño". Aunque Sofia pidió que la expulsaran para poder estar con su familia, el ICE y el FBI la mantuvieron en la casa refugio, con la promesa de "acelerar" el caso. Ocho semanas después, cuando estaba embarazada ya de cuatro meses, le proporcionaron atención prenatal.

Entrevistas y correspondencia de Amnistía Internacional con asesores, servicio para mujeres inmigrantes de la Asociación Cristiana Femenina (YWCA), Memphis, Tennessee, febrero y marzo de 2009

Aunque son varios los factores que pueden determinar cuándo comenzará una mujer a recibir atención prenatal, las investigaciones de Amnistía Internacional indican que el proceso de inscripción en Medicaid causa considerables demoras a las mayoría de las mujeres que sólo adquieren el derecho a acogerse al programa una vez embarazadas. Los procedimientos burocráticos, que incluyen entrevistas en persona y complejos y costosos requisitos de documentación, sumados a la falta de asistentes sociales suficientes para tramitar las solicitudes, crean considerables obstáculos y demoras para acceder a los servicios,¹⁴⁷ lo que constituye una violación del derecho a la salud.¹⁴⁸ En virtud de una ley de 2005 que obliga a demostrar con documentos válidos la ciudadanía o la condición de inmigrante legal, la mujer que solicita los servicios puede tener que pagar una cantidad o que esperar mucho tiempo para conseguir una copia de su certificado de nacimiento o el pasaporte,¹⁴⁹ proceso que puede durar hasta 12 semanas.¹⁵⁰ Varios estados han informado de acusadas reducciones en la inscripción de

¹⁴⁷ Véase por ejemplo Betsy Gotbaum, *Hurdles to a Healthy Baby: Pregnant Women Face Barriers to Prenatal Care at City Health Centers*, Defensoría del Pueblo de la Ciudad del Nueva York, mayo de 2007; disponible en <http://pubadvocate.nyc.gov/news/documents/HurdlestoaHealthyBaby.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Ian Hill y Amy Westpfahl Lutzky, *Getting In, Not Getting In, and Why: Understanding SCHIP Enrollment*, Instituto Urban, Assessing the New Federalism Occasional Paper No.66, 16 de mayo de 2003, pp. 8–9; disponible en http://www.urban.org/UploadedPDF/310793_OP-66.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁴⁸ Véase por ejemplo Alicia Yamin, *How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court*, PLoS Med 6(2): E1000032. Doi:10.1371/journal.pmed.1000032, citando Corte Constitucional de Colombia (2008), Sala Segunda de Revision, Sentencia T-760, 31 de julio de 2008.

¹⁴⁹ Ley de Reducción del Déficit (Deficit Reduction Act), de 2005; A. Sonfield, *The Impact of Anti-Immigrant Policy on Publicly Subsidized Reproductive Health Care*, Guttmacher Policy Review, invierno de 2007, vol. 10, No.1; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/1/gpr100107.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁵⁰ Centro de Prioridades de Presupuesto y Política (Center on Budget and Policy Priorities), *The New Medicaid Citizenship Documentation Requirement: A Brief Overview*, Washington D.C., 20 de abril de 2006; disponible en <http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=198>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

ciudadanos estadounidenses con derecho a inscribirse desde que entraron en vigor estas restricciones.¹⁵¹

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 de dan esa carta? En el médico. Si no tienes Medicaid, ¿cómo vas a ir al médico a que te de la carta?

Jennie Joseph, matrona profesional titulada, Winter Garden, Florida, entrevista de Amnistía Internacional, 11 de diciembre de 2008

Según datos proporcionados por oficinas estatales de Medicaid en respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, las mujeres acogidas a Medicaid tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal a partir del primer trimestre que la media de las mujeres del estado.

Atención prenatal en el primer trimestre¹⁵²

Estado	Mujeres acogidas a Medicaid (%)	Media estatal (%)
Montana	75	84
Arizona	71	78
Oklahoma	63	77
Washington	65	70

A menudo, los asistentes sociales no dan abasto con los centenares de casos que tienen que tramitar y no pueden terminar el papeleo necesario a tiempo.¹⁵³ La normativa federal dispone que las solicitudes de Medicaid deben tramitarse en un plazo de 45 días, sin distinción alguna basada en el embarazo.¹⁵⁴ Los departamentos estatales de salud de Nueva York y Nevada informaron de que el tiempo medio de tramitación de tales solicitudes era de 30 y 31 días respectivamente.¹⁵⁵ En Washington D.C., el 17 por ciento de las solicitudes de Medicaid basadas en el embarazo tardaban más de 30 días en procesarse.¹⁵⁶

¹⁵¹ D. C. Ross y d C. Marks, *Challenges of Providing Health Coverage for Children and Parents in a Recession: A 50 State Update on Eligibility Rules, Enrollment and Renewal Procedures, and Cost-Sharing Practices in Medicaid and SCHIP in 2009*, Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, enero de 2009, pp. 3, 12 y 14; disponible en <http://www.kff.org/medicaid/upload/7855.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁵² Los datos correspondientes a mujeres acogidas a Medicaid proceden de respuestas de los estados a la encuesta de Amnistía Internacional. Los datos correspondientes a la media estatal proceden de Fundación Familia Kaiser, *Percentage of Mothers Beginning Prenatal Care in the First Trimester, 2006*; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparemaptable.jsp?ind=44&cat=2>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁵³ Véase por ejemplo James Carlson, “Agency Seeks Backlog Help”, en *Topeka Capital-Journal*, 28 de febrero de 2007; disponible en http://findarticles.com/p/articles/mi_qn4179/is_20070228/ai_n18637740/?tag=content;col1, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Asamblea General del Estado de Connecticut, transcripción de sesión sobre investigación y revisión de programas, 23 de septiembre de 2004; disponible en <http://www.cga.ct.gov/2004/PRIdata/chr/2004PRI00923-R001600-CHR.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁵⁴ Código de Reglamentos Federales, 42 CFR § 435.911.

¹⁵⁵ Respuestas a encuesta de Amnistía Internacional, Departamento de Salud del Estado de Nueva York, 1 de junio de 2009; Departamento de Salud de Nevada, 25 de mayo de 2009.

¹⁵⁶ Respuesta a encuesta de Amnistía Internacional, Departamento de Economía de Atención de la Salud, Washington D.C., 20 de mayo de 2009.

Me tardó mucho en llegar mi tarjeta de Medicaid, pero a otras compañeros les fue peor. Varias personas ya casi se aliviaban y no había llegado la tarjeta.

Mujer latina, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 8 de julio de 2008

Yo, cuando empecé, no sabía que estaba embarazada porque estaba tomando pastillas. Cuando me fui al hospital, me hicieron un análisis, y me llegó un bill de 3.000 dólares. Después me fui a pedir el Medicaid, no me quisieron cobrar todo eso. Me cobraban de allí y adelante pero no [...] y me quedó pagar al hospital los 3.000 dólares.

Antonia, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 9 de julio de 2008

Un total de 29 estados y Washington D.C. reconocen el “presunto derecho” (*presumptive eligibility*) a Medicaid, que permite a las mujeres embarazadas el acceso temporal a los servicios médicos mientras se tramita su solicitud de acceso permanente.¹⁵⁷ Sin embargo, incluso en este caso persisten las demoras y los obstáculos para recibir atención. Por ejemplo, una matrona de Florida contó a Amnistía Internacional que para que se les reconozca el presunto derecho a Medicaid las mujeres deben presentar un documento donde un profesional titulado en medicina o enfermería certifique su embarazo y la fecha en que salen de cuentas. Sin embargo, para conseguir este documento, tienen que pagar la visita al profesional, aunque no puedan permitirse tal gasto. Algunas mujeres pueden perder posteriormente la cobertura por no saber que tienen que hacer más papeleo para mantenerla pasados 45 días.¹⁵⁸ En cambio, Luisiana y Connecticut tienen un procedimiento de “inscripción acelerada” de mujeres embarazadas; según informes, en Luisiana dura sólo tres días.¹⁵⁹

En algunos estados, las mujeres embarazadas con ingresos demasiado altos para tener derecho a Medicaid pero demasiado bajos para permitirse un seguro privado tienen la posibilidad de recibir asistencia médica limitada en virtud del Programa de Seguro Médico para Niños. Ocho estados ofrecen cobertura a las embarazadas con pocos ingresos a lo largo del embarazo y durante algún tiempo más posteriormente.¹⁶⁰ Otros 15¹⁶¹ ofrecen cobertura al “feto”, es decir que no incluyen en ella la atención por enfermedades no relacionadas con el embarazo.¹⁶² En Arkansas y Luisiana, la cobertura

¹⁵⁷ Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, *Has Presumptive Eligibility for Pregnant Women, 2009*, State Health Facts; disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=225&cat=4>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁵⁸ Entrevista de Amnistía Internacional con el Centro de Operaciones Estatales y de Medicaid (Center for Medicaid and State Operations), 21 de noviembre de 2009.

¹⁵⁹ Ross & Marks, *Challenges of Providing Health Coverage for Children & Parents in a Recession*.

¹⁶⁰ A fecha de octubre de 2007: Colorado, Idaho, Nevada, Nueva Jersey, Rhode Island y Virginia. E. P. Baumrucker, *SCHIP Coverage for Pregnant Women and Unborn Children*, informe del Servicio de Investigaciones del Congreso, 8 de enero de 2008. Asimismo, Montana y Wyoming informaron a Amnistía Internacional de que aplicaban el Programa de Seguro Médico para Niños para mujeres embarazadas: respuestas a encuesta, Oficina de Planificación, Coordinación y Análisis, Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, 29 de junio de 2009; Oficina de Financiación de la Atención de la Salud, Equality Care/ Medicaid, de Wyoming, 20 de mayo de 2009.

¹⁶¹ Arkansas, California, Illinois, Luisiana, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Nebraska, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Tennessee, Texas, Washington y Wisconsin. Ross & Marks, *Challenges of Providing Health Coverage for Children & Parents in a Recession*, tabla 4.

¹⁶² Programa Estatal de Seguro Médico para Niños, *Eligibility for Prenatal Care and Other Health Services for Unborn Children; Final Rule*, 67 Federal Register 61968, 2002, (la cobertura se limita a los “servicios relacionados con

termina en el momento del parto, es decir que no incluye atención habitual posparto.¹⁶³ En Wisconsin se cubre la atención posparto durante 60 días. Aunque las inmigrantes indocumentadas no tienen derecho a acogerse al Programa de Seguro Médico para Niños, algunas pueden recibir atención prenatal en los estados donde la cobertura del Programa es para el “feto”.

OBSTÁCULOS LINGÜÍSTICOS

Un día me sentía mal, y fui a Berlin, Wisconsin, y ni habían intérpretes. Y yo les traté de explicar que ya me habían hecho una ultrasonido y todo, pero al fin el doctor me dijo, “¿Sabes qué? Es que no entiendo. No sé que tienes.” Pero todavía me mando un bill de 2.000 dólares – ¡eso si entendí!

Mujer latina, grupo de discusión de Amnistía Internacional, St. Mary's Parish, Omro, Wisconsin, 8 de julio de 2008

El Instituto de Medicina ha comprobado que los obstáculos en la comunicación contribuyen a generar mala calidad, resultados negativos y disparidades en la atención de la salud.¹⁶⁴ Las investigaciones de Amnistía Internacional también han revelado que los obstáculos lingüísticos menoscaban a menudo el acceso de las mujeres con limitados conocimientos de inglés a los servicios de atención de la salud materna y afectan a la calidad de la atención que reciben. La falta de servicios adecuados de interpretación y traducción hace que muchas mujeres no soliciten atención, no puedan conseguir los servicios que necesitan, no entiendan la información que se les facilita o no puedan participar plenamente en las decisiones sobre la atención que precisan. Asimismo, las actitudes discriminatorias hacia las mujeres que no hablan inglés o que lo hablan sólo un poco pueden exacerbar los obstáculos lingüísticos.

La legislación federal dispone que los organismos que reciben ayuda federal deben “tomar medidas razonables” para garantizar el acceso efectivo a los servicios a todas las personas, con independencia de la raza, el color y el origen nacional.¹⁶⁵ Esta norma se ha interpretado en el sentido de que el hecho de no considerar el dominio limitado del inglés puede constituir discriminación.¹⁶⁶

enfermedades que puedan complicar el embarazo [...] debe haber una relación entre las prestaciones ofrecidas y la salud de feto”).

¹⁶³ E. P. Baumrucker, *SCHIP Coverage for Pregnant Women and Unborn Children*, informe del Servicio de Investigaciones del Congreso, 8 de enero de 2008.

¹⁶⁴ B. D. Smedley et al., *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Instituto de Medicina, comité de compresión y eliminación de las disparidades étnicas en la atención de la salud, National Academies Press, 2003.

¹⁶⁵ Título VI de la Ley de Derechos Civiles, de 1964; Código Federal de Estados Unidos, 42 U.S.C. § 2000d.

¹⁶⁶ La Corte Suprema determinó que no prestar servicios educativos en chino constituía un incumplimiento de este requisito. *Lau v. Nichols*, 414 U.S. 563 (1974). Departamento de Salud y Servicios Humanos, *Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons*, documento sobre directrices de política del Departamento de Salud y Derechos Humanos, Federal Register, 8 de agosto de 2003; disponible en <http://www.justice.gov/crt/cor/lep/hhsrevisedlepguidance.php>.

Las mujeres que hablan poco inglés o nada en absoluto tienen que intentar acceder al seguro y utilizar los complejos sistemas de atención de salud con escasa asistencia lingüística. Amnistía Internacional fue informada de que, debido a la falta de asistentes sociales bilingües y de formularios traducidos, las mujeres con poco inglés tenían dificultades para acceder a la cobertura de Medicaid o para mantenerla a fin de conseguir ayuda para pagar los gastos del parto. Las que no hablaban ninguno de los idiomas más comunes después del inglés o que vivían en zonas con pocas inmigrantes más podían tener acceso a menos servicios aún.

Cuando me operaron para no tener bebes, no llegó una intérprete porque estaba ocupada. Me operaron y no me explicaron nada, ni a qué horas, ni en qué momento, ni qué iba a hacer. Yo quería que me explicara algo, tenía yo miedo de muchas cosas.

Marta, Wisconsin rural, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 9 de julio de 2008

Muchos hospitales utilizan servicios de interpretación por teléfono. Sin embargo, los informes proporcionados indican que a menudo tales servicios no son de calidad adecuada, pues muchos de los intérpretes carecen de formación específica en terminología, ética y confidencialidad médicas. Una enfermera y coordinadora de servicios de apoyo a la maternidad contó a Amnistía Internacional que los médicos y el personal de enfermería consideraban los servicios telefónicos "tan deficientes que ni merece la pena utilizarlos".¹⁶⁷ El Consejo Nacional de Interpretación en la Atención de la Salud ha elaborado una normas nacionales para el ejercicio de la interpretación en la atención de la salud (*National Standards of Practice for Interpreters in Health Care*),¹⁶⁸ pero éstas no se han adoptado universalmente.¹⁶⁹ En la actualidad sólo cinco estados tienen programas de certificación para servicios de interpretación médica.¹⁷⁰

A menudo no se dispone de material escrito en otros idiomas, aparte del inglés. Mujeres de Wisconsin que no hablaban inglés o que lo hablaban sólo un poco informaron de que no se solían proporcionar instrucciones escritas en otros idiomas para la atención de seguimiento tras el parto. La falta de información en un idioma que la mujer entienda menoscaba su capacidad para seguir las instrucciones médicas. Los 50 estados tienen leyes en las que se tratan los obstáculos lingüísticos en la atención de la salud, pero son muy distintas, y en muchos casos sólo se aplican a determinados tipos de atención, prestadores de servicios o grupos de pacientes. Sólo California, Maryland y Washington

¹⁶⁷ Jill Humphrey, coordinadora de servicios de apoyo a la maternidad y enfermera titulada especializada en trabajo de parto y alumbramiento, entrevista de Amnistía Internacional, 12 de febrero de 2008.

¹⁶⁸ Consejo Nacional de Interpretación en Atención de la Salud (National Council on Interpreting in Health Care), *National standards of practice for interpreters in health care*, Santa Rosa, California, septiembre de 2005.

¹⁶⁹ A. H. Chen et al, "The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond", *Journal of General Internal Medicine*, noviembre de 2007; disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2150609>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁷⁰ Washington (WAC § 388-03-122), California (Cal Gov Code § 11435.05 - Cal Gov Code § 11435.65), Oklahoma (el Departamento de Salud del estado de Oklahoma proporciona formación y certificación; disponible en http://www.ok.gov/health/Organization/Office_of_Communications/News_Releases/2006_News_Releases/Interpreters_052506.html), Oregón (ORS § 409.615 - ORS § 409.625) e Iowa (Iowa Admin. Code r. 433-2.1-2.14). Además, dos estados están estableciendo comisiones para examinar la cuestión de la certificación, entre otras: Indiana (Burns Ind.

D.C. tienen leyes que prevén prestaciones lingüísticas exhaustivas en la atención de la salud en general. En ningún otro estado se exige prestar servicios lingüísticos a todas las mujeres que los necesiten durante todo el tiempo que reciban atención materna.¹⁷¹

Hay un momento en el que [los médicos, las enfermeras y la administración] no se interesan por el paciente por la barrera del idioma. El idioma es una barrera tremenda.

Mujer latina, grupo de discusión de Amnistía Internacional, St. Mary's Parish, Omro, Wisconsin, 8 de julio de 2008

Amnistía internacional recibió varios informes sobre trato desdeñoso, despectivo y denigrante a mujeres que no hablaban inglés o lo hablan sólo un poco. Las diferencias de poder entre profesionales de la salud, personal de apoyo y pacientes aumentan a causa de la barrera del idioma y pueden verse reforzadas por la dinámica de la raza, el género y la condición económica o de inmigrante.

Pues se le podría poner también la epidural; estamos practicando medicina veterinaria.

Respuesta del anestesista a un mujer de habla hispana que no quería la epidural, testimonio ofrecido a Amnistía Internacional por una enfermera titulada del Departamento de Trabajo de Parto y Alumbramiento, Miníápolis, 9 de febrero de 2008

El coste de la asistencia lingüística corre principalmente a cargo de los hospitales, las clínicas y los profesionales, porque las compañías de seguros privados y públicos no pagan estos servicios. Sólo el uno por ciento de los médicos¹⁷² y el tres por ciento de los hospitales¹⁷³ afirman recibir reembolso directo por gastos relacionados con el idioma. Sólo 12 estados y Washington D.C. ofrecen reembolsos por servicios de interpretación a través de Medicaid (véase el anexo D).¹⁷⁴

Algunos estados han tomado medidas para mitigar los efectos de los obstáculos lingüísticos en la salud materna. Por ejemplo, Montana califica de "alto riesgo" el embarazo de las mujeres con bajo nivel de inglés a fin de que puedan acceder a

Code Ann. § 16-46-11.1-1 - Burns Ind. Code Ann. § 16-46-11.1-6) y Texas (HB 233, en espera de la firma del gobernador).

¹⁷¹ California, Maryland y Washington D.C., han promulgado leyes más amplias sobre prestación de servicios lingüísticos en la atención de la salud en general. J. Perkins et al, *Summary of State Law Requirements Addressing Language Needs in Health Care*, Programa Jurídico Nacional de Salud (National Health Law Program), 28 de diciembre de 2007, actualizado en enero de 2008; disponible en <http://www.healthlaw.org/images/stories/issues/nhelp.lep.state.law.chart.final.0319.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁷² J. A. Ginsburg, *Language Services for Patients with Limited English Proficiency: Results of a National Survey of Internal Medicine Physicians*, Colegio de Médicos de Estados Unidos, 2007.

¹⁷³ R. Hasnain-Wynia et al, *Hospital Language Services for Patients with Limited English Proficiency: Results From a National Survey*, Fondo Educativo y de Investigación sobre la Salud (Health Research & Educational Trust - <http://www.hret.org/>) y Programa Jurídico Nacional de Salud (National Health Law Program), octubre de 2006; disponible en <http://www.hret.org/hret/languageservices/content/languageservicesfr.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁷⁴ Hawái, Idaho, Kansas, Maine, Minnesota, Montana, New Hampshire, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wyoming. Chen, *Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings*.

servicios de gestión de casos individuales.¹⁷⁵ Amnistía Internacional entrevistó a miembros de personal de centros comunitarios y de programas de atención de la salud que afirmaban que se ponía mucho cuidado en aumentar los conocimientos de idiomas en ellos; por ejemplo, en el centro de atención materna Mary's Center de Washington D.C. había más de 188 miembros del personal que hablaban entre todos 30 idiomas distintos.¹⁷⁶

OTROS OBSTÁCULOS

Hay mucha gente que no puede ir allí físicamente, no puede pagarse la gasolina, no tiene con quién dejar a los hijos. Ese tipo de cosas son los principales obstáculos para conseguir algo.

Maria Mascola, especialista en medicina maternofetal, Marshfield, Wisconsin, entrevista de Amnistía Internacional, 15 de julio de 2008

Las mujeres necesitan muchas más cosas, a parte de un seguro de salud, para aprovechar los servicios de salud. Son muchos los factores que afectan a su acceso a los servicios médicos, como la distancia a la que están y el transporte existente para llegar a ellos, la posibilidad de dejar a los hijos al cuidado de alguien y la posibilidad de pedir permiso en el trabajo. Otros obstáculos que pueden impedir a las mujeres el acceso a los servicios de salud y tener un embarazo sano son circunstancias como tener un lugar donde vivir y comida suficiente o el hecho de que se aborden cuestiones como la violencia en el ámbito familiar. Las medidas que a las mujeres les perezcan punitivas o que penalicen a las que tengan problemas de drogodependencia o a las inmigrantes indocumentadas también pueden disuadirlas de solicitar atención de la salud.

Es muy difícil para mi hermana porque no tiene carro ni a quien llevarse a la cita. Está embarazada y tiene un niño chiquito, y tiene que caminar casi una hora para llegar al doctor.

Paula, mujer latina, Wausau, Wisconsin, grupo de discusión de Amnistía Internacional, 9 de julio de 2008

Algunas mujeres de zonas rurales dijeron a Amnistía Internacional que la falta de acceso a un vehículo y de dinero para pagar la gasolina, sumada a la distancia que había que recorrer, era un problema importante a la hora de recibir la atención de la salud materna que necesitaban. Las mujeres con embarazos de alto riesgo de estados con grandes zonas rurales, como Wisconsin, tenían a veces que recorrer más de 100 millas (160 km) para recibir atención especializada en un centro debidamente equipado para atender posibles complicaciones. Las mujeres con bajos ingresos de zona urbanas informaban de que pasaban horas en el transporte público para ir y venir de la citas de atención prenatal. En un estudio realizado en California, el 65 por ciento de las mujeres

¹⁷⁵ Montana Administrative Rules. § 37.86.3402.

¹⁷⁶ Lyda Vanegas, centro de atención de la salud maternoinfantil Mary's Center for Maternal and Child Care, 5 de noviembre de 2008.

con bajos ingresos que no recibían atención prenatal citaban el transporte como obstáculo.¹⁷⁷

***No tengo automóvil, pero el centro ofrece un servicio de automóviles para venir.
Si no, yo sola no podría.***

Inmigrante etíope de 38 años, Blues Project, Centro de Atención de la Salud de Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 5 de febrero de 2009

Las inmigrantes indocumentadas pueden encontrar dificultades específicas para conseguir atención médica, porque un creciente número de estados exigen la documentación de la condición de inmigrante para solicitar el permiso de conducir,¹⁷⁸ lo que en la práctica obliga a las mujeres a conducir sin permiso o renunciar a recibir atención. Una asesora de Wisconsin contó a Amnistía Internacional que una cliente la había llamado desde la comisaría de policía, donde estaba detenida por conducir sin permiso cuando se dirigía a una cita médica.¹⁷⁹

[P]uede costar mucho hacer el programa [de apoyo prenatal]. Es difícil con la preocupación del transporte y de los niños en casa.

Mujer afroamericana, madre de cuatro hijos de entre ocho años y tres meses, Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 5 de febrero de 2009

Tanto mujeres como asesoras explicaron a Amnistía Internacional que el cuidado de los hijos y la posibilidad de llevarlos a las citas de atención prenatal eran un factor importante en muchos casos. En un estudio se determinó que casi el 30 por ciento de las mujeres con bajos ingresos de California citaban el problema del cuidado de los hijos como obstáculo para acudir a servicios de salud.¹⁸⁰

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, entrevista de Amnistía Internacional, 23 de marzo de 2008

Para muchas mujeres es difícil pedir un permiso en el trabajo para ir a una cita médica.¹⁸¹ Casi la mitad de las mujeres que trabajan en el sector privado y casi el 60 por ciento de las mujeres con bajos ingresos no tienen derecho a tomarse un permiso

¹⁷⁷ B. M. Aved et al, "Barriers to Prenatal Care for Low-Income Women", *Western Journal of Medicine*, mayo de 1993: 158, pp. 493–8; disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1318311/pdf/>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁷⁸ Código de Reglamentos Federales, 6 Code of Federal Regulations, Part 37: Minimum Standards for Driver's Licenses and Identification Cards Acceptable by Federal Agencies for Official Purposes; Final Rule 5272-3, *Federal Register/vol. 73, No. 19, 29 de enero de 2008*; disponible en <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2008-01-29/pdf/08-131.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁷⁹ Entrevista de Amnistía Internacional, miembro de organización asesora de mujeres latinas, grupo de discusión, Wisconsin, julio de 2009 (nombre registrado en los archivos de AI EE.UU.).

¹⁸⁰ Aved, "Barriers to Prenatal Care for Low-Income Women".

por enfermedad pagado, por lo que si quieren ir al médico tienen que renunciar a cobrar o que correr el riesgo de quedarse sin trabajo. Un estudio mostró que el 27 por ciento de las mujeres con pocos ingresos retrasan el momento de recibir atención de la salud porque no pueden faltar al trabajo.¹⁸² En una encuesta de ámbito nacional, una de cada seis mujeres informó de que había perdido su empleo (o había sido advertida de que lo perdería) por faltar al trabajo por enfermedad o por cuidar a un familiar enfermo.¹⁸³

Si comparas la mortalidad materna entre las mujeres que reciben atención prenatal y las que no, la mortalidad de las que no reciben es más alta. La cuestión de cuántas clínicas de atención prenatal están abiertas los sábados es una buena forma de empezar a evaluar la disponibilidad y el acceso: sólo unas cuantas abren en sábado.

Jeffrey C. King, presidente del grupo para la mortalidad materna de la ACOG, entrevista de Amnistía Internacional, 13 de marzo de 2008

Un horario inflexible y un tiempo de espera excesivo hacen que resulte difícil mantener una cita médica.¹⁸⁴ Algunas mujeres dijeron que las citas se asignaban a veces sin consultarlas y que no podían cambiarse, sin tener en cuenta si disponían de medios de transporte y de alguien con quien dejar a sus hijos. Un estudio realizado en Oklahoma reveló que una de cada cinco mujeres afroamericanas encontraba considerables obstáculos para recibir atención prenatal, como no poder concertar una cita en un momento y un lugar convenientes para ella.¹⁸⁵

Si no sabes si vas a comer al día siguiente, ¿qué te va a importar recibir atención prenatal?

Annette Caple, Centro de Atención de la Salud de Memphis, Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 5 de febrero de 2009

Amnistía Internacional recibió varios informes sobre mujeres embarazadas sin hogar, que vivían en condiciones de insalubridad y hacinamiento o estaban yendo constantemente de un lugar a otro en busca de refugio temporal. Las mujeres sin hogar o con bajos ingresos encuentran considerables obstáculos

¹⁸¹ R. Milligan et al, "Perceptions About Prenatal Care: Views of Urban Vulnerable Groups", *BMC Public Health*, vol. 2(1):25, 2002; disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/25>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁸² Instituto de Investigación de Políticas de Mujeres (Institute for Women's Policy Research - <http://www.iwpr.org/index.cfm>), *Women and Paid Sick Days: Crucial for Family Well-Being*, febrero de 2007, p. 1; disponible en http://www.iwpr.org/pdf/B254_paisickdaysFS.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁸³ T. W. Smith, *Paid Sick Days: A Basic Labor Standard for the 21st Century*, Centro Nacional de Investigación de Opinión de la Universidad de Chicago, para la Fundación de Bienestar Público, agosto de 2008, p. 7; disponible en http://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/Public_Welfare_Paid_Sick_Days_Poll_Report_080829.pdf?docID=3901, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁸⁴ Aved, "Barriers to Prenatal Care for Low-Income Women".

¹⁸⁵ Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (OSDH), Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), *Pregnant African American Women Face Barriers to Health Care*, 21 de octubre de 2008; disponible en http://www.ok.gov/health/Organization/Office_of_Communications/News_Releases/2008_News_Releases/Pregnant_African_American_Women_Face_Bарriers_to_Health_Care.html, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Véase también *Hurdles to a Healthy Baby: Pregnant Women Face Barriers to Prenatal Care at City Health Centers*, Defensoría del Pueblo de la Ciudad del Nueva York, mayo de 2007; disponible en <http://pubadvocate.nyc.gov/news/documents/HurdlestoaHealthyBaby.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

para conseguir alimentos nutritivos suficientes, adquirir vitaminas para la etapa prenatal y recibir atención prenatal. Los servicios sociales suelen ser distintos en cada lugar y tener procedimientos de solicitud distintos, además de engorrosos, lo que genera aún más obstáculos, a veces insuperables. Una funcionaria local de Memphis, Tennessee, contó a Amnistía Internacional el caso de una mujer afroamericana de 19 años a la que prescribieron reposo en cama en 2009 por complicaciones en el embarazo de su primer hijo. Incapaz de trabajar para pagar sus facturas, unas semanas antes de salir de cuentas se encontró con que iban a desalojarla. La funcionaria dijo: "Las preocupaciones en la vida de esta mujer son tremendas. Está a punto de quedarse sin hogar y no tiene ningún ingreso ni transporte". La mujer trabajaba anteriormente en una cafetería. Cuando cayó enferma, sus compañeras apelaron al alcalde del condado de Shelby, que era cliente. La alcaldía ayudó a proporcionarle alojamiento provisional en un programa que también ofrecía cuidados infantiles y ayudaba a las mujeres a conseguir trabajo.¹⁸⁶

Amnistía Internacional recibió informes según los cuales los profesionales de la salud pueden sentirse incapaces de ocuparse de la cuestión de la violencia en el ámbito familiar y son, por tanto, reacios a mencionarla. En febrero de 2008, Ayman El-Mohandes, que preside el Departamento de Prevención y Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud George Washington, contó a Amnistía Internacional: "los profesionales de la salud no están dispuestos ocuparse de cuestiones como la violencia. Acaban pensando: '¿Qué hago con este ojo morado?'. No puedo hacer nada, así que ni hablar de ello".

Hemos visto un par de casos [de mortalidad materna] en los que la violencia doméstica estaba cuidadosamente documentada, pero nadie hizo nada, nadie hizo una derivación. Estuvieron diciendo durante todo el embarazo que la mujer tenía un ojo morado, etc. A una mujer acabaron matándola a golpes con un bate de béisbol.

Charles Mahan, miembro de comité de examen de la mortalidad materna, Tampa, Florida, entrevista de Amnistía Internacional, 10 de abril de 2008

Las mujeres embarazadas que han tenido problemas de drogadicción pueden correr el riesgo de que se presenten cargos penales contra ellas o de perder a sus hijos.¹⁸⁷ Muchos estados apenas ofrecen opciones a tales mujeres, pese a que los estudios realizados revelan que el tratamiento puede ser particularmente efectivo en este momento.¹⁸⁸ Sólo el siete por ciento de los centros de tratamiento de la drogadicción

¹⁸⁶ Funcionaria de la administración local, Memphis, entrevista de Amnistía Internacional, 4 de febrero de 2009.

¹⁸⁷ E. M. Weber, *Child Welfare Interventions for Drug-Dependent Pregnant Women: Limitations of a Non-Public Health Response*, University of Missouri UMKC Law Review, primavera de 2007, 75 UMKC L.Rev.789.

¹⁸⁸ Asociación Psiquiátrica Estadounidense, *Care of Pregnant and Newly Delivered Women Addicts: Position Statement*, 2001; disponible en <http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200101.aspx>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

ofrecen servicios de atención prenatal.¹⁸⁹ No obstante, las mujeres embarazadas con resultado positivo en las pruebas de consumo de drogas pueden ser detenidas, procesadas y encarceladas.¹⁹⁰

En el caso de las mujeres con problemas de drogadicción, carecemos de servicios suficientes de apoyo que no sean punitivos. Especialmente si la mujer tiene ya hijos, no puede llevarlos a ningún programa de apoyo por miedo a perderlos.

Miembro del personal del Departamento de Salud, Nueva Inglaterra, entrevista de Amnistía Internacional, 16 de abril de 2008

AMBER

En 2007, en Texas, durante una visita habitual de seguimiento de su libertad condicional, Amber dio positivo en una prueba de consumo de drogas por primera vez desde su detención, dos años y medio antes, y reveló que estaba embarazada. Su abogado encontró un programa de tratamiento especializado en mujeres embarazadas, pero la persona encargada del seguimiento de la libertad condicional no estuvo dispuesta a considerar esa opción. El fiscal manifestó que el motivo de pedir el encarcelamiento de Amber durante su embarazo era la preocupación por el "feto". Fue encarcelada durante el resto de su embarazo en un prisión local, que carecía de servicios y programas especiales para embarazadas y de tratamiento de la drogodependencia, y donde se permitía la práctica de encadenar a las embarazadas.¹⁹¹

Tales políticas pueden afectar al interés de las mujeres por solicitar atención prenatal y dar lugar a un aumento del riesgo para la salud de sus bebés.¹⁹² En un estudio se determinó que el hecho de que a las mujeres les parecieran los profesionales de la salud amenazadores y sentenciosos era uno de los principales impedimentos para solicitar atención prenatal en el caso de las mujeres sin hogar o con problemas de drogadicción en Washington D.C.¹⁹³ El temor también puede menoscabar aún más la

¹⁸⁹ T. M. Brady y O. S. Ashley, *Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Publication No.SMA 04-3968, Analytic Series A-26, Rockville, Maryland, Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción (SAMHSA), Oficina de Estudios Aplicados, 2005, tabla 2.1; disponible en <http://www.oas.samhsa.gov/WomenTX/WomenTX.htm#tab2.1>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁹⁰ M. A. Jessup, "Extrinsic Barriers to Substance Abuse Treatment among Pregnant Drug Dependent Women", *Journal of Drug Issues*, Vol. 33, pp. 285, 287, 2003; disponible en http://www.nnavwi.org/pdfs/alo/Humphreys_barriers_substance_treatment.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009; J. B. Ehrlich, *Breaking the Law by Giving Birth: The War on Drugs, the War on Reproductive Rights, and the War on Women*, New York University Review of Law & Social Change, edición en preparación; disponible en <http://ssrn.com/abstract=1003683>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁹¹ *Lovell v. Texas*, No. 13-07-529-CR & 13-07-668-CR, Tex.App., informe de amicus curiae de asesores de salud pública, presentado por American Civil Liberties Union y National Advocates for Pregnant Women, 17 de enero de 2008; disponible en <http://advocatesforpregnantwomen.org/Lovell%20v%20Texas%20ACLU%20NAPW%20Amicus.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁹² Jessup, "Extrinsic Barriers to Substance Abuse Treatment among Pregnant Drug Dependent Women"; R. Arnold et al, Medical Ethics and Doctor/Patient Communication in the Medical Interview: Clinical Care, Education and Research, 345, 365, 1995.

¹⁹³ Milligan, "Perceptions about Prenatal Care: Views of Urban Vulnerable Groups"; disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/25>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

confianza en los profesionales de la salud y disuadir a las mujeres que soliciten atención prenatal de pedir también tratamiento para la drogadicción.¹⁹⁴

En una reunión del personal de un hospital, un médico se levantó y dijo que creía que era su deber entregar a toda persona que él creyera que era ilegal.

Laura Scudiere, clínica comunitaria de salud, Wausau, Wisconsin, entrevista de Amnistía Internacional, 11 de julio de 2008

Otro grupo de mujeres cuyo temor a entrar en contacto con las autoridades puede disuadirlas de solicitar atención de la salud son las inmigrantes indocumentadas.¹⁹⁵ Aunque existen establecimientos comunitarios de salud que ofrecen lugares seguros para ellas, muchas de estas mujeres viven en zonas sin acceso a tales centros.

Una mujer se puso muy enferma después de dar a luz. Tenía mastitis –muy grave – tenía mucha fiebre, pero le daba mucho miedo ir a urgencias porque temía que la deportaran. Al final pudieron llevarla, pero estaba muy enferma y tenía mucho miedo de ir.

Especialista en trabajo social, grupo de discusión de Amnistía Internacional, Wausau, Wisconsin, 9 de julio de 2008

FALTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Lo que más contribuye a la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna en nuestra vida probablemente sea la existencia de servicios efectivos de planificación familiar.

Carolina Reyes, profesora clínica asociada de obstetricia y ginecología, Facultad Keck de Medicina, Universidad del Carolina del Sur, Los Angeles, California, entrevista de Amnistía Internacional, 14 de mayo de 2008

En Estados Unidos se puede disponer de una amplia gama de servicios anticonceptivos, y en 1973 se legalizó el aborto.¹⁹⁶ Sin embargo, los gobiernos estatales y el gobierno federal no han garantizado el acceso adecuado a tales servicios con equidad y sin discriminación y han impuesto varias restricciones por medio de leyes y políticas que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres. Debido a ello, las mujeres carecen a menudo de la información y los servicios que necesitan para prevenir los embarazos involuntarios y de alto riesgo y garantizar el espaciamiento entre embarazos.

¹⁹⁴ Asociación Psiquiátrica Estadounidense, *Care of Pregnant and Newly Delivered Women Addicts: Position Statement*.

¹⁹⁵ P. Feld y B. Power, *Immigrants' Access to Health Care After Welfare Reform: Findings from Focus Groups in Four Cities*, the Global Strategy Group, Inc. Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, 2000.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, las mujeres con embarazos involuntarios tienen más probabilidades de sufrir complicaciones, y los resultados son peores tanto para ellas como para sus hijos.¹⁹⁷ Las mujeres con embarazos involuntarios tienen más probabilidades de comenzar a recibir atención prenatal tarde o de no recibir la suficiente.¹⁹⁸ Por otro lado, los embarazos poco espaciados entrañan riesgos adicionales tanto para la mujer como para el bebé.¹⁹⁹ Por ejemplo, el riesgo de muerte materna puede ser hasta 2,5 veces mayor si la mujer se queda de nuevo embarazada menos de seis meses después de haber dado a luz.²⁰⁰

No puede ser que la mitad de los embarazos del país sean involuntarios. Es absurdo.

Cynthia Chazotte, copresidenta de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo de Nueva York, entrevista de Amnistía Internacional, 18 de marzo de 2008

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 negras tienen casi tres veces más probabilidades que las blancas de tener un embarazo involuntario.²⁰¹ El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación Racial ha recomendado que Estados Unidos que “sigue haciendo lo posible para poner fin a las persistentes diferencias raciales en materia de salud sexual y reproductiva, en particular mediante: i) El mejoramiento del acceso a los servicios de [...] planificación de la familia [...] ii) La facilitación del acceso a métodos anticonceptivos y de planificación de la familia adecuados, y iii) La organización de programas de educación sexual para prevenir embarazos no deseados”.²⁰²

Ante todo, cuando los niños llegan a la edad reproductiva tienen que tener información. No se les puede ocultar hasta los 18 o hasta que tengan relaciones sexuales, porque entonces ya es demasiado tarde.

Wanda Jones, subsecretaria adjunta de Salud y directora de la Oficina para la Salud de la Mujer, entrevista de Amnistía Internacional, 9 de enero de 2009

¹⁹⁶ Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973).

¹⁹⁷ D. D'Angelo et al, *Preconception and Interconception Health Status of Women Who Recently Gave Birth to a Live-Born Infant—Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004*, MMWR Surveillance Summaries, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 14 de diciembre de 2007, pp. 4 y 17; disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

¹⁹⁸ J. D. Gipson et al, “The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature”, *Studies in Family Planning*, vol. 39, No.1, 26 de febrero de 2008, p. 22.

¹⁹⁹ B.P. Zhu, “Effect of Interpregnancy Interval on Birth Outcomes: Findings from Three Recent US Studies”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2005, 89 (Suppl1): S25-S33.

²⁰⁰ A. Conde-Agudelo y J.M. Belizan, “Maternal Morbidity and Mortality Associated with Interpregnancy Interval: Cross Sectoral Study”, *British Medical Journal*: 321, p. 1255-9, 18 de noviembre de 2000; disponible en <http://www.bmjjournals.org/cgi/content/full/321/7271/1255>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁰¹ L. B. Finer y S. K. Henshaw, “Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38(2):90–96; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁰² Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, *Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 9 de la Convención, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial*, febrero de 2008, disponible en <http://www.universalhumanrightsindex.org/documents/824/1310/document/es/text.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Falta de información

Proveedores de servicios de salud y asesores han indicado que no hay educación ni información públicas adecuadas sobre salud reproductiva y anticonceptivos en Estados Unidos. La educación en la escuela sobre la salud, incluida la salud reproductiva, puede servir de sólida base para la vida e impedir embarazos involuntarios. Sin embargo, Estados Unidos figura entre los países industrializados donde la educación sexual es menos efectiva. El índice de embarazos involuntarios es casi dos veces más alto que en Canadá y siete u ocho veces más alto que en Países Bajos, Italia y Japón.²⁰³ En Estados Unidos, el 82 por ciento de los embarazos de adolescentes son involuntarios.²⁰⁴ Los expertos han criticado la política aplicada por el gobierno federal durante el último decenio, consistente en promover la educación sexual de "sólo abstinencia" en las escuelas y sólo ofrecer financiación a los estados que aplicaran este enfoque.²⁰⁵ Estos programas enseñan que la única forma de evitar el embarazo es abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio. En 1995, el 72 por ciento de las adolescentes habían recibido información sobre la anticoncepción antes de tener relaciones sexuales por primera vez. En 2002 la cifra se había reducido al 62 por ciento.²⁰⁶

Cada año mueren en Estados Unidos alrededor de 1.200 mujeres durante el embarazo o después de él. Al menos a un par de centenares de estas mujeres deberían haberles aconsejado que no se quedaran embarazadas debido a los riesgos que entrañaban los problemas médicos que tenían. La anticoncepción y la planificación familiar efectivas son cuestiones importantes de las que todos los médicos que atienden a mujeres en edad reproductiva deben hablar con sus pacientes.

Jeffrey C. King, presidente del grupo especial para la mortalidad materna de la ACOG, 13 de marzo de 2008

Tras un embarazo, las mujeres deben conocer las opciones anticonceptivas existentes y el espaciamiento entre embarazos recomendable. Algunas mujeres pueden tener problemas de salud que entrañen riesgo de complicaciones en el embarazo y necesitar orientación para gestionar o reducir el riesgo en colaboración con sus proveedores de servicios de atención de la salud o evitar totalmente el embarazo, si lo deciden así.²⁰⁷ Los informes recogidos por Amnistía Internacional indican que a menudo se pierden las oportunidades de proporcionar tal información. En un estudio se determinó que, de las

²⁰³ J. E. Darroch et al, *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries: Can More Progress be Made? Occasional Report*, Nueva York: AGI, 2001, No. 3; disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/eurosynth_rpt.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁰⁴ Finer, "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001"; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Nota: el 82 por ciento se refiere a mujeres de entre 15 y 19 años.

²⁰⁵ D. Kirby, *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*, Washington D.C.: Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo de Adolescentes e Involuntario (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy), noviembre de 2007; disponible en http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_full.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁰⁶ L. D. Lindberg, *Changes in Formal Sex Education: 1995–2002, Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38(4):182–189; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3818206.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁰⁷ Cynthia Chazotte, doctora en medicina, miembro de la ACOG, catedrática y sudirectora del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Servicios de Salud de la Mujer del Centro Médico Einstein/Montefiore, Bronx, Nueva York, y copresidente de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo de Nueva York, 18 de marzo de 2008.

mujeres examinadas que habían dado a luz recientemente y no estaban intentando quedarse embarazadas, más de la mitad no utilizaban anticonceptivos.²⁰⁸

Después del parto, yo me quería poner el aparato, pero me salía mil dólares. Entonces dije, está bien, pero démelo [sic] pagar en pagos, pero como me había quedado el deber de lo del parto de la niña, me dijeron, “hay que pagar esto para que tengas crédito para lo del aparato.

Mujer latina, grupo de discusión, St. Mary's Parish, Omro, Wisconsin, 8 de julio de 2008

Falta de anticoncepción

Según cálculos, en 2006 había en Estados Unidos 36,2 millones de mujeres que necesitaban servicios y métodos anticonceptivos, es decir que mantenían relaciones sexuales y podía concebir pero no querían quedarse embarazadas.²⁰⁹ Aunque las autoridades estadounidenses han tomado algunas medidas para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar, las restricciones presupuestarias, las políticas y las medidas legislativas adoptadas limitan o no protegen en la actualidad el acceso a tales servicios.

El gobierno federal no ha regulado debidamente a los proveedores privados de seguros para garantizar que los servicios de planificación familiar y los anticonceptivos están debidamente cubiertos. No todos los planes privados de seguro de salud incluyen en su cobertura los anticonceptivos recetados. Sólo 27 estados exigen que las pólizas de seguro de salud que cubran los medicamentos recetados incluyan los anticonceptivos.²¹⁰ Se ha determinado que la legislación federal contra la discriminación sexual en el trabajo prohíbe a los empleadores con al menos 15 empleados excluir de los planes exhaustivos para empleados los anticonceptivos.²¹¹ Esta protección limitada no se aplica a las mujeres que trabajan en empresas más pequeñas o donde los planes de salud no incluyen los medicamentos recetados.²¹²

Se calcula que algo menos de la mitad de las mujeres que tienen necesidad de servicios de salud reproductiva en Estados Unidos (17,5 millones) necesitan servicios y métodos subvencionados con fondos públicos, la mayoría (el 71 por ciento) porque sus ingresos están por debajo del 250 por ciento del índice federal de pobreza (FPL).²¹³ Se ha

²⁰⁸ D'Angelo, *Preconception and Interconception Health Status of Women Who Recently Gave Birth to a Live-Born Infant*, p. 7.

²⁰⁹ Instituto Guttmacher, *Facts on Publicly Funded Contraceptive Services in the US*; disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contraceptive_serv.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹⁰ Hay 24 estados con leyes que exigen la cobertura de los anticonceptivos y 3 que la incluyen en virtud de su legislación contra la discriminación. National Women's Law Center, *Covering Prescription Contraceptives in Employee Health Plans: How this Coverage Saves Money*, mayo de 2009; disponible en <http://www.nwlc.org/pdf/contraceptive%20coverage%20saves%20money%20may%202009.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹¹ *Erickson v. Bartell Drug Co.*, 141 F.Supp.2d 1266 (W.D. Wash. 2001). Véase también Comisión para la Igualdad de Oportunidades de Empleo, decisión, 14 de diciembre de 2000.

²¹² *Contraceptive Equity Quick Facts*, Coalition of Labor Union Women, actualizado el 4 de enero de 2009; disponible en <http://www.cluw.org/contraceptive-facts.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹³ Instituto Guttmacher, *Contraceptive Needs and Services, 2006, 2008*; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/win/allstates2006.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

comprobado que la financiación pública de la planificación familiar es rentable, pues en un estudio se determinó que por cada dólar gastado en planificación familiar el programa se ahorra cuatro en gastos por embarazos involuntarios.²¹⁴ Sin embargo, Medicaid y las clínicas con financiación oficial (conocidas como clínicas patrocinadas por el Título X) satisfacen poco más de la mitad de las necesidades identificadas, lo que deja a más de ocho millones de mujeres sin información ni servicios de planificación familiar asequibles.²¹⁵ En Estados Unidos, las mujeres con bajos ingresos tienen cuatro veces más probabilidades de embarazo involuntario que las de ingresos altos.²¹⁶

Las mujeres están sin un céntimo y no se dan cuenta de que pueden quedarse embarazadas en seguida después del parto.

Especialista en trabajo social, “Blues Project,” Centro de Salud de Memphis, Tennessee, entrevista de Amnistía Internacional, 5 de febrero de 2009

Medicaid incluye en todos los estados algo de cobertura de servicios de planificación familiar. Sin embargo, el gobierno federal aplica leyes y políticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a través de Medicaid. En particular, la Ley de Reducción del Déficit, de 2005, menoscaba el acceso al permitir a los estados excluir de los servicios de planificación familiar a determinados beneficiarios de Medicaid, incluidos los progenitores y las mujeres en la fase de posparto, y eliminar la prohibición de las medidas de reparto de costes, de manera que en algunos estados se obliga ahora a las mujeres a pagar los anticonceptivos.²¹⁷

Algunos estados han ampliado el acceso a los servicios a través de Medicaid haciendo extensiva la prestación de servicios de planificación familiar a mujeres que no tendrían, si no, derecho a Medicaid. Un total de 27 estados han recibido permiso (conocido como exención, o *waiver*, de la política federal) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para ampliar la cobertura de la planificación familiar, en la mayoría de los casos basándose en el aumento de los niveles de ingresos o incluyendo a las mujeres durante uno año o dos tras un parto.²¹⁸ Sin embargo, las investigaciones de Amnistía Internacional indican que no todas las mujeres saben que Medicaid cubre servicios de planificación familiar, por lo que hace falta más divulgación.

El acceso a servicios de aborto les está restringido a muchas mujeres que reciben atención de la salud a través de Medicaid, incluso si el embarazo entraña grave riesgo para su salud. Debido a una ley federal conocida como Enmienda Hyde, los estados

²¹⁴ J. J. Frost et al, “The Impact of Publicly Funded Family Planning Clinic Services on Unintended Pregnancies and Government Cost Savings”, 19, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, pp. 778–96, 2008; disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/09_HPU19.3Frost.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹⁵ Instituto Guttmacher, *Contraceptive Needs and Services*, 2006, tabla A.

²¹⁶ R. B.Gold, *Rekindling Efforts to Prevent Unplanned Pregnancy: A Matter of ‘Equity and Common Sense’*, vol. 9, No.3, verano de 2006; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090302.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹⁷ Ley de Reducción del Déficit (Deficit Reduction Act), de 2005; Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, *Deficit Reduction Act of 2005: Implications for Medicaid*, febrero de 2006; disponible en <http://www.kff.org/medicaid/upload/7465.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²¹⁸ Instituto Guttmacher, State Medicaid Family Planning Eligibility Expansions, State Policies In Brief, 14 de agosto de 2009; disponible en http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SMFPE.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

tienen prohibido utilizar fondos federales para practicar abortos, excepto en caso de violación, incesto o peligro para la vida de la madre. Si hay riesgo para la salud de la mujer, pero no es de muerte, no puede pagarse el aborto a través de Medicaid. Sólo 17 estados financian todos o la mayoría de los abortos necesarios por razones médicas, cuando hay riesgo para la salud de la mujer, y 6 estados financian los abortos en que se cumplen los requisitos federales, además de por una o dos razones más, como que haya anomalía fetal. Un total de 26 estados y el distrito de Columbia financian el aborto sólo en caso de violación, incesto y riesgo para la vida de la mujer.²¹⁹ Un estado, Dakota del Sur, sólo facilita el aborto si es necesario para proteger la vida de la mujer.

Reducción de los fondos para el programa del Título X

Cuanto peor va la economía más gente hay sin ningún otro sitio donde ir. Las clínicas [patrocinadas por el Título X] están ya al límite de su capacidad.

Evelyn Kappeler, directora en funciones de la Oficina de Asuntos de Población, Washington D.C., entrevista de Amnistía Internacional, 21 de noviembre de 2008

El gobierno estadounidense promulgó el Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act), de 1970, para cubrir el vacío existente en los servicios de planificación familiar en el caso de las mujeres con bajos ingresos que no reunían los requisitos necesarios para acogerse a Medicaid y no podían tampoco costearse un seguro privado de salud. El programa del Título X presta ahora servicios a casi cinco millones de mujeres, alrededor de la mitad de las cuales son de color.²²⁰ Las clínicas del Título X cumplen una importante función para estas mujeres, que dependen del programa para recibir servicios asequibles de salud reproductiva.²²¹ Sin embargo, la financiación federal del programa del Título X es un 61 por ciento menor que en 1980, teniendo en cuenta la inflación.²²² Debido a ello, el programa no puede cumplir su objetivo de conseguir que "los servicios integrales y voluntarios de planificación familiar estén fácilmente disponibles para todas aquellas personas que los deseen".²²³

²¹⁹ Instituto Guttmacher, *State Funding of Abortion under Medicaid*, State Policies in Brief, 1 de agosto de 2009; disponible en http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SFAM.pdf, visitado por última vez el 17 de diciembre de 2009.

²²⁰ Oficina de Planificación Familiar, Oficina de Asuntos de Población, Departamento de Salud y Servicios Humanos, *Family Planning Annual Report: 2007 National Summary*, RTI International, noviembre de 2008, tabla 6; disponible en http://www.hhs.gov/opa/familyplanning/toolsdocs/fpar_2007_natl_summ.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²²¹ R. B. Gold et al, *Next Steps for America's Family Planning Program: Leveraging the Potential of Medicaid and Title X in an Evolving Health Care System*, Nueva York, Instituto Guttmacher, 2009; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/NextSteps.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²²² Según el Instituto Guttmacher, las financiaciones es el 61 por ciento menor en dólares ajustados conforme a la inflación que en 1980. Véase R. B. Gold, *Stronger Together: Medicaid, Title X Bring Different Strengths to Family Planning Effort*, Guttmacher Policy Review 13, 15, primavera de 2007; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/2/gpr100213.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²²³ Ley de Servicios de Planificación Familiar e Investigación Poblacional (Family Planning Services and Population Research Act), de 1970, Pub. L. No.91-572, 84 Stat.1504 (1970) (codified as amended at 42 U.S.C. §§ 300 et seq. (1991 & Supp. 2000)).

Financiación insuficiente del Servicio de Salud para la Población Indígena

Nuestras decisiones reproductivas las toma por nosotras el gobierno federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos: el Servicio de Salud para la Población Indígena. Y depende de él si quiere prestar o no varios servicios. Por ejemplo, no podemos acceder a anticonceptivos de urgencia [si no] ha habido agresión sexual.

Charon Asetoyer, directora ejecutiva del Centro de Recursos de Educación para la Salud de las Mujeres Indígenas, citada en Centro para el Progreso de Estados Unidos, *The Failing State of Native American Women's Health, an interview with Charon Asetoyer*, 16 de mayo de 2007

Las mujeres indígenas, incluidas las de Alaska, encuentran obstáculos específicos para acceder a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. Las obligaciones contraídas en virtud de tratados exigen al gobierno federal que preste servicios de salud a los pueblos indígenas por medio del Servicio de Salud para la Población Indígena. Sin embargo, el acceso a los servicios es limitado, debido a la grave falta de fondos. La asignación por persona de fondos federales para quienes están acogidos al Servicio de Salud para la Población Indígena equivale aproximadamente a la tercera parte de cantidad media que se gasta en atención de la salud por persona en Estados Unidos.²²⁴

Las mujeres indígenas no tienen acceso a toda la gama de servicios de planificación familiar. De acuerdo con el Centro de Recursos de Educación para la Salud de las Mujeres Indígenas (Native American Women's Health Education Resource Center), no siempre se les proporciona información adecuada ni acceso a todas las opciones anticonceptivas.²²⁵

Las mujeres indígenas tienen problemas para conseguir anticoncepción de urgencia. El Plan B es una forma de anticoncepción de urgencia aprobada por el gobierno federal con la idea de que esté disponible en las farmacias sin receta. Sin embargo, según el Centro de Recursos de Educación para la Salud de las Mujeres Indígenas, sólo la mitad de las farmacias del Servicio de Salud para la Población Indígena dispensan anticonceptivos conforme al Plan B y sólo el 15 por ciento lo hace sin prescripción facultativa.²²⁶ El acceso adecuado a servicios oportunos de anticoncepción de urgencia y aborto es esencial, especialmente en caso de violación. La falta de acceso a anticoncepción de urgencia tiene un efecto desproporcionado en las mujeres indígenas,

²²⁴ Comisión de Derechos Civiles, *Broken Promises: Evaluating the Native American Health Care System*, septiembre de 2004, pp. 21 y 98. Véase IHS Fact Sheet, Year 2009 Profile; disponible en <http://info.ihs.gov/Profile09.asp>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²²⁵ Centro para el Progreso de Estados Unidos, *The Failing State of Native American Women's Health*: Entrevista con Charon Asetoyer, 16 de mayo de 2007.

²²⁶ Centro de Recursos de Educación para la Salud de las Mujeres Indígenas (Native American Women's Health Education Resource Center), *Women's Reproductive Justice: A Survey of the Availability of Plan B and Emergency Contraceptives*, 2008, p. 9; disponible en: http://www.nsvec.org/_cms/fileUpload/Projects/EC_in_the_ER_2008.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

que tienen 2,5 veces más probabilidades que otras mujeres de Estados Unidos de ser víctimas de violación o agresión sexual.²²⁷

Somos la única raza del país a la que se niega el acceso al aborto únicamente por la raza.

Entrevista de Amnistía Internacional con Charon Asetoyer, directora ejecutiva del Centro de Recursos de Educación para la Salud de las Mujeres Indígenas

A las mujeres indígenas se les niega también el acceso igualitario a servicios de aborto. Como reciben los servicios de atención de la salud del gobierno federal, los servicios de aborto están determinados por la Enmienda Hyde, que prohíbe la financiación federal del aborto salvo en caso de violación, incesto o peligro para la vida de la mujer.²²⁸ En 2008, la Enmienda Vitter a la legislación sobre atención de la salud de la población indígena sometió específicamente a ésta a restricciones permanentes del acceso a servicios de aborto y a terapia.²²⁹

Denegación de servicios de planificación familiar

Algunos estados tienen políticas o disposiciones jurídicas (conocidas también como "cláusulas de conciencia") que permiten a los profesionales de la salud y a los farmacéuticos negarse a prestar servicios o dispensar medicamentos, incluidos anticonceptivos, si va en contra de sus creencias religiosas o morales.

- 43 estados permiten a las instituciones de atención de la salud, así como a los profesionales de la salud, negarse a prestar servicios de aborto (véase el anexo C).²³⁰
- 12 estados permiten a algunos profesionales de la salud negarse a prestar servicios de anticoncepción o relacionados con la anticoncepción (véase el anexo C);²³¹ cinco de ellos permiten a las farmacias y farmacéuticos negarse a dispensar anticonceptivos sin necesidad de remitir a la mujer a otra farmacia o garantizar el acceso a tiempo al medicamento.²³²

²²⁷ Amnistía Internacional, *Laberinto de injusticia. Falta de protección de las mujeres indígenas frente a la violencia sexual en Estados Unidos*, 2007. Steven W Perry, *American Indians and Crime—A BJS Statistical Profile 1992–2002*, Oficina de Estadísticas de Justicia, Departamento de Justicia, Oficina de Programas de Justicia, diciembre de 2004; disponible en <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/aic02.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²²⁸ Véase Enmienda Hyde, Código Federal de Estados Unidos, 42 U.S.C. § 1396.

²²⁹ La Enmienda Hyde tiene que renovarse todos los años, pero la Enmienda Vitter es una restricción permanente, que se aplica sólo a las mujeres indígenas, incluidas las de Alaska. Céñate Amendment 3896 to S.1200, 26 de febrero de 2008.

²³⁰ Tres estados más sólo permiten a los profesionales de la salud negarse a prestar servicios de aborto. Instituto Guttmacher Institute, *Refusing to Provide Health Services, State Policies in Brief*, 1 de enero de 2010; disponible en http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf, visitado por última vez el 2 de febrero de 2010.

²³¹ Instituto Guttmacher, *Refusing to Provide Health Services, State Policies in Brief*, 1 de agosto de 2009; disponible en http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²³² Arizona, Arkansas, Georgia, Misisipi, Dakota del Sur. National Women's Law Center, *Pharmacy Refusals: State Laws, Regulations, and Policies*, julio de 2009; disponible en <http://www.nwlc.org/pdf/pharmacyrefusalpoliciesjuly2009.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

- 17 estados permiten a algunos profesionales de la salud negarse a prestar servicios de esterilización.²³³

La organización National Women's Law Center (Centro Nacional Jurídico para las Mujeres) ha documentado casos de farmacéuticos que se han negado a dispensar anticonceptivos en 24 estados. También ha encontrado casos de farmacéuticos que han confiscado las recetas, se han negado a remitir la receta a otra farmacia y han sermoneado y hostigado a la mujer.²³⁴ La negativa a facilitar anticoncepción de urgencia es especialmente problemática, pues la eficacia del medicamento para impedir el embarazo radica en que se tome cuanto antes una vez realizado el acto sexual.

También se pueden denegar a las mujeres los servicios de atención de la salud reproductiva cuando los solicitan en hospitales religiosos.²³⁵ Las políticas aplicadas pueden prohibir la esterilización, la dispensación de anticonceptivos, la anticoncepción de urgencia y el aborto, incluso si hay riesgos para la salud de la mujer.²³⁶ Algunos médicos han informado de que, al ejercer la medicina en este tipo de centros, puede haber injerencias en sus dictámenes que pongan en peligro la salud de las mujeres.²³⁷ Por ejemplo, los hospitales católicos²³⁸ tienen que aplicar las Directrices Éticas y Religiosas para Servicios de Atención de la Salud Católicos, que restringen el tratamiento de los embarazos ectópicos (embarazos fuera del útero que no son viables y entrañan riesgos para la vida de la mujer si no se tratan) y los tratamientos indicados médicaamente de algunas mujeres que sufren abortos espontáneos.²³⁹ Un médico de un hospital católico contó el caso de una mujer que había sufrido un aborto parcial no provocado y contrajo una infección sistémica severa. A la mujer le subió la temperatura a 106 °F (41 °C) y le empezó a bajar la tensión arterial, y el médico tenía que terminar de vaciar el útero para completar el aborto y tratar la infección. “La mujer se moría delante de nosotros, [pero el comité de ética] no me dejaba porque todavía había latido

²³³ Véase Instituto Guttmacher, *Refusing to Provide Health Services, State Policies in Brief*.

²³⁴ National Women's Law Center, *Pharmacy Refusal's 101, Fact Sheet*; disponible en http://www.nwlc.org/pdf/pharmacyrefusals101_109.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²³⁵ L. Uttley y R. Pawelko, *No Strings Attached: Public Funding of Religiously-Sponsored Hospitals in the United States*, MergerWatch y Education Fund of Family Planning Advocates of New York State, 2002; disponible en http://www.mergerwatch.org/pdfs/bp_no_strings_hilights.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²³⁶ L. R. Freedman et al, “When There's a Heartbeat: Miscarriage Management in Catholic-Owned Hospitals”, *American Journal of Public Health*, vol. 98, No.10, octubre de 2008, disponible en <http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=bixbycenter>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²³⁷ Ibis Reproductive Health, *Assessing Hospital Policies & Practices Regarding Ectopic Pregnancy & Miscarriage Management: Results of a National Qualitative Study*, abril de 2009. Entrevistas de Amnistía Internacional, Lori Freedman, Universidad de California, San Francisco, Oakland, California, 16 de abril de 2009; Jill Morrison, National Women's Law Center, Washington D.C., 26 de febrero de 2008.

²³⁸ Los hospitales religiosos registraron 5,5 millones de estancias hospitalarias, alrededor de una de cada seis, en 2007. Los hospitales católicos tienen que adoptar las Directrices Éticas y Religiosas para Servicios de Atención de la Salud Católicos para guiar sus políticas, aunque presten servicio a toda la comunidad y reciban fondos públicos. Asociación Católica de Salud de Estados Unidos (Catholic Health Association of the US), *Catholic Health Care in the US*, enero de 2009, citando la American Hospital Association Annual Survey 2007; enlace al informe en http://www.chausa.org/Pages/About_CHA/Overview, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²³⁹ Publicadas por la Conferencia Episcopal de Estados Unidos, 15 de junio de 2001; disponible en <http://www.usccb.org/bishops/directives.shtml#preamble>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Directriz 45: “El aborto (es decir, la interrupción directamente inducida del embarazo antes de la viabilidad o la destrucción directamente inducida de un feto viable) no está permitido **jamás**. Todo procedimiento cuyo único efecto inmediato sea la interrupción del embarazo antes de la viabilidad es aborto, que, en su contexto moral, incluye el intervalo entre la concepción y la implantación del embrión. Directriz 48: En caso de embarazo extrauterino, no será moralmente lícita ninguna intervención que constituya aborto directo”.

[fetal] –explicó–. No lo olvidaré jamás; fue horrible”. El doctor decidió tratar a la mujer según su parecer profesional y pudo salvarle la vida.²⁴⁰

²⁴⁰ Freedman, *When There's a Heartbeat*.

CAPÍTULO 5: FALLOS DEL SISTEMA

TRUDY LAGREW

Trudy LaGrew, mujer indígena residente en la reserva de Red Cliff, Wisconsin, tenía 30 años cuando murió de un problema de corazón no diagnosticado, unos meses después de haber dado a luz. Su esposo, Joseph LaGrew, contó a Amnistía Internacional: "Éramos novios en el instituto y nuestros caminos se separaron, pero volvimos a encontrarnos. Teníamos una relación increíble. ¿Cómo ha podido terminar tan de repente? [...] Veo que los niños tienen miedo: ¿Y si me pasa algo a mí?".

Aunque su embarazo se consideraba de alto riesgo debido a complicaciones surgidas en otro anterior y a su obesidad, Trudy LaGrew no acudió 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. En su historial prenatal no se indica que se comprobara su peso y su presión sanguínea en cada visita a la clínica, algo de rigor en la atención prenatal.²⁴¹

Cuando se puso de parto un mes antes de tiempo, acudió al hospital más cercano, donde le dijeron que había que hacerle una cesárea. Tenía miedo de la anestesia, así que pidió que dejaran estar a su familia con ella, pero no se lo permitieron. Un profesional de la salud de salud que estuvo presente dijo a Amnistía Internacional: "Estaba muerta de miedo cuando la operaron". Tras la operación, se despertó en un estado muy agitado, se quitó de un tirón el tubo de respirar y sufrió un ataque cardíaco.

La reanimaron y la trasladaron a un hospital más grande, donde le aplicaron un respirador y diálisis renal. También contrajo una infección severa en la herida de la cesárea. Transcurrieron tres semanas antes que pudiera tener a su hijo en brazos por primera vez y casi dos meses hasta que regresó a casa.

Pese a sus continuos y complicados problemas de corazón, Trudy LaGrew recibió una atención de seguimiento limitada, porque los centros de salud estaban lejos y su mal estado restringía su capacidad de desplazamiento. Además, era reacia a comunicarse con el sistema de atención de la salud. Un profesional de la salud señaló: "Creo que estaba traumatizada por su experiencia". Los profesionales de la salud de la clínica local de Red Cliff explicaron lo preocupados que habían estado por no tener medios adecuados para ayudarla. "La atención era muy al azar, y nada especializada. Era una situación de alto riesgo".

Trudy LaGrew murió el 7 de enero de 2008 por la noche. Su esposo contó a Amnistía Internacional que se sentía frustrado porque ninguno de los profesionales de la salud que la habían atendido explicó por qué no le habían diagnosticado su enfermedad de las arterias coronarias ni si había alguna forma

²⁴¹ Amnistía Internacional se puso en contacto con el proveedor de servicios de atención prenatal en octubre y noviembre de 2009 para que confirmarse si había algún historial más. Sin embargo, en el momento de redactar el presente informe la organización no había recibido respuesta.

de haber impedido su muerte. “Fue un sorpresa descubrir que era una enfermedad de las arterias coronarias [...] Un vez nos habían dicho simplemente que tenía el corazón débil [pero no que tenía las arterias obstruidas] Su hijo no la conocerá nunca [...] Habíamos hecho planes para hacer todas esas cosas con Baby. Miro los lugares a los que queríamos ir: los viajes con los niños, las cosas que queríamos hacer, y nunca haremos. Sin ella no es lo mismo”.

Entrevistas de Amnistía Internacional con Joseph LaGrew, reserva de Red Cliff, Wisconsin, 4 de mayo de 2009; Erin Tenney, enfermera de salud materno-infantil, y Salena Bressler, coordinadora de salud comunitaria y doula, Centro Comunitario de Salud de la Reserva de Red Cliff, Wisconsin, 9 de junio de 2008, y otros profesionales de la salud y personal de apoyo, Centro Comunitario de Salud de la Reserva de Red Cliff, Wisconsin, 4 de mayo de 2008

Un elemento esencial del derecho a la salud es la disponibilidad de centros de salud y profesionales cualificados suficientes. Sin embargo, 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. Estados Unidos tiene un porcentaje relativamente bajo de obstetras por nacimiento (sólo 9,6 por cada 1.000 nacimientos) y el porcentaje más bajo de matronas por nacimiento (0,4 por cada 1.000 nacimientos) de todos los países industrializados que informan de tales cifras.²⁴² Algunos asesores han señalado que un mayor empleo de médicos de familia y matronas para atender a las mujeres con embarazos de bajo riesgo podría aumentar la disponibilidad de profesionales de la salud materna

La forma en que está estructurado el sistema estadounidense de atención de la salud contribuye a perpetuar la falta de disponibilidad de profesionales de la salud materna. Éstos profesionales se enfrentan a pólizas de seguro de mala praxis prohibitivamente altas y cobran muy poco por los servicios que ofrecen a mujeres acogidas a Medicaid. Esta situación disuade a los profesionales de ejercer la medicina en este campo y de tratar a mujeres con bajos ingresos. Además, muchos centros carecen de personal suficiente debido a la falta de profesionales de la salud, la falta de fondos o la presión de tener que mantener los gastos bajos a fin de obtener beneficio.

Con demasiada frecuencia, en Estados Unidos la atención de la salud materna no satisface la necesidad global de asistencia de las mujeres. Se ha comprobado que el asesoramiento a las mujeres embarazadas sobre nutrición, violencia en el ámbito familiar, salud mental y las ventajas de dejar de fumar es un importante y eficaz elemento de la atención prenatal.²⁴³ Sin embargo, la limitada duración de la mayoría de las visitas prenatales hace que haya pocas oportunidades de interacción en profundidad

²⁴² *Midwives and ob/gyns per 1,000 births, OECD Countries, 2006*, OECD Health Data 2009

²⁴³ En un estudio realizado en el distrito de Columbia se determinó que con varias sesiones de asesoramiento de media hora se reducía el riesgo de consumo de tabaco, depresión y abusos en el ámbito familiar. A. A. El-Mohandes et al., “An Intervention to Improve Postpartum Outcomes in African-American Mothers: A Randomized Controlled Trial”, *Obstetrics & Gynecology*, 2008, 112:611-620.

con los profesionales de salud para determinar posibles problemas que afecten a la salud materna y ofrecer asesoramiento y otras formas de asistencia.

FALTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

La principal razón de que no ejerza es el seguro de mala praxis. En nuestro último año de ejercicio en Nuevo México el seguro de mala praxis nos costó el 70 por ciento de nuestros ingresos.

Heidi Rinehart, ex obstetra en una comunidad de bajos ingresos. Nueva York, en ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA revista de Amnistía Internacional, 8 de febrero de 2008

La falta de obstetras podría estar relacionada con el elevado precio del seguro de mala praxis, que, en su caso, es uno de los más altos de todas las especialidades médicas.²⁴⁴ El efecto del precio del seguro de mala praxis está por determinar.²⁴⁵ No obstante, según un estudio de la ACOG de 2009, casi el 60 por ciento de los obstetras afirmaban haber hechos cambios en el ejercicio de su profesión debido a la asequibilidad o disponibilidad del seguro de responsabilidad civil. El 21 por ciento de ellos decían que ahora atendían a un número menor de pacientes de alto riesgo; el 10 por ciento, que asistían a menos partos, y el 6,5 por ciento, que habían dejado de ejercer la obstetricia por completo.²⁴⁶ El personal de un centro comunitario de maternidad del distrito de Columbia dijo a Amnistía Internacional que el precio del seguro de mala praxis había aumentado más del triple entre 2005 (90.000 dólares) y 2008 (300.000).²⁴⁷

En el caso de las mujeres con bajos ingresos, la falta de profesionales de la salud podría estar relacionada con los retrasos en el pago o la falta de pago. Las mujeres embarazadas acogidas a Medicaid se encuentran a menudo con que los médicos son reacios o no están dispuestos a atenderlas debido a lo poco que les pagan por sus servicios y a los engorrosos procedimientos de reembolso.²⁴⁸ En el estado de Nueva York, los profesionales de la salud que participan en el programa de Servicios Obstétricos y Maternos de Medicaid cobran una tarifa "mejorada" de Medicaid de 1.440 dólares por todas las visitas prenatales, partos y cuidados posparto.²⁴⁹ Sin embargo, esta

²⁴⁴ Diana Furchtgott-Roth, "Reduce the High Cost of Medical Malpractice", *Reuters*, 6 de agosto de 2009; disponible en http://www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=6396, visitado por última vez el 10 de diciembre de 2009.

²⁴⁵ Véase M. A. Rodwin et al, "Malpractice Premiums in Massachusetts, A High-Risk State: 1975 to 2005", *Health Affairs*, mayo-junio de 2008; Departamento General de Contraloría, *Medical Malpractice: Implications of Rising Premiums on Access to Health Care*, agosto de 2003; disponible en <http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. M. M. Mello y C. N. Kelly, "Effects of a Professional Liability Crisis on Residents' Practice Decisions", *Obstetrics & Gynecology*, junio de 2005, 105(6):1287-95, para comparar perspectivas.

²⁴⁶ J. Klagholz y A. L. Strunk, *Overview of the 2009 ACOG Survey on Professional Liability*, p. 2; disponible en <http://www.acog.org/departments/professionalLiability/2009PLSurveyNational.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Un 19,5 por ciento más habían dejado también de atender partos vaginales después de cesárea.

²⁴⁷ Entrevista de Amnistía Internacional con Ruth Lubic, Developing Families Center, Distrito de Columbia, 26 de febrero de 2008.

²⁴⁸ P. Cunningham y J. May, *Medicaid Patients Increasingly Concentrated Among Physicians*, Health System Change Tracking Report No.16, agosto de 2006.

²⁴⁹ *Medicaid Obstetrical and Maternal Health Services (MOMS) Billing Guidelines*, Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Rev.10/05, p.9, disponible en http://www.myhealth.gov/nysdoh/perinatal/pdf/moms_billing_guidelines.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

cantidad sigue siendo muy inferior a las tarifas profesionales que se cobran por término medio a las pacientes con seguro privado, que son de 3.000 dólares aproximadamente.²⁵⁰

El reembolso [de Medicaid] no permite cubrir siquiera los gastos, y no digamos ya obtener alguna ganancia [...] La burocracia es un problema enorme. Una vez, Medicaid debía al consultorio 17.000 dólares de facturas atrasadas y nos envió un cheque de 2 dólares. Teníamos pendientes reclamaciones de más de 15 meses [...] Me gustaba atender a la población de Medicaid, pero no podía permitírmelo.

Heidi Rinehart, ex obstetra, Nueva York, entrevista de Amnistía Internacional, 8 de febrero de 2008

Recuerdo haber llamado a las consultas de todos los médicos de las páginas amarillas y que me colgaban cuando decía que la paciente por la que llamaba tenía Medicaid. Pagan tan mal que los médicos han optado por no aceptar a pacientes de Medicaid.

Jill Humphrey, enfermera titulada especializada en trabajo de parto y alumbramiento y coordinadora de servicios comunitarios de salud de apoyo a la maternidad, entrevista de Amnistía Internacional, 12 de febrero de 2008

En 2008, 64 millones de personas vivían en lugares calificados por el gobierno federal como "zonas con falta de profesionales" de atención primaria.²⁵¹ Los centros comunitarios de salud, que atienden a un alto porcentaje de pacientes sin seguro y de Medicaid, encuentran grandes obstáculos a la hora de contratar a profesionales de la salud y conservarlos, y la falta de éstos es especialmente grave en la obstetricia. El 21 por ciento de los puestos de obstetra de los centros comunitarios de salud de todo el país están vacantes, y este porcentaje asciende al 38 por ciento en las zonas rurales aisladas y al 100 por ciento en el estado de Tennessee.²⁵² Estados Unidos se enfrenta también a falta de profesionales de enfermería: se prevé que en 2020 haya un déficit de más de un millón.

FALTA DE DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Tuve una paciente con diabetes. Durante su embarazo hizo 16 veces un viaje en coche de hora y media en cada sentido para venir a verme porque su médico local no la atendía [debido a factores de riesgo]. Era una carga enorme para ella. No cabe duda de que la distancia es un problema, y que debido a ello muchas pacientes no reciben lo que necesitan. Las pacientes que viven muy lejos tienen

²⁵⁰ Thomson Healthcare, *The Healthcare Costs of Having a Baby*, junio de 2007, p. 8, tabla 3; disponible en <http://www.marchofdimes.com/files/Thomson.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Esta cifra representa el pago que hacen por término medio las compañías de seguros por honorarios de proveedores de servicios en caso de atención materna, incluidos partos vaginales después de cesárea.

²⁵¹ Administración de Recursos y Servicios de Salud, Shortage Designation: HPSAs, MUAs & MUPs; disponible en <http://bhpr.hrsa.gov/shortage/index.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁵² La región del Departamento de Salud y Servicios Humanos abarca Pensilvania, Delaware, Maryland, Virginia Occidental y Washington D.C. C. Holly et al, *Health Center Expansion and Recruitment Survey 2004: Results by Health and Human Services Regions and Health Center Geography*, Technical Report, marzo de 2007, p. 19 y 23, figuras 4a y 4e; disponible en http://depts.washington.edu/uwrhrc/uploads/HC_Survey_Report.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

que conducir durante cinco horas en cada sentido, así que simplemente no pueden ir a un médico de alto riesgo.

Maria Mascola, especialista en medicina maternofetal, Marshfield, Wisconsin, entrevista de Amnistía Internacional, 15 de julio de 2008

Para las mujeres con complicaciones o factores de riesgo que afecten a su embarazo, encontrar especialistas es particularmente difícil. En las zonas rurales, a menudo no hay obstetras ni especialistas en medicina maternofetal (obstetras especializados en embarazos de alto riesgo) disponibles, o es difícil acceder a ellos. Mujeres de zonas rurales de Wisconsin contaron a Amnistía Internacional que tenían que viajar hasta cinco horas en automóvil para ver a un especialista.

Una enfermera especializada en salud maternoinfantil que trabajaba en una reserva indígena dijo a Amnistía Internacional que la falta de atención especializada disponible había causado muertes: "Hemos tenido algunas madres [y bebés] que han vuelto después del parto con problemas graves, e intentamos atener a esas personas lo mejor que podemos [...] No es suficiente. Las perdimos porque no pudimos hacer lo suficiente".²⁵³

Las mujeres con bajos ingresos de zonas urbanas también pueden encontrar obstáculos para ver a un especialista.²⁵⁴ En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York se vio que las zonas de bajos ingresos eran por término medio las que menos proveedores de servicios de atención materna tenían y que cuanto más tenían que desplazarse las mujeres para conseguir atención mayor era la probabilidad de que no recibieran atención prenatal o la recibieran tarde.²⁵⁵

El sistema [...] se ha venido abajo por codicia. Las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud presionan para que se mantenga a los pacientes en los hospitales pequeños para no perder dinero por su traslado a un hospital más grande. Está estructurado de manera que si traslada a la señora Tal de un pequeño hospital rural a un gran centro [regional] de salud, no les pagan por la atención que le han prestado ya. Así que, cuando se deciden a trasladar a la paciente, ya está muerta.

Charles Mahan, miembro de comité de examen de la mortalidad materna, Tampa, Florida, entrevista de Amnistía Internacional, 10 de abril de 2008

Las mujeres con riesgo de sufrir complicaciones durante el parto pueden necesitar atención especializada no disponible en los hospitales pequeños, en cuyo caso puede ser necesario derivarlas a hospitales regionales más grandes. Sin embargo, los hospitales pequeños no siempre trasladan a las pacientes de alto riesgo. Algunas

²⁵³ Enfermera de salud maternoinfantil, reserva indígena del medio oeste, 9 de julio de 2008.

²⁵⁴ Aved, "Barriers to Prenatal Care for Low-Income Women"; disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1022131/pdf/>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁵⁵ "Dangerous & Unlawful: Why Our Health Care System Is Failing New York and How to Fix It", *Opportunity Agenda*, 2007, p. 37; disponible en http://opportunityagenda.org/files/field_file/Full%20Dangerous%20and%20Unlawful%20Report.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

compañías de seguros y Organizaciones de Mantenimiento de la Salud de Medicaid pagan un precio único por el conjunto de los servicios correspondientes a la atención prenatal, el trabajo de parto y alumbramiento. Esta circunstancia es un incentivo económico que lleva al médico, la clínica o el hospital que han dedicado ya tiempo a la atención prenatal de la mujer a evitar su traslado y continuar atendiéndola durante el trabajo de parto y el alumbramiento.²⁵⁶

DOTACIONES DE PERSONAL INSUFICIENTES

TINA LONG

Tina Long estaba embarazada de ocho meses y medio cuando ingresó en un hospital de Honolulu, Hawái, en abril de 2005. Se quejaba de dolor de cabeza, problemas de vista e hinchazón. Tenía la presión arterial alta, y se le detectaron proteínas en la orina, todo lo cual es síntoma de preeclampsia, enfermedad potencialmente mortal. Sin embargo, tras hacerle algunas pruebas, el personal la dejó sola en una habitación. Es posible que el hecho de que no se le prestara la debida atención se debiera en parte a la falta de personal suficiente. Según informes, un médico pidió a la madre de Tina que fuera a la farmacia de la planta inferior a por unos medicamentos porque no había ningún miembro del personal del hospital disponible para ocuparse de esa tarea. Unos 90 minutos después, al hacer una enfermera un chequeo a Tina por medio de un sistema de altavoces, se descubrió que no respondía. Se dictaminó que tanto ella como el feto estaban muertos. Según la autopsia, la causa de la muerte fue probablemente una cardiomiotitis periparto (corazón débil durante el embarazo), agravada por toxemia del embarazo (preeclampsia). El hospital comunicó a la prensa que aplicaba unas normas de dotación de personal similares a las de otros centros médicos o más estrictas aún y que revisaba y ajustaba la dotación de personal cuando era necesario.²⁵⁷

Amnistía Internacional fue informada por profesionales de la salud materna de que, presionados por la falta de personal suficiente, atendían a un elevado número de pacientes, por lo que les resultaba imposible prestar una atención de buena calidad. En un hospital de una zona urbana deprimida que atendía en gran medida a personas pertenecientes a minorías étnicas y de bajos ingresos, dos profesionales que prestaban servicios obstétricos atendían hasta a 11 mujeres de parto. Familias de mujeres muertas por causas relacionadas con el embarazo informaron reiteradamente de que habían intentado llamar la atención de los profesionales de la salud al dar las mujeres claras muestras de encontrarse mal, pero que había sido en vano.²⁵⁸

²⁵⁶ T.H. Strong, *Expecting Trouble: The Myth of Prenatal Care in America*, Nueva York: New York University Press, 2000.

²⁵⁷ Rob Perez, "Hospital Cases End Tragically", *Honolulu Advertiser*; disponible en <http://the.honoluluadvertiser.com/article/2006/Feb/05/ln/FP602050348.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009; Entrevista de Amnistía Internacional con Michael Archuleta, abogado de Tina Long, Austin, Texas, 4 de febrero de 2009.

²⁵⁸ Entrevista de Amnistía Internacional con Andre Rouse, Stoughton, Massachusetts, 13 de marzo de 2009; Lisa Greene, "Hospital says error killed woman", *St Petersburg Times*, 8 de junio de 2006; disponible en http://www.sptimes.com/2006/06/08/Tampabay/Hospital_says_error_k.shtml, visitado por última vez el 18 de diciembre

Algunos expertos han explicado a Amnistía Internacional que un cambio sutil del estado mental de una mujer puede ser indicativo de pérdida de sangre, pero que para observar tales cambios es necesario que un trabajador de la salud pase el tiempo suficiente con la mujer. Aunque las directrices para la dotación de personal de la Asociación de la Salud de la Mujer y Enfermería Obstétrica y Neonatal (Association for Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses, AWHONN) recomiendan una ratio de dos pacientes por enfermera durante el trabajo de parto, esta proporción no suele cumplirse.²⁵⁹

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

Entrevista de Amnistía Internacional con enfermera de maternidad jubilada, Minnesota, 14 de febrero de 2008

Las consideraciones económicas también afectan a las decisiones sobre la dotación de personal.²⁶⁰ En el caso de los hospitales privados, puede ocurrir que, sometidos a presión para que generen beneficios, traten de limitar los gastos de personal. En los centros públicos, la falta de fondos suficientes puede suponer que no haya medios para contratar a personal cualificado y conservarlo. Debido a ello, los hospitales y las clínicas, en especial los que atienden a comunidades de bajos ingresos, suelen estar masificados y faltos de personal.²⁶¹ La crisis económica actual podría estar exacerbando la presión a que se ven sometidos los centros de zonas sin servicios médicos suficientes, pues cada vez es mayor el número de personas sin seguro. Como consecuencia de los recortes presupuestarios federales y estatales, en los últimos años muchos hospitales públicos se han enfrentado al cierre por falta de fondos.²⁶²

JASMINE GANT

Jasmine Gant era una “excelente estudiante y la niña de los ojos de su madre.”²⁶³ Ésta estaba con ella cuando se puso de parto, el 5 de julio de 2006; estaban jugando a las cartas, hablando y riendo, mientras pensaban qué nombre poner al bebé. Le habían

de 2009, (Elisha Bryant Crews). Lea Thompson, “A routine epidural turns deadly”, *Dateline*, 4 de junio de 2006; disponible en <http://www.msnbc.msn.com/id/9818616/>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009, (Julie LeMoult).

²⁵⁹ E. Zwelling, “The Emergence of High Tech Birthing”, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37, 85-93; 2008.

²⁶⁰ Instituto de Medicina, Comité sobre el Ambiente de Trabajo para Enfermeros y la Seguridad del Paciente, Junta de Servicios de Atención de la Salud, *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, Washington DC, The National Academies Press, 2004, pp. 229 y 386; disponible en http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10851, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁶¹ M. Regenstein y J. Huang, *Stresses to the Safety Net: The Public Hospital Perspective*, Comisión Kaiser sobre Medicaid y las Personas sin Seguro, Report No.7329, junio de 2005; disponible en <http://www.kff.org/medicaid/7329.cfm>, visitado por última vez el 17 De diciembre de 2009.

²⁶² D. P. Andrusis y L. M. Duchon, *Hospital Care in the 100 Largest Cities and Their Suburbs, 1996-2002: Implications for the Future of the Hospital Safety Net in Metropolitan America*, Downstate Medical Center, Brooklyn, Nueva York, agosto de 2005, p. 6; disponible en <http://www.rwjf.org/files/research/Andrusis%20Hospitals%20Report-final.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁶³ Entrevista de Amnistía Internacional con Eric Farnsworth, abogado de la familia de Jasmine Gant, Wisconsin, 24 de febrero de 2009.

diagnosticado una infección, y el médico le había recetado penicilina para proteger al feto. Sin embargo, en vez de la penicilina, una enfermera le administró por error anestesia epidural directamente en sangre. A los cinco minutos, Jasmine Gant sufrió un ataque y respiraba con mucha dificultad. Los esfuerzos por salvarle la vida fueron inútiles, pero su hijo, Gregory, nació, gracias a una cesárea de urgencia. El Departamento de Justicia presentó cargos contra la enfermera por un delito grave de negligencia con una paciente, causante de severas lesiones. Varias asociaciones médicas, expertos y proveedores de servicios de salud expresaron su preocupación por considerar que con las acciones penales entabladas no se tenía en cuenta la existencia de fallos sistémicos y se iba a disuadir de denunciar abiertamente errores y a dificultar el proceso de contratar enfermeras y conservarlas. Según el abogado de Jasmine Gant, la enfermera había hecho un turno doble de 16 horas y había dormido después en el hospital para hacer otro turno a la mañana siguiente. La administración del hospital hizo hincapié en que las horas extra eran voluntarias: “Cuando tenemos mucho trabajo, nuestras enfermeras redoblan los esfuerzos y [...] hacen un motón de horas extra”.²⁶⁴ Wisconsin no limita la cantidad de horas extra que las enfermeras pueden hacer. Según el abogado de Jasmine Gante, es posible que, en el momento de la muerte de ésta, no se hubiera explicado a la enfermera un nuevo procedimiento de seguridad que obligaba a escanear los códigos de barras de los medicamentos, lo cual podría haber evitado el error. La enfermera no impugnó los cargos formulados contra ella por dos delitos menores y fue condenada a dos años de libertad vigilada, en el transcurso de los cuales no podía trabajar como proveedora de servicios de salud. La madre de Jasmine Gant, que cría a su nieto, dijo: “No hay día que no se me parte el corazón. Se podría haber evitado”.²⁶⁵

La falta de personal 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. Las directrices de la Asociación de Colegios de Médicos Estadounidenses permiten a los internos y a los residentes estar de servicio 80 horas a la semana.²⁶⁶ Los sindicatos de enfermería han conseguido poner freno a las horas extra obligatorias en algunos lugares, como Maine, por ejemplo, donde el personal de enfermería tiene derecho a negarse a trabajar más de 12 horas. Tanto pacientes como profesionales de la salud han identificado la falta de personal suficiente como causa importante de mala calidad en la atención y de errores médicos. Los estudios realizados revelan que el índice de accidentes aumenta durante los turnos largos: es mayor al cabo de 9 horas seguidas de trabajo, se duplica al

²⁶⁴ Mary Conroy, “How Much Extra Work Can Nurses Endure?”, *The Capital Times*, p. D8, 15 de noviembre de 2006; disponible en <http://www.wha.org/newsCenter/articles11-06.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁶⁵ David Wahlberg, “One Year Anniversary Marks Birth and Death for Grandmother Raising Daughter’s Child”, *Wisconsin State Journal*, 24 de junio de 2007; entrevista con Stephen P. Hurley, Madison, Wisconsin, 8 de abril de 2009; *Wisconsin v. Julie Thao*, querella, Case No.2006 CF 2512, Corte del Circuito del Condado de Dane, Wisconsin, 2 de noviembre 2006; Anita Weir, “Long Hours Cited in Nurse’s Mistake”, *The Capital Times*, 11 de noviembre de 2006, p. A1.

²⁶⁶ ACGME Duty Hours Standards Fact Sheet, sitio web del Accreditation Council for Graduate Medical Education; disponible en http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm_dutyHours.asp, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

cabo de 12 y se triplica al cabo de 16.²⁶⁷ El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha determinado que existe una relación entre el aumento de las dotaciones de personal de enfermería y la reducción de la mortalidad relacionada con la hospitalización.²⁶⁸

FALTA DE APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y NORMAS

VALERIE SCYTHES

En 2007, Valerie Scythes, de 35 años, maestra de una escuela de enseñanza primaria de Nueva Jersey, murió tras dar a luz a una niña sana, Isabella Rose. La causa de la muerte fue un coágulo sanguíneo (embolia). Le habían practicado una cesárea programada y extirpado un quiste de ovario al mismo tiempo. A pesar de que corría un alto riesgo de que se le formara un coágulo sanguíneo debido a su edad, a su peso y a las operaciones, no recibió atención preventiva. No le proporcionaron medias de compresión ni le administraron ningún medicamento anticoagulante, y el personal no se aseguró tampoco de que anduviera lo antes posible: cuando murió, había estado en cama más de un día tras la cesárea. Su abogado dijo a Amnistía Internacional: “Me gustaría que se aplicara un estándar nacional de atención, como el que tienen en Inglaterra”.

Más de dos años después de la muerte de Valerie Scythes, su esposo James Scythes, dijo a Amnistía Internacional: “¿Cómo voy a hablarle a Isabella de su madre? Ahora simplemente le dice a la gente: ‘Mi mamá está en cielo’, y besa la foto de Val que hay en la lápida cuando vamos a visitarla al cementerio. Un día voy a tener que explicarle lo que ocurrió, y tendré que decirle que no fue culpa suya. Es algo que cuesta asumir, incluso dos años y medio después. A los 35 nadie tendría que enterrar a su esposa. Me duele cuando lo pienso. Tengo tres fotos mías y de Val e Isabella y nunca voy a tener más. Menos mal que tengo al menos éstas”. También dijo a un periodista: “No tengo a mi mejor amiga, no tengo a la persona con la que hice todo. Estoy perdido. Es terrible”.

Dos semanas después de la muerte de Valerie Scythes se produjo una trágica coincidencia sin relación alguna con ella: una buena amiga suya, Melissa Farah, maestra también en su escuela, murió en el mismo hospital tras practicársele una cesárea. La causa de la muerte fue un shock provocado por una hemorragia. Un portavoz del hospital dijo: “Nuestros protocolos de tratamiento parecer estar totalmente en consonancia o ser compatibles con lo que cabe llamar cuidados de tratamiento adecuados”.²⁶⁹

²⁶⁷ Instituto de Medicina, Comité sobre el Ambiente de Trabajo para Enfermeros y la Seguridad del Paciente, Junta de Servicios de Atención de la Salud. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*, pp. 229, 386.

²⁶⁸ R. L. Kane et al, *Nurse Staffing and Quality of Patient Care*, Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos; disponible en

www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁶⁹ Entrevista de Amnistía Internacional con James Scythes, octubre de 2009; BBC News, *Maternal Mortality across the World: the US*, 26 de octubre de 2009; disponible en <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/8325685.stm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Sarah Bloomquist, *School Stunned by Teacher Deaths*, 6ABC Action News, 29 de mayo 2007; disponible en <http://abclocal.go.com/wpvi/story?section=news/local&id=5291510>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Entrevista de Amnistía Internacional con John Baldante, Filadelfia, Pensilvania, 12 de diciembre de 2008.

Las investigaciones de Amnistía Internacional indican que hay considerables diferencias en la práctica obstétrica en todo el país. No existen directrices ni protocolos globales, basados en la evidencia y de aplicación nacional con que promover una atención materna segura y de calidad y prevenir, identificar y gestionar las urgencias obstétricas. No establecer y aplicar tales normas puede ser causa de mayor riesgo de error, de complicaciones evitables y de muertes. Según algunas estimaciones, la mejora de la calidad de la atención materna podría evitar del 30 al 40 por ciento de las complicaciones severas y las complicaciones graves con riesgo de muerte y del 40 al 50 por ciento de las muertes.²⁷⁰ El Leapfrog Group, organización estadounidense que fomenta la mejora de la calidad de la atención de la salud, determinó que, en 2008, sólo el 32 por ciento de los hospitales participantes en su examen anual observaban unas directrices e indicadores basados en la evidencia y aprobados a escala nacional para partos de alto riesgo, que "se sabía que salvaban vidas".²⁷¹

Amnistía Internacional ha documentado casos en los que la falta de aplicación o la aplicación incoherente de protocolos y procedimientos parece haber estado relacionada con cuatro de las cinco principales causas de muerte materna en Estados Unidos. La existencia de protocolos y procedimientos normalizados para facilitar la determinación de riesgos y las señales de aviso tempranas y el establecimiento de equipos capaces de responder de manera eficiente y oportuna a los problemas a medida que se presenten podrían mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud materna.²⁷² No existe un conjunto de directrices basado en la evidencia y de ámbito nacional para el uso de procedimientos médicos relacionados con el parto. Tampoco se pone interés suficiente en la capacitación de equipos y en sistemas de administración hospitalaria centrados en el seguimiento y el mantenimiento de las iniciativas de mejora de la calidad. Todos estos elementos son esenciales para garantizar la aplicación efectiva de protocolos normalizados.

En Estados Unidos, cada obstetra parece tener un protocolo distinto, que puede desviarse de la buena práctica. Alguien que llegue media hora más tarde puede recibir un tratamiento distinto.

Persona experta en mortalidad materna, de fuera de Estados Unidos, entrevistada por Amnistía Internacional, 13 de mayo de 2008

Aunque existen diversas directrices sobre salud materna, elaboradas por varias agencias estatales y federales, la ACOG y otros grupos, puede darse el caso de que abarquen sólo ciertos aspectos de la atención de la salud materna o de que no sean lo suficientemente específicas como para guiar la práctica clínica, y a menudo no están a disposición de los pacientes para su examen. Según la

²⁷⁰ S. E. Geller et al, "Reliability of a Preventability Model in Maternal Death and Morbidity", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 196:57.e1-57.e4.

²⁷¹ *Leapfrog Group Hospital Survey Finds Majority of Hospitals Fail to Meet Important Quality Standards*, Leapfrog Group, Washington D.C.; disponible en http://www.leapfroggroup.org/media/file/2008_Survey_results_final_042909.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁷² Por ejemplo, S.L. Clark et al, "Improved Outcomes, Fewer Cesarean Deliveries, and Reduced Litigation: Results of a New Paradigm in Patient Safety", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, agosto de 2008; vol. 199, pp. 105.e1-105.e7.

Hospital Corporation of America, gran corporación de centros privados de atención de la salud de Estados Unidos, se ha comprobado que los procesos y las directrices sobre documentación uniformes e inequívocos contribuyen a que se produzcan mejores resultados, en forma de menos lesiones maternofetales, menos cesáreas y menos demandas judiciales.²⁷³ Lamentablemente, en Estados Unidos no se aplican ampliamente en la actualidad unas directrices así.

La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud se encarga de mejorar la calidad, seguridad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud. Ha elaborado directrices sobre ciertos aspectos de la atención de la salud materna, pero no son exhaustivas ni abordan las cinco causas más comunes de muerte materna. La Agencia administra además la National Guideline Clearinghouse, base de datos donde se recogen y muestran directrices elaboradas por otras entidades, y en la que pueden encontrarse más estudios y directrices sobre obstetricia.²⁷⁴ Sin embargo, la Agencia no tiene en la actualidad ni el mandato específico ni los fondos necesarios para elaborar unas directrices sobre atención de la salud materna exhaustivas y de ámbito nacional. Algunas organizaciones han elaborado indicadores de calidad para la atención materna, entre ellas el Nacional Quality Forum y el Leapfrog Group, pero son organizaciones de carácter voluntario.

Las normas ya existentes no se aplican de manera uniforme, y no hay un mecanismo de control común a todo el sistema. En el caso de la atención materna no existen en la actualidad procedimientos de seguimiento con que determinar si se aplican los protocolos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid dijeron a Amnistía Internacional que tenían pensado elaborar normas para la atención materno-infantil que reflejaran la buena práctica y obligar a los hospitales a seguir las para recibir Medicaid. Sin embargo, no se sabe bien cuándo se pondrá en práctica tal medida.²⁷⁵

ELISHA CREWS BRYANT

Elisha Crews Bryant, de 18 años, estaba embarazada de siete meses cuando, en mayo de 2006, ingresó en un hospital de Florida con dolores de parto prematuros. Tres horas después se dictaminó su muerte. Un médico había ordenado administrarle sulfato de magnesio para retrasar el parto prematuro, pero la enfermera le administró por error el cuádruple de la dosis prescrita. El esposo de Elisha Crews Bryant, Preston Bryant, dijo: “Sabía que algo no iba bien [...] Intenté decírselo y no me escucharon”. Una sobredosis de sulfato de magnesio puede causar fallo respiratorio, hipotensión y paro cardiaco. El médico trajo al mundo a su hijo, Levi, practicándole una cesárea de urgencia. El hospital informó de la muerte a la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida y abrió una investigación para determinar la existencia de fallos en los

²⁷³ Clark, “Improved Outcomes, Fewer Cesarean Deliveries and Reduced Litigation”.

²⁷⁴ Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, Salud Mental y Embarazo; disponible en <http://www.ahrq.gov/research/womenix.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. National Guideline Clearinghouse, Pregnancy Complications; disponible en <http://www.guideline.gov/browse/browsemode.aspx?node=21953&type=1&view=all>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁷⁵ Entrevista de Amnistía Internacional con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 21 de noviembre de 2008.

protocolos que hubieran podido contribuir a ella. Entre otras medidas, el hospital puso en marcha un procedimiento destinado a garantizar que sólo se pudiera disponer del sulfato de magnesio en bolsas de 4 mg y dispuso que la aplicación del gota a gota se hiciera con la aprobación de dos enfermeras tituladas para evitar errores derivados de la administración apresurada del medicamento. Sin embargo, la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida sólo exigió hacer estos cambios en el hospital donde se había producido la muerte, no en los demás centros de salud del estado.²⁷⁶

LIZ LOGELIN

Liz Logelin murió el 25 de marzo de 2008 a causa de un coágulo sanguíneo (embolia pulmonar). Había guardado reposo en cama durante cinco semanas antes de dar a luz a su hija, Madeline, por cesárea. El personal le dijo que debía quedarse en cama durante las 24 horas siguientes. Cuando su esposo, Matthew Logelin, y una enfermera fueron a por ella al día siguiente para llevarla a ver a la niña, al sentarse ella en la silla de ruedas dijo: "estoy mareada", y se desmayó. Médicos y enfermeras la llevaron rápidamente a la cama, pero ya era demasiado tarde. Matthew Logelin dijo a Amnistía Internacional que su esposa corría mucho riesgo de sufrir una embolia pulmonar debido al largo periodo de reposo en cama y a una enfermedad genética que tenía, y que no sabía si le habían dado medicamentos o medias de compresión para prevenir los coágulos. Decidió no presentar ninguna denuncia contra el hospital y dijo a Amnistía Internacional: "¿De qué me iba a servir el dinero? Lis estaba ya muerta y no había nada que pudiera hacerle volver. No culpo a nadie de su muerte".²⁷⁷

La embolia –coágulo sanguíneo de consecuencias mortales si bloquea al flujo sanguíneo a los pulmones, el corazón o el cerebro– es la causa más común de muerte materna en Estados Unidos, donde supone el 20 por ciento de las muertes maternas.²⁷⁸ Las mujeres embarazadas están especialmente expuestas a que se les formen coágulos y a sufrir embolias. Otros factores de riesgo son la obesidad, el reposo en cama por tiempo prolongado, tener más de 35 años y las operaciones quirúrgicas, incluidas las cesáreas.²⁷⁹

²⁷⁶ Lisa Greene, "Hospital says error killed woman". Documentos de la Agencia para la Administración de la Atención de la Salud de Florida , archivados en Amnistía Internacional EE.UU.

²⁷⁷ Correspondencia de Amnistía Internacional con Matthew Logelin, 23 de octubre de 2009; Matt Logelin, blog de Matt, Liz y Madeline; disponible en <http://www.mattlogelin.com/archives/2008/04/13/what-happened/>, visitado por última vez el 4 de diciembre de 2009; Lorenzo Benet, Richard Jerome, "A New Baby, a Wife's Death—and a Dad on His Own", *People Magazine*, 26 de enero de 2009, vol. 71, No. 3; disponible en <http://www.people.com/people/archive/article/0,,20258334,00.html>, visitado por última vez el 4 de diciembre de 2009.

²⁷⁸ Chang, *Pregnancy-Related Mortality Surveillance—United States, 1991–1999*.

²⁷⁹ W. Baker et al, "Diagnosis of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism in Pregnancy", *Hematological Complications in Obstetrics, Pregnancy, and Gynecology*, R. L. Bick (ed.), Cambridge University Press, 2006, p. 224, tabla 7.1; disponible en <http://books.google.com/books/cambridge?ie=UTF-8&vid=ISBN052183953X&refid=ca-print-cambridge&q=obesity>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

Los hospitales sólo tienen que prestar a las mujeres embarazadas la misma atención que llevan años prestando a las mujeres no embarazadas y a los hombres.

Dr. Steven Clark²⁸⁰

La atención preventiva incluye facilitar medicamentos para impedir la formación de coágulos y asegurarse de que la paciente camina lo antes posible y lleva medias de compresión. En un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se calculó que el 17 por ciento de las muertes maternas por embolia pulmonar eran evitables.²⁸¹ Los estudios realizados en otros campos médicos muestran que las embolias tras operaciones quirúrgicas se han reducido alrededor del 70 por ciento gracias al uso de medicamentos o medias de compresión. Los expertos suponen que se obtendrían beneficios similares en la atención materna.²⁸² Sin embargo, no es habitual aplicar estas sencillas medidas tras las cesáreas, que suponen el 32 por ciento de los nacimientos.²⁸³ En un estudio sobre muertes maternas ocurridas en varios hospitales de 20 estados, se determinó que nueve mujeres habían muerto a causa de coágulos sanguíneos mortales tras el parto. Ninguna de ellas había recibido atención preventiva.²⁸⁴ En el Reino Unido se ha comenzado a aplicar un protocolo de ámbito nacional para garantizar que las mujeres reciben atención preventiva a fin de evitar la formación de coágulos tras las cesáreas. El resultado ha sido una reducción considerable y continua del número de muertes por embolia pulmonar.²⁸⁵

En un protocolo donde se tenga en cuenta el riesgo de formación de coágulos sanguíneos se debe hacer hincapié también en que las mujeres reciban información sobre las señales de aviso de formación de un coágulo y las medidas que deben adoptarse. Los informes recibidos por Amnistía Internacional indican que esta información no se proporciona de manera uniforme o efectiva.

Las hemorragias –pérdida masiva de sangre– suponen el 17 por ciento de las muertes maternas y son otro campo en el que la aplicación de protocolos podría contribuir a evitar muertes. En un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se determinó que la mejora de la calidad de la atención podría haber

²⁸⁰ Dr. Steven Clark, citado en “Thromboembolism Prophylaxis Could Reduce Maternal Deaths After C-Section”, reseña de Ramaz Mitaishvili, doctor en medicina, RM Global Health, 24 de agosto de 2008; disponible en http://www.rmgh.net/index.php?option=com_content&view=article&id=829:thromboembolism-prophylaxis-could-reduce-maternal-deaths-after-c-section&catid=100:obstetrics-and-gynecology&Itemid=2, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2008.

²⁸¹ Berg, “Preventability of Pregnancy-Related Deaths, Results of a State-Wide Review”.

²⁸² S. Clark et al., “Maternal Death in the 21st Century: Causes, Prevention, and Relation to Cesarean Delivery”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, julio de 2008, p. 36.e1-36.e5.

²⁸³ B. E. Hamilton et al., División de Estadísticas Vitales, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Births: Preliminary Data for 2007, National Vital Statistics Reports*, vol. 57, No. 12, 18 de marzo de 2009, p. 3; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁸⁴ Clark, “Maternal Death in the 21st Century”.

²⁸⁵ J. Drife y G. Lewis, *Why Mothers Die, 1997-99: Midwifery Summary and Key Recommendations*, Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, Londres, 2001; disponible en <http://www.cmace.org.uk/getattachment/8dccaef7-0ee9-4283-be46-fedbde83335a/Why-Mothers-Die-97-99.aspx>, visitado por última vez el 15 de diciembre de 2009.

impedido casi todas las muertes maternas debidas a hemorragias.²⁸⁶ Aunque las mujeres negras no tienen más probabilidades que las blancas de sufrir hemorragias posparto, otro estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades determinó que tenían 2,5 veces más probabilidades de morir debido a ellas.

DIANE RIZK MCCABE

Diane Rizk McCabe tenía 32 años cuando murió, en septiembre de 2007. Había dado a luz por cesárea a una niña sana, tras un embarazo completo y sin complicaciones. Su hijo Louie, de seis años, estaba en el hospital, feliz de tener una hermanita. Según su familia, ella había llegado al hospital confiada en que iba a ser un parto vaginal, pero al cabo de 10 horas de parto, su obstetra recomendó una cesárea. En las 15 horas siguientes a ésta sufrió una fuerte hemorragia interna, en la que, según informes, perdió más de tres cuartos de galón (casi 3 litros) de sangre de los cinco que suele haber en el aparato circulatorio de una mujer embarazada. Al final sufrió un shock. De acuerdo con los informes, la falta de personal era un problema crónico en ese hospital, incluida la unidad de cuidados intensivos de cirugía. Había de 25 a 30 pacientes más en dicha unidad ese día, y sólo un médico principal y un residente de servicio. Alrededor de la una y media de la tarde, un médico de cuidados críticos reconoció que se trataba de una emergencia e informó al médico de Diane Rizk McCabe de que tenía una hemorragia interna y debía ser operada otra vez. Una o dos horas después confirmaron este diagnóstico otros dos médicos. Sin embargo, ningún médico ni ninguna enfermera activaron el código de hemorragia obstétrica (proceso de inicio del tratamiento de urgencia). No la llevaron de nuevo a cirugía hasta las siete de la tarde. Según documentos judiciales, ninguno de los médicos que la atendieron había hecho prácticas de reconocimiento y gestión de hemorragias obstétricas, a pesar las recomendaciones formuladas por el departamento de salud del estado a los hospitales para que establecieran este tipo de prácticas. El abogado de la familia presentó una demanda contra el hospital alegando que, al no haber activado el código de hemorragia obstétrica, los médicos no siguieron los procedimientos hospitalarios oficiales. Un portavoz del hospital manifestó que éste cumplía todos los requisitos legales, pero que no podía decir nada más debido a la demanda. En los documentos judiciales, el hospital y su personal negaron haber hecho nada indebido. La hermana de Diane Rizk McCabe, Joanne, explicó a un periodista: "Louie no deja de decir: 'Me acuerdo de mi mamá [...] Nunca voy a ver a mi mamá'. Me rompe el corazón".²⁸⁷

Las señales de hemorragia pueden ser muy sutiles, y las oportunidades de tratar de manera efectiva una complicación potencialmente mortal, mínimas. En respuesta a datos del Comité de Mortalidad Materna de Nueva York que ponen de manifiesto un alto porcentaje de muertes por hemorragia obstétrica, los departamentos de salud del estado

²⁸⁶ El 93 por ciento se consideraron evitables. Berg, "Preventability of Pregnancy-Related Deaths, Results of a State-Wide Review".

²⁸⁷ Paul Grondahl, "For Family, Unending Grief", *Times Union*, 10 de agosto de 2009; disponible en <http://www.timesunion.com/AspStories/story.asp?storyID=829463&TextPage=3>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. *McCabe v. Albany Medical Center Hospital*, No.9924-07, Corte Suprema del estado de Nueva York, condado de Albany, Defendants' Memorandum of Law, 19 de febrero de 2009; Notice of Motion by Plaintiff, 27 de abril del 2009, y Verified Complaint, 18 de diciembre de 2007.

y la ciudad de Nueva York y la sección de Nueva York de la ACOG crearon y distribuyeron un cartel sobre cómo responder a la hemorragia obstétrica. En el Centro Médico de la Universidad de Stony Brook, que es un gran hospital universitario, un equipo multidisciplinario de médicos, personal de enfermería y de bancos de sangre ha elaborado también una serie de protocolos que contienen criterios para identificar a pacientes de alto riesgo, reconocer pronto las hemorragias y tratarlas rápidamente.²⁸⁸ Estos protocolos son ya públicos y se pueden consultar en el sitio web de Departamento de Salud del estado de Nueva York.²⁸⁹ Este tipo de iniciativas son importantes. No obstante, cuando se desarrollan buenas prácticas, deben compartirse y aplicarse en todo el país. Hasta ahora las autoridades no han velado por que sea así.

Una obstetra y experta en salud pública que examinó el caso de una mujer que había muerto de eclampsia en un hospital público dijo a Amnistía Internacional que le había sorprendido ver que no se había determinado el constante aumento de la presión arterial de la paciente durante el embarazo. Como ésta veía a un médico distinto cada vez que iba al hospital y nadie registraba la evolución en una gráfica, se habían pasado por alto claras señales de peligro. "No había un simple papel ni una gráfica de la presión arterial donde ver de un vistazo los cambios de presión. Se apuntaba a mano en las notas en cada visita, pero no en una gráfica: la pista visual no estaba, así que los médicos no se percataron de que estaba aumentando".²⁹⁰

Los trastornos de hipertensión durante suponen el 16 por ciento de las muertes relacionadas con el embarazo. En un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se determinó que el 60 por ciento de las muertes por hipertensión inducida por el embarazo eran evitables.²⁹¹ Haciendo un seguimiento de la presión sanguínea de las mujeres durante del embarazo y después de él se puede identificar el trastorno ante de que ponga en peligro su vida. Entonces cabe gestionar los riesgos trabajando con las mujeres, llevando un cuidadoso control y, si es necesario, trayendo al mundo al bebé prematuramente. Una vez más, faltan protocolos uniformes en esta área, y los informes proporcionados a Amnistía Internacional indican que la atención materna suele estar fragmentada y que, a menudo, los sistemas creados para documentar las señales de aviso o los factores de riesgo potencial y compartir información sobre ellos con las mujeres, así como entre los distintos proveedores de servicios, no están bien desarrollados.

²⁸⁸ Rachel Young, "An Effort to Reduce Maternal Mortality at Stony Brook Medical Center", *Stony Brook Independent*, 13 de octubre de 2007; disponible en <http://www.sbindependent.org/node/1998>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁸⁹ Sitio web del Departamento de Salud del estado de Nueva York, Maternal Hemorrhage, Managing Maternal Hemorrhage; disponible en http://www.health.state.ny.us/professionals/protocols_and_guidelines/maternal_hemorrhage/index.htm, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁹⁰ Entrevista de Amnistía Internacional con persona experta en mortalidad materna, doctora en medicina, maestría en Salud Pública, de fuera de Estados Unidos (nombre registrado en los archivos de Amnistía Internacional EE.UU.), 13 de mayo de 2008.

²⁹¹ Berg, "Preventability of Pregnancy- Related Deaths, Results of a State-Wide Review".

JULIE LEMOULT

Julie LeMoult murió el 4 de abril de 2003 tras dar a luz a un niño sano, Logan Donnelly. Le habían administrado dos veces anestesia epidural durante el parto. Tras dar a luz, se había quejado de fuerte dolor de cabeza. Su familia no pudo encontrar a nadie que la ayudara. Su madre recuerda: "Estuve allí las cinco o seis horas, y la enfermera no volvió nunca"- Al aumentar el dolor de cabeza y aparecer fiebre, el obstetra prescribió un antibiótico por teléfono. El esposo de Julie LeMoult dice que no se lo administraron: "Nadie vino nunca a ver si se lo habían puesto". Ella comenzó a sufrir un ataque y la llevaron rápidamente a la unidad de cuidados intensivos, donde los médicos descubrieron que tenía meningitis –inflamación del cerebro y de la médula espinal–, provocada por una infección. Julie LeMoult sufrió extensos daños cerebrales. Enfrentado al pronóstico de que nunca se recuperaría del coma, su esposo optó por desconectar el sistema de mantenimiento de las constantes vitales. La familia interpuso una demanda contra el hospital, alegando que la muerte había sido consecuencia de la "falta de medidas para mantener un ambiente estéril" y que ella había contraído la infección por la "introducción de una aguja en el canal espinal sin utilizar mascarillas estériles". El hospital manifestó que habían "cumplido con los estándares de atención en todos los aspectos". Miembros de la administración del hospital dijeron a la prensa que creían que la autopsia revelaba que la mujer había ingresado con una infección y calificaron el caso de "misterio médico". El hospital obliga ahora a los médicos (y a toda otra persona presente en la sala) a llevar mascarilla al administrar la epidural.²⁹²

Las infecciones suponen el 13 por ciento de las muertes maternas en Estados Unidos. Pueden contraerse infecciones que afectan a la salud materna en varias situaciones distintas, especialmente tras una cesárea, cuando el riesgo es casi cinco veces mayor que en caso de parto vaginal.²⁹³ Un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades determinó que la mejora de la calidad de la atención podría haber evitado el 43 por ciento de las muertes causadas por infección.²⁹⁴ La Sociedad de Epidemiología de Atención de la Salud de Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, entre otros, han elaborado una lista de sencillas medidas preventivas, pero no siempre se exigen o se aplican.²⁹⁵

Gastamos cantidades exorbitantes de dinero y llevamos el sistema a la quiebra realizando intervenciones innecesarias. No hay más que ver qué lugar ocupa

²⁹² Lea Thompson, "A Routine Epidural Turns Deadly", *Dateline*, NBC News, 4 de junio de 2006.

²⁹³ R. A. Leth et al, "Risk of Selected Postpartum Infections after Cesarean Section Compared with Vaginal Birth: A Five-Year Cohort Study of 32,468 Women", *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, julio de 2009, 29:1-8.

²⁹⁴ Berg, "Preventability of Pregnancy-Related Deaths, Results of a State-Wide Review".

²⁹⁵ C. A. Muto et al, "SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug-Resistant Strains of

Staphylococcus aureus and *Enterococcus*", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Sociedad de Epidemiología de Atención de la Salud de Estados Unidos, vol. 24, No.5, mayo de 2003; disponible en http://www.shea-online.org/Assets/files/position_papers/SHEA_MRSA_VRE.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force*, MMWR, 2002, 51(No. RR-16); disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

P. Barnhill y A. Stenberg, "The Missing Link: Keys to Improving Hand Hygiene Compliance", *Managing Infection Control*, octubre de 2007; disponible en

<http://www.manageinfection.com/database/dms/mic1007w60.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Estados Unidos en los índices de intervenciones y cuál ocupa desde el punto de vista de los resultados.

Maria Freytsis, matrona enfermera titulada, ciudad de Nueva York, entrevista de Amnistía Internacional, 5 de marzo de 2008

El porcentaje de partos inducidos y cesáreas ha aumentado considerablemente desde la década de 1990,²⁹⁶ hasta el punto de que ahora es dos veces mayor, en ambos casos, de lo que recomienda la OMS.²⁹⁷ Al menos en el 23 por ciento de los partos se administran fármacos para provocar o estimular el trabajo de parto,²⁹⁸ y al menos en el 32 por ciento se practican cesáreas.²⁹⁹ Expertos e instituciones estadounidenses como el Instituto de Medicina, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y la coalición de organizaciones National Priorities Partnership están de acuerdo en que los índices actuales son demasiado altos,³⁰⁰ y la iniciativa del gobierno Gente Sana 2010 tiene el objetivo de reducir la tasa de cesáreas al 15 por ciento en el caso de las madres primerizas con embarazo de bajo riesgo.³⁰¹

El riesgo de muerte es más de tres veces mayor tras cesárea que tras parto vaginal.³⁰² Se ha demostrado que la cesárea aumenta el riesgo de infección, histerectomía y fallo renal de la mujer, y se ha asociado a un aumento del 52 por ciento del riesgo de coágulo sanguíneo potencialmente mortal (embolia

²⁹⁶ El porcentaje de partos inducidos aumentó más del doble entre 1990 y 2006, y el de cesáreas ha aumentado alrededor de un 50 por ciento desde 1996. Los aumentos se han observado en todos los grupos raciales y étnicos y con niños nacidos a su debido tiempo y prematuros. Martin, *Births: Final Data for 2006*; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

²⁹⁷ OMS, UNICEF y Wellstart International, *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*, 2009, p. 58; disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1/en/index.html, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. La OMS ha determinado que el número de muertes maternas aumenta cuando el porcentaje de cesáreas es inferior al 5 por ciento o superior al 15 por ciento y recomienda un porcentaje de alrededor del 10 por ciento de partos inducidos.

²⁹⁸ Martin, *Births: Final Data for 2006*. Las cifras oficiales pueden reflejar un número de partos inducidos considerablemente inferior al real. E. Declercq et al, *Listening to Mothers II: Report of the Second National US Survey of Women's Childbearing Experiences*, Childbirth Connection, agosto de 2008.

²⁹⁹ B. E. Hamilton et al, *Births: Preliminary Data for 2007*, National Vital Statistics Reports, vol. 57, No.12, 18 de marzo de 2009, p. 3; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁰⁰ F. Menacker, *Trends in Cesarean Rates for First Births and Repeat Cesarean Rates for Low-Risk Women: United States, 1999–2003*, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 22 de septiembre de 2005, p. 1; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr54/nvsr54_04.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. K. Adams y J. M. Corrigan, *Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality*, Junta de Servicios de Atención de la Salud, Instituto de Medicina, 2003, pp. 83–4; disponible en http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=10593#orgs, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. National Priorities Partnership, *National Priority: Overuse*; disponible en: <http://www.nationalprioritiespartnership.org/uploadedFiles/NPP/Priorities/6.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁰¹ Departamento de Salud y Servicios Humanos, *Healthy People 2010*, 2^a ed. *Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, Washington, noviembre de 2000; disponible en <http://www.healthypeople.gov/document/html/objectives/16-09.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁰² C. Deneux-Tharaux et al, “Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery”, *Obstetrics & Gynecology*, vol.108, No.3, parte 1, septiembre de 2006; disponible en http://www.acog.org/from_home/publications/green_journal/2006/v108n3p541.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. J. Villar et al, “Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study”, *BMJ*, 2007; 335:1025; p. 5; disponible en http://www.bmjjournals.com/cgi/reprint/335/7628/1025?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Caesarea_n+delivery+rates&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

pulmonar).³⁰³ Las cesáreas aumentan también los riesgos en los embarazos futuros;³⁰⁴ además, el riesgo de muerte del recién nacido puede ser una y media o dos veces mayor.³⁰⁵ La inducción del parto aumenta considerablemente la probabilidad de cesárea en el caso de las madres primerizas,³⁰⁶ y se ha asociado a un aumento del riesgo de hemorragia.³⁰⁷ A pesar del objetivo del programa Gente Sana 2010 de aumentar la tasa de partos vaginales después de una cesárea al 63 por ciento,³⁰⁸ la actual es de menos del 10 por ciento.³⁰⁹ Sin embargo no hay unas directrices nacionales basadas en la evidencia para el uso de los procedimientos médicos, y existen variaciones muy grandes entre los hospitales y entre los estados.³¹⁰ Por ejemplo, las tasas estatales de cesáreas oscilan entre el 22 por ciento (Utah) y el 38 por ciento (Nueva Jersey)³¹¹ y las diferencias entre hospitales son aún mayores; en Nueva Jersey la tasa oscila entre el 18 y el 62 por ciento.³¹² En un estudio se determinó que las variaciones parecían demostrar la existencia de “procesos de toma de decisiones casi aleatorios”.³¹³

FALTA DE INFORMACIÓN Y AUTONOMÍA

Todas las mujeres deben recibir información ecuánime sobre los riesgos de las intervenciones médicas y los procedimientos utilizados. Han de tener también la oportunidad de rechazar directamente las intervenciones médicas que no deseen. Los procedimientos normalizados para facilitar información mejoran la capacidad de las mujeres para ejercer estos derechos, y la documentación por escrito de lo hablado sobre el consentimiento puede ayudar a hacer que los proveedores de servicios de salud rindan cuentas a la hora de garantizar el derecho al consentimiento informado. Lamentablemente, en la actualidad no se

³⁰³ C. Sakala y M. P. Corry, *Evidence-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve*, Childbirth Connection y Reforming States Group, 2008, pp. 44–6; disponible en <http://www.milbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. E. V. Kuklina et al, “Severe Obstetric Morbidity in the United States: 1998-2005”, *Obstetrics & Gynecology*, vol. 113, No. 2, parte 1, febrero de 2009, pp. 293-9. Las mujeres a las que se practica una cesárea tienen tres veces más probabilidades de sufrir complicaciones severas, como infecciones graves, paro cardíaco e hysterectomía.

³⁰⁴ R. M. Silver et al, “Maternal Morbidity Associated with Multiple Repeat Cesarean Deliveries”, *Obstetrics & Gynecology*, 107(6):1226-32, junio de 2006; V. Nisenblat et al, “Maternal Complications Associated with Multiple Cesarean Deliveries”, *Obstetrics & Gynecology*, 108(1):21-26, julio de 2006.

³⁰⁵ M. F. MacDorman et al, *Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an “Intention-to-Treat” Model*, Birth 2008, 35(1):3-8.

³⁰⁶ K. E. Kaufman, “Elective induction: an analysis of economic and health consequences”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002;186(4):858-63.

³⁰⁷ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 38.

³⁰⁸ Departamento de Salud y Servicios Humanos. *Healthy People 2010*, 2nd ed. *Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, Washington, noviembre de 2000; disponible en <http://www.healthypeople.gov/document/html/objectives/16-09.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁰⁹ C. A. Russo et al, *Hospitalizations Related to Childbirth, 2006, Statistical Brief No. 71*.

³¹⁰ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 59.

³¹¹ Hamilton, *Births: Preliminary data for 2007*, tabla 14; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³¹² Star Ledger, “Giving Birth in New Jersey”, que cita datos obtenidos por reguladores estatales; disponible en <http://www.starledger.com/str/indexpage/environment/hospitals.asp>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³¹³ S. Clark et al, “Variation in the Rates of Operative Delivery in the United States”, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 196(6):526 e1-526.e5.

utilizan en Estados Unidos protocolos normalizados para proporcionar información y solicitar el consentimiento.

La información proporcionada por proveedores de servicios, asesores y mujeres indica que éstas no siempre están lo suficientemente informadas sobre los riesgos de las intervenciones médicas y los procesos aplicados ni tienen la oportunidad de participar activamente en las decisiones sobre la atención de su salud. Una persona perteneciente a un comité de examen de la mortalidad materna dijo a Amnistía Internacional que, en el campo de la obstetricia, el proceso de solicitud del consentimiento es muy variable y puede depender de factores como quién facilita la información, qué información se facilita y cómo se presenta la información a una mujer embarazada. “Por ejemplo, alguien que se beneficie económicamente de la decisión de la mujer puede proporcionar la información de modo distinto a alguien a quien no afecte económicamente la decisión. Actualmente, la documentación sobre qué información proporcionar, cómo y por quién es limitada.”³¹⁴

Según informes, mujeres que preferían, si era posible, evitar procedimientos médicos como cesáreas fueron presionadas o coaccionadas por los proveedores de servicios para que accedieran a someterse a ellos.

Mi médico parecía estar deseando hacerme una cesárea. A los ocho meses quería inducir el parto y me decía que el bebé pesaba nueve libras [4 kilos] . Yo dije: “De eso nada” [...] Pregunté si había otras formas, porque no quería cesárea. Mi hija estaba en la media y pesó sólo ocho libras y nueve onzas [alrededor de 3,8 kilos] al nacer.

Mujer indígena, Wisconsin, entrevista de Amnistía Internacional, mayo de 2009

La inducción del parto aumenta considerablemente las probabilidades de que haya que practicar una cesárea en el caso de las madres primerizas si el cérvix no está listo para el parto,³¹⁵ y se ha asociado a un mayor riesgo de hemorragia.³¹⁶ En una encuesta de ámbito nacional se vio que el 25 por ciento de las mujeres con cesárea primaria o repetida afirmaban haber recibido presión de un proveedor de servicios de salud para acceder a ella, y el 11 por ciento hablaban de presión para acceder a la inducción del parto. Según la encuesta, sólo el 16 por ciento de las mujeres blancas participaban en la decisión de practicar una episiotomía (incisión quirúrgica en el perineo); en el caso de las mujeres afroamericanas, la cifra era de sólo el 4 por ciento.³¹⁷

³¹⁴ Entrevista de Amnistía Internacional con Debra Bingham, doctorada en salud pública, enfermera titulada, directora ejecutiva del centro California Maternal Quality Care Collaborative, Stanford, California, 22 de agosto de 2009.

³¹⁵ K. E. Kaufman, “Elective induction: an analysis of economic and health consequences”.

³¹⁶ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 38.

³¹⁷ E. R. Declercq et al, *Listening to Mothers II: Report of the Second National US Survey of Women's Childbearing Experiences*, p. 59 y 68, tabla 27; disponible en

http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=LTMII_report, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Hablamos de atención de la salud y autonomía, pero en realidad en Estados Unidos esto es algo que no se aplica a la maternidad y a las mujeres embarazadas [...] El ambiente está estructurado de tal manera que es coercitivo.

Especialista en obstetricia y ginecología en una entrevista de Amnistía Internacional, 2008

No informar debidamente a las mujeres de los riesgos y los beneficios de las opciones que tienen en materia de atención de la salud constituye una violación de las normas internacionales de derechos humanos relativas a los principios clave de autonomía y decisión informada.³¹⁸ En Estados Unidos, el consentimiento informado es una obligación ética reconocida por las asociaciones médicas³¹⁹ y un requisito jurídico basado en leyes y en jurisprudencia. Aunque la norma jurídica varía ligeramente de unos a otros,³²⁰ los 50 estados tienen disposiciones que hacen necesario el consentimiento informado. Los médicos deben comunicar siempre los riesgos del tratamiento para que el consentimiento del paciente sea válido.³²¹ Sin embargo, estas normas no siempre se aplican.

Las opciones que se ofrecen a las mujeres embarazadas en materia de atención de la salud en Estados Unidos son más limitadas que en muchos otros países industrializados con mejores resultados en salud materno-infantil. En muchos países, las matronas o los médicos de familia son los proveedores habituales de atención materna en los embarazos de bajo riesgo, y sólo se pide la intervención de especialistas –obstetras– en los de alto riesgo o en caso de que surjan complicaciones inesperadas.³²² En cambio, en Estados Unidos, aunque el 83 por ciento de las mujeres tienen embarazos de bajo riesgo,³²³ la gran mayoría reciben atención de obstetras, y sólo el ocho por ciento son atendidas en el parto por una matrona.³²⁴ Uno de los factores que contribuyen a la limitación de las opciones disponibles es el hecho de que no se incluya a miembros de las comunidades ni a los grupos de defensa en el proceso de toma de decisiones sobre

³¹⁸ Véase, por ejemplo: UNESCO, *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on Consent*, SHS/EST/CIBO8-09/2008/1, 2008; disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001781/178124E.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. R. J. Cook et al, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*, OMS, 2001, pp. 122 y 125; disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.5.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. OMS, Research ethics committees: Basic Concepts for Capacity-Building, What Elements are Required in Order for the Consent Process to be Valid?; disponible en http://www.who.int/eth/Ethics_basic_concepts_ENG.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³¹⁹ Asociación Médica Estadounidense, código de ética médica, *Code of Medical Ethics: Opinion 8.08- Informed Consent*; disponible en <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion808.shtml>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Colegio de Médicos Estadounidense (American College of Physicians), manual de ética, *Ethics Manual*, 5 edición, 2005; disponible en <http://www.annals.org/cgi/reprint/142/7/560.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. ACOG, comité de ética, 2004; disponible en http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³²⁰ Véase la evaluación del comité de ética de la ACOG, de 2004; disponible en http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³²¹ *Ketchup v. Howard*, 247 Ga. App. 54, 66 (Ga. Ct. App. 2000).

³²² S. Goodman, “Piercing the Veil: The Marginalization of Midwives in the United States”, *Social Science & Medicine*, 65, 2007, pp. 10–21; disponible en http://www.collegeofmidwives.org/Citations%20or%20text%202/Marginalizing_NurseM fry_May07.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. M. Wagner, “Technology in Birth: First Do No Harm”, *Midwifery Today*, 2000; disponible en <http://www.midwiferytoday.com/articles/technologyinbirth.asp>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³²³ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 26.

³²⁴ Martin, *Births: Final data for 2006*, p. 16; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Alrededor del 99 por ciento de los partos tienen lugar en hospitales.

lo que constituye atención materna apropiada y de calidad. La capacidad de una mujer de participar activamente en la atención que recibe se ve menoscabada por la falta de información sobre las opciones existentes en materia de atención y la falta de participación de las mujeres en las decisiones sobre la atención de su salud.

Lo que funciona no es llamativo ni caro, sino que es muy humano.

Heidi Rinehart, ex obstetra, Nueva York, entrevista de Amnistía Internacional, 8 de febrero de 2008

Estudios realizados en Estados Unidos y en otros países han documentado la seguridad, los beneficios y los resultados positivos que aporta a las madres y los bebés el modelo de atención basado en el empleo de matronas. Durante la atención prenatal, las mujeres suelen poder pasar más tiempo con profesionales de la salud como una matrona o un médico de familia que con un obstetra, lo que facilita el proceso de ofrecer asesoramiento e información, así como el aumento de la confianza y la mejora de la comunicación. Además, los profesionales de la salud que se centran en un modelo de atención holista y centrado en el paciente o se dedican a él pueden sentirse más cómodos tratando cuestiones de salud mental o cuestiones sociales que son importantes para la salud materna.

Cuando es un médico de familia el que presta la atención, se pueden producir también resultados positivos, como menor probabilidad de sufrir hipertensión provocada por el embarazo y preeclampsia.³²⁵ Con apoyo continuo durante el trabajo de parto, la probabilidad de que éste sea vaginal es mayor,³²⁶ y los estudios realizados demuestran también que la atención de las matronas reduce las intervenciones quirúrgicas, incluidas las episiotomías y las cesáreas.³²⁷

Sin embargo, en Estados Unidos las mujeres que desean probar el modelo de atención basado en el empleo de matronas encuentran considerables obstáculos. Las matronas enfermeras tituladas, que trabajan fundamentalmente en hospitales, están autorizadas a ejercer en todos los estados. Sin embargo, las matronas profesionales tituladas, que siguen programas de formación acreditados y aprueban exámenes de titulación de ámbito nacional, no están autorizadas a ejercer en 24 estados ni en Washington D.C.³²⁸

³²⁵ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 52.

³²⁶ E. D. Hodnett et al, *Continuous Support for Women During Childbirth*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, número 3. Art. No.: CD003766, citado en "Package of Care for Active Management in Labor for Reducing Caesarean Section Rates in Low-Risk Women", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 113, No.v1, enero de 2009, pp. 218-20.

³²⁷ Sakala y Corry, *Evidence-Based Maternity Care*, p. 51.

³²⁸ En Estados Unidos se puede obtener el título de matrona por medio de tres programas nacionales distintos. Las matronas enfermeras tituladas (*Certified Nurse Midwives, CNM*), que trabajan fundamentalmente en hospitales, pueden ejercer en todos los estados. En una titulación más reciente, la de matrona titulada (*Certified Midwife, CM*), que concede la misma organización, se exigen los mismos requisitos que para el título de matrona enfermera, pero sin la formación en enfermería. Las matronas tituladas solo pueden ejercer en tres estados. Las matronas profesionales tituladas (*Certified Professional Midwives, CPM*), que ejercen fundamentalmente en centros de maternidad independientes y en partos en casa, sólo están autorizadas a ejercer en 26 estados. Si una matrona ejerce en un estado donde no está autorizada a hacerlo, se arriesga a ser procesada por ejercicio de la medicina sin permiso. The Big Push for Midwives, 2009: State-by-State Status of Certified Professional Midwives; disponible en <http://www.thebigpushformidwives.org/index.cfm/fuseaction/home.stateStatus/index.htm>, visitado por última vez el 21 de noviembre de 2009. Colegio Estadounidense de Matronas Enfermeras, Frequently Asked Questions for Prospective Students; disponible en http://acnm.org/faq_for_students.cfm#q3, visitado por última vez el 21 de noviembre de 2009.

Mi hija decidió que una matrona trajera a su bebé al mundo en casa, por un precio de 2.500 dólares. En el sistema hospitalario habría costado 12.000, pero, como era en casa, el seguro no lo pagaba.

Grupo de discusión sobre asesoramiento en atención de la salud de Amnistía Internacional, Wausau, Wisconsin, 10 de julio de 2008

La opción de recurrir a una matrona no suele estar cubierta ni por los seguros públicos ni por los privados. En 27 estados no se exige en absoluto que el seguro privado reembolse el coste de los servicios de las matronas enfermeras.³²⁹ En los 33 estados donde las aseguradoras privadas tienen que reembolsar el coste de los servicios de las matronas, esta obligación suele estar limitada a las matronas enfermeras que atienden partos en hospitales. Medicaid reembolsa las comisiones por servicios de los hospitales en todos los estados, pero en el caso de los centros de maternidad sólo lo hace en 21 estados y en Washington D.C.³³⁰ Debido a ello, el coste es un obstáculo importante para muchas mujeres que quieren ser atendidas por matronas. El aumento de las opciones de atención materna de las mujeres puede desempeñar un importante papel a la hora de garantizar el derecho a la salud.

Se han dado casos de médicos o personal hospitalario que han tratado a las matronas e incluso a sus pacientes con una hostilidad y una falta de respeto que menoscababan la calidad de la atención prestada a las mujeres. Una matrona contó a Amnistía Internacional el caso de una mujer de Iowa a la que un especialista había declarado “candidata perfecta” para dar a luz en casa una semana antes ponerse de parto en su casa. La matrona comenzó a preocuparse al ver que el parto no avanzaba y la derivó al hospital. Una vez aquí, el personal intentó impedir la entrada a la matrona, pero el esposo de la mujer insistió en que estuviera con ellos. La mujer tenía un dolor “atroz”, explicó la matrona a Amnistía Internacional. “Esperamos 45 minutos arriba, pero no vino nadie a vernos. Ella lloraba de dolor. Tenía mucho miedo por ella misma y por su bebé [...] Al final, alguien del personal nos dice: ‘No podemos traer a un médico mientras esté usted [la matrona] en la habitación’”. El médico dijo a la pareja que había que practicarle a la mujer una cesárea de urgencia, porque su historial de hemorragias durante el embarazo indicaba que tenía placenta previa –problema potencialmente mortal en el que la placenta bloquea el cérvix–. Al terminar la operación, el médico admitió que las complicaciones habían sido causadas por un pólipos, no por placenta previa sin diagnosticar. La pareja estaba muy disgustada por haber tenido que acceder a una cesárea que no era necesaria, pero no presentó una demanda por temor a sufrir

³²⁹ Colegio Estadounidense de Matronas Enfermeras, Fact Sheet: Essential Facts about Midwives; disponible en http://www.midwife.org/Essential_Facts.pdf, visitado por última vez el 10 de diciembre de 2009.

³³⁰ Correspondencia y entrevista con Kate Bauer, directora ejecutiva de la Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad, Perkiomenville, Pensilvania, 25 de septiembre de 2009, documentación archivada en Amnistía Internacional EE.UU..

represalias o un trato desagradable si solicitaba de nuevo atención en ese hospital en el futuro.³³¹

Estados Unidos ofrece la menor cantidad de opciones comparado con otros países industrializados. Somos los que más dinero gastamos, pero no tenemos bañeras, balones para parto, cuerdas, para las mujeres que dan a luz. Hay tantas técnicas no farmacológicas que lo harían más cómodo y seguro pero que no utilizamos.

Debra Pascali-Bonaro, educadora de maternidad y doula por la organización de doulas DONA International, River Vale, Nueva Jersey, entrevista de Amnistía Internacional, 9 de abril de 2008

FALTA DE ATENCIÓN POSPARTO ADECUADA

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. La madre de Tameka, Frances McFarquhar, dijo: "Ni siquiera hemos podido conocer a nuestra nieta [...] ni siquiera eso". Según un experto, con un reconocimiento posparto realizado por una enfermera o una matrona se podrían haber detectado los síntomas antes de que su estado pusiera en peligro su vida.³³²

Después de dar a luz y tras regresar la mujer y su bebé a casa, pueden presentarse diversas complicaciones que requieren atención médica inmediata. Pueden infectarse heridas o laceraciones, y durante los días o semanas siguientes al alta hospitalaria puede producirse una hemorragia o un embolia pulmonar, las dos causas de muerte materna más comunes. Según un estudio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el 34 por ciento de las muertes maternas consideradas se habían producido durante las 24 horas siguientes al parto. Sin embargo, otro 55 por ciento habían ocurrido entre 1 y 42

³³¹ Entrevista de Amnistía Internacional, matrona enfermera titulada, Des Moines, Iowa, 19 de marzo de 2009.

³³² John Golden, "Postnatal Problem Ruled to be Cause of Soldier's Death", *Watertown Daily Times*, 8 de marzo de 2005, y "New Mom and Baby Who Died Alone Now Have an Advocate", *Watertown Daily Times*, 3 de abril de 2005; "Mom, Baby Found Dead Mystery Surrounds 11-day-old Infant and Mother's Death", *Jamaica Star Online*, 7 de enero de 2005; disponible en <http://www.jamaica-star.com/thestar/20050107/news/news1.html>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Informe policial archivado en Amnistía Internacional EE.UU..

días después.³³³ Aunque no se recogen sistemáticamente datos sobre enfermedades o lesiones maternas aparecidas tras el parto, en un estudio de ámbito nacional sobre madres primerizas se determinó que en los dos meses siguientes al parto surgían varios problemas, como infección de la zona de la cesárea (19 por ciento de los casos) y coágulos sanguíneos (8 por ciento).³³⁴ En otro estudio se comprobó que entre las mujeres afroamericanas y latinas era mayor el porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la semana siguiente al parto.³³⁵

En Estados Unidos se presta una atención posparto insuficiente, que consiste por lo general en una única visita al médico unas seis semanas después del parto,³³⁶ si bien las mujeres con complicaciones o a las que se ha practicado una cesárea pueden hacer algunas más. La limitada atención disponible no suele satisfacer las necesidades de las mujeres, por no seguirse la recomendación de hacer chequeos para detectar problemas como hipertensión, diabetes o depresión posparto, que afecta a entre el 10 y el 25 por ciento de las mujeres.³³⁷

El contacto frecuente y desde las primeras etapas por medio de visitas periódicas a domicilio de una matrona puede ayudar a prevenir ciertos problemas y a detectar otros antes de que se agraven.

Julie Bosak, matrona enfermera titulada, entrevista de Amnistía Internacional, 7 de marzo de 2008

Las visitas domiciliarias y la atención basada en la comunidad pueden mejorar considerablemente el acceso a la atención de la salud, lo cual puede ser particularmente importante tras el parto, cuando el malestar físico, el cansancio y el cuidado del recién nacido hacen que a la mujer le resulte difícil salir de casa. Algunos centros locales han establecido programas de visitas limitadas a domicilio para nuevas madres, particularmente para grupos de riesgo como las madres adolescentes. Por ejemplo, en Carolina del Sur, las nuevas madres reciben en casa la visita de una enfermera de salud pública a los pocos días del alta hospitalaria.³³⁸ No obstante, la mayoría de las mujeres de Estados Unidos no tiene acceso a este tipo de atención, salvo

³³³ Chang, *Pregnancy-Related Mortality Surveillance—United States, 1991–1999*; disponible en <http://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#fig6>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³³⁴ E.R. Declercq et al, *New Mothers Speak Out: National Survey Results Highlight Women's Postpartum Experiences*, p. 16; disponible en <http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=new-mothers-speak-out>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³³⁵ Rosenberg, "Disparities in Mortality among High Risk Pregnant Women in Illinois: A Population Based Study", pp. 26–32.

³³⁶ C. Cheng et al, "Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review", *Journal of Perinatal Education*, 15(3): 34-42, verano de 2006; disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595301>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Academia Estadounidense de Pediatría, ACOG, *Guidelines for Perinatal Care*, 6^a ed. Washington D.C: ACOG; 2007, pp. 171–2.

³³⁷ S. Hatters Friedman, "Be on the lookout for postpartum depression", *OBG Management*, vol. 21, No. 3 , marzo de 2009, p. E1; disponible en http://www.obgmanagement.com/pdf/2103/2103OBGM_WEBinterview.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009. Declercq, *New Mothers Speak Out*, p. 20.

³³⁸ Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur, *Postpartum Newborn Home Visits*; disponible en <http://www.scdhec.net/health/mch/wcs/ch/nbvh.htm>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

que tengan medios para contratar los servicios de una doula (persona que ayuda a la mujer ofreciendo diversas formas de apoyo distinto del que pueda ofrecer un médico o una matrona en el proceso del nacimiento de su bebé) o tenga una matrona o un médico de familia que ofrezcan atención domiciliaria.

Estás en casa y todavía te duele, se te puede infectar, puedes tener todavía algo en el útero. Todas estas cosas pueden ser peligrosas y pueden arreglarse fácilmente si te das cuenta del problema a tiempo [...] Tenían a las mujeres 10 días en el hospital después del parto porque les preocupaban mucho las complicaciones.

Ina May Gaskin, matrona, recomendando las visitas domiciliarias de una doula, una enfermera o una matrona tras el parto, citado en *Harper's Bazaar*, septiembre de 2009
³³⁹

³³⁹ Jenna Gabrial Gallagher, "My Wife Died After Giving Birth", *Harper's Bazaar*, septiembre de 2009; disponible en <http://www.harpersbazaar.com/magazine/feature-articles/wife-died-after-childbirth-0909>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

CAPÍTULO 6: RENDICIÓN DE CUENTAS

Tengo incontables preguntas para las que probablemente nunca conseguiré respuestas.

Joseph LaGrew, esposo de Trudy LaGrew, muerta por complicaciones del parto tres meses y medio después de haber dado a luz.

El gobierno estadounidense debe rendir cuentas por los importantes fallos sistémicos de derechos humanos expuestos en este informe. Con independencia de que un sistema esté centralizado o descentralizado, sea privado o público o una mezcla de ambas cosas, el gobierno es responsable de garantizar que la atención de salud esté disponible y sea accesible, aceptable y de buena calidad sin discriminación. Sin embargo, en Estados Unidos persisten desigualdades en la atención de la salud, que está condicionada por el género, la raza, la etnia, la condición de inmigrante, la condición de indígena y los ingresos. Las consecuencias se observan en el hecho de que no se haya reducido el número de mujeres muertas por causas relacionadas con el embarazo o el parto en los últimos 20 años y en las arraigadas disparidades de la atención disponible.³⁴⁰ El incumplimiento de los objetivos internacionales o nacionales de mejora de la salud materna en Estados Unidos guarda relación con una crisis fundamental de rendición de cuentas.

NECESIDAD DE SUPERVISIÓN COORDINADA

La fragmentación de la financiación de la atención de la salud y de su prestación hace que se aplique también un enfoque fragmentado y descoordinado a la supervisión. Los esfuerzos del gobierno federal por reducir la mortalidad materna y abordar las disparidades carecen de coordinación: se hacen por separado desde varios organismos federales. La regulación federal y estatal de la industria de los seguros privados y su función en la prestación de atención de la salud materna es inadecuada.

Aunque las personas y las familias que busquen resarcimiento tienen la vía de los recursos judiciales, raras veces conducen éstos a reformas del sistema. Incluso si gracias a ellos se mejoran procedimientos y políticas, las mejoras suelen ser poco sistemáticas y estar muy localizadas. Además, el temor de los proveedores de servicios a las demandas judiciales puede limitar la transparencia para con las familias y los organismos de revisión que intenten averiguar lo que se ha hecho mal.

¿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, entrevista de Amnistía Internacional, 7 de enero de 2009

³⁴⁰ Johnson y Rutledge, *Maternal mortality—United States, 1982–1996*.

Los organismos federales que se ocupan de la mejora del acceso a los servicios de atención de la salud y de su calidad pertenecen principalmente al Departamento de Salud y Servicios Humanos, y entre ellos figuran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), la Oficina para la Salud de la Mujer, la Oficina de Salud de las Minorías y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid informaron a Amnistía Internacional de que tenían pensado elaborar unas normas sobre atención de la salud materna, que obligarían a adoptar a los hospitales para recibir fondos de Medicaid. Sin embargo, hasta la fecha no se han elaborado tales normas, ni se ha facilitado tampoco ninguna fecha para su publicación.

Funcionarios de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, que se centra en la investigación y evaluación de los servicios de salud, dijeron a Amnistía Internacional: "Somos plenamente conscientes de que se ha hecho muy poco" en salud materna.³⁴¹

La Administración de Recursos y Servicios de Salud señaló que estaba intentando mejorar los resultados en salud materna y el acceso a los servicios de atención de la salud, incluida la salud materna, en las comunidades con servicios insuficientes. Sin embargo, debido a la falta de fondos, en la actualidad no puede hacer lo necesario. La Oficina para la Salud de la Mujer no se centra en esos momentos en la salud, la morbilidad y la mortalidad maternas. La Oficina de Salud de las Minorías está intentando abordar las disparidades existentes en la mortalidad infantil, pero en la actualidad no se centra sus esfuerzos en las disparidades existentes en la mortalidad materna. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recogen y analizan datos sobre mortalidad materna. Sin embargo, estos esfuerzos se ven obstaculizados por el hecho de que los estados no estén obligados a facilitar información, aunque algunos lo hagan voluntariamente. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades pueden formular recomendaciones, pero no tienen autoridad para hacerlas cumplir. La iniciativa Gente Sana tiene objetivos relativos a la atención prenatal y la mortalidad y morbilidad maternas, pero la aplicación inadecuada de las medidas adoptadas y la falta de uniformidad en la recogida de datos y la información pública han obstaculizado su consecución.

FALTA DE DATOS EXHAUSTIVOS Y EXACTOS

³⁴¹ Entrevista de Amnistía Internacional con Carolyn Clancy, directora de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, Washington D.C., 7 de enero de 2009.

Es esencial tener las pruebas para decidir qué necesitamos para reducir las cifras: se necesitan los datos para ver lo que está pasando.

Cynthia Berg, epidemióloga médica, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, División de Salud Reproductiva, Atlanta, Georgia, entrevista de Amnistía Internacional, 13 de diciembre de 2007

La falta de un sistema de recogida exhaustiva de datos y de mecanismos efectivos para analizar éstos contribuye al hecho de que no mejore la salud materna. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el número de muertes maternas podría ser dos veces mayor de lo que indican las estimaciones actuales.³⁴² La falta de un sistema de recogida exhaustiva de datos impide apreciar en toda su extensión la mortalidad y morbilidad maternas en Estados Unidos y obstaculiza los esfuerzos por analizar y abordar los problemas y mejorar así la salud materna en general.

Muchas muertes maternas no se identifican jamás como muertes relacionadas con el embarazo. Sólo seis estados –Florida, Illinois, Massachusetts,³⁴³ Nueva York, Pensilvania y Washington –exigen actualmente que se informe de las muertes relacionadas con el embarazo como muertes pertenecientes a una categoría claramente diferenciada; no existen disposiciones de ámbito nacional que obliguen a hacerlo.³⁴⁴ A pesar de los esfuerzos que realizan voluntariamente otros estados para informar de las muertes maternas, muchas de ellas no se comunican a los departamentos de salud estatales, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o los comités de examen de la mortalidad materna.

En todo Estados Unidos hay una falta de normalización de los datos recogidos. Por ejemplo, los certificados de defunción pueden ayudar a determinar la muertes relacionadas con el embarazo.³⁴⁵ Para aumentar la exactitud de la información, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades llevan mucho tiempo recomendando que en todos los certificados de defunción se incluya una casilla en la que se indique si la mujer estaba embarazada en el momento de su muerte, en las seis semanas anteriores a ella o durante el año anterior. Sin embargo, 10 estados dijeron a Amnistía Internacional que no incluyen esa casilla en los certificados.³⁴⁶ Los estados que sí la tienen no utilizan todos el certificado de defunción estándar de Estados

³⁴² C. Berg et al, *Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths: From Identification and Review to Action*, Atlanta: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2001, p. 13; disponible en <http://www.cdpb.ca.gov/data/statistics/Documents/MO-StrategiesTaged.pdf>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁴³ Maternal Mortality and Morbidity Review in Massachusetts, *Pregnancy-Associated Mortality: Medical Causes of Death 1995-1998*, mayo de 2000, No. 1; disponible en http://www.mass.gov/Eehhs2/docs/dph/com_health/prego_newborn/safe_mom_preg2000.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁴⁴ Encuesta de Amnistía Internacional a departamentos de salud estatales sobre el examen de la mortalidad y la morbilidad maternas.

³⁴⁵ Berg, *Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths*.

³⁴⁶ Encuesta de Amnistía Internacional: Alaska, Arizona, Colorado, Kentucky, Maine, Massachusetts, Nueva York, Carolina del Norte, Tennessee y Virginia Occidental. Véase M. Heron, *Deaths: Final Data for 2006*; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

Unidos, introducido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en 2003 y en el que se plantean cinco preguntas específicas para determinar con más exactitud el momento del embarazo de la mujer en relación con la fecha de su muerte. Este hecho puede hacer que se recojan datos parciales, lo que obstaculiza el análisis de las tendencias en los estados.³⁴⁷

La gente no suele llenar bien el certificado de defunción. A menudo lo hace un interno en plena noche, agotado y a toda prisa y sin preparación. El hecho de que la mujer estuviera embarazada hace seis u ocho meses se suele pasar por alto.

Jeffrey King, presidente del Grupo de Interés Especial sobre la Mortalidad Materna de la ACOG, entrevista de Amnistía Internacional, 13 de marzo de 2008.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han señalado también que los médicos y otros profesionales reciben sólo una formación mínima sobre cómo cumplimentar correctamente los certificados de defunción a fin de documentar si la muerte tuvo o no que ver con el embarazo, lo cual hace que no se registren las muertes relacionadas con el embarazo.³⁴⁸

No obstante, la información basada únicamente en los certificados de defunción también puede ser causa de que se registren menos muertes maternas de las que realmente se producen.³⁴⁹ Una “mejor vigilancia” supone examinar los registros forenses y comparar los certificados de defunción de las mujeres en edad reproductiva con los certificados de nacimiento para determinar si dieron a luz en el año anterior a su muerte.³⁵⁰ Estos métodos pueden ser mucho más efectivos, al permitir determinar nada menos que un 90 por ciento más de muertes maternas que las comunicadas por los profesionales de la salud en los certificados de defunción.³⁵¹ Relacionar los certificados de defunción de madres con todos los datos de los certificados de nacimiento también puede ayudar a hacer un registro y un análisis más completos de la información conexa. Sin embargo, 17 estados dijeron a Amnistía Internacional que no comparaban los certificados de defunción y nacimiento.³⁵²

Si no se examinan y evalúan las complicaciones graves con riesgo de muerte, será difícil corregir los problemas de sistema o encontrar estrategias de prevención.

³⁴⁷ D. L. Hoyert, *Maternal Mortality and Related Concepts*, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, Vital and Health Statistics, 3(33), 2007, pp. 4 y 12; disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_033.pdf, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁴⁸ Berg, *Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths*.

³⁴⁹ I. Horon, “Underreporting of Maternal Deaths on Death Certificates and the Magnitude of the Problem of Maternal Mortality”, *American Journal of Public Health*, marzo de 2005, vol. 95, No. 3, p. 480; disponible en: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/95/3/478>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁵⁰ G. M. Brown et al, *Maternal Mortality in New York City: Increased Case Ascertainment with Enhanced Surveillance*; disponible en http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁵¹ C. Deneux-Tharaux, doctor en medicina, maestría en salud pública, et al, “Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the US and Europe”, *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, No. 4, octubre de 2005.

³⁵² Delaware, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, Minnesota, Misissipi, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Nueva York, Oregón, Tennessee, Texas y Wyoming.

Jeffrey King, presidente del Grupo de Interés Especial sobre la Mortalidad Materna de la ACOG, entrevista de Amnistía Internacional, 13 de marzo de 2008

Investigadores y expertos en salud pública dijeron a Amnistía Internacional que el estudio de las complicaciones y las lesiones puede proporcionar una base más efectiva para el examen sistemático de la salud materna, pues son más comunes que las muertes. Las complicaciones maternas son la cuarta causa principal de muerte infantil en Estados Unidos, por lo que si se reducen y se mejora la salud de las mujeres se reducirán también las muertes infantiles.³⁵³ Sin embargo, en la actualidad se dispone de pocos datos sobre complicaciones maternas, incluidas las complicaciones graves con riesgo de muerte,³⁵⁴ y son pocos los comités de examen de la mortalidad materna que examinan o analizan estos casos.³⁵⁵ En el Reino Unido, por ejemplo, se ha introducido un sistema de detección de determinada morbilidad materna en todos los hospitales con unidad obstétrica del país.³⁵⁶ Con un sistema así se podrían recoger datos con que facilitar los objetivos de mejora de la calidad de la atención de las autoridades federales y estatales, así como de las estructuras de gestión hospitalaria. Sin embargo, no existe tal sistema en Estados Unidos. Según una persona experta en la materia, "un director de hospital puede estar en medio de una crisis de atención de calidad y tener limitadas oportunidades de reconocer la gravedad de la situación o la necesidad de una inyección de apoyo".³⁵⁷

En virtud de la Ley de Seguridad del Paciente y Mejoramiento de Calidad, de 2005,³⁵⁸ y con el apoyo de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, la organización sin ánimo de lucro Foro Nacional sobre Calidad (National Quality Forum) se ha comprometido a elaborar un conjunto normalizado de 17 medidas de seguridad y calidad a fin de mejorar la vigilancia de algunos datos sobre morbilidad materna y errores médicos en la atención materna. Aunque esta iniciativa proporcionará unas normas de medición del desempeño, hacen falta más datos sobre complicaciones graves con riesgo de muerte y morbilidad materna a fin de reducir el algo índice actual de complicaciones.

³⁵³ Heron, *Deaths: Final Data for 2006*, p. 14, tabla E.

³⁵⁴ I. Danel et al., "Magnitude of Maternal Morbidity during Labor and Delivery: United States, 1993–1997", *American Journal of Public Health*, vol. 93, No. 4, abril de 2003, pp. 631–4.

³⁵⁵Sólo Illinois informó de que examinaba la morbilidad, mientras que Massachusetts examinaba las complicaciones graves con riesgo de muerte (*near misses*) sólo caso por caso, y los estados de Carolina del Sur y Washington informaron de que tenían planes de examen.

³⁵⁶ Véase Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, comunicado de prensa, "World First For Study of Rare Disorders of Pregnancy and Childbirth", 14 de febrero de 2005; disponible en <http://www.rcog.org.uk/news/world-first-study-rare-disorders-pregnancy-and-childbirth>, visitado por última vez el 18 de diciembre de 2009.

³⁵⁷ Entrevista de Amnistía Internacional con miembro de comité de examen de la mortalidad materna, 22 de agosto de 2009.

³⁵⁸ Ley de Seguridad del Paciente y Mejoramiento de Calidad (*Patient Safety and Quality Improvement Act*), de 2005, título IX de la Ley de Servicios de Salud Pública (*Public Health Service Act*), Código Federal de Estados Unidos, 42 U.S.C. 299 et seq. (*Patient Safety Act*). La Ley de Seguridad del Paciente fue aprobada por el Congreso para mejorar la seguridad del paciente autorizando la recogida de datos normalizados sobre errores médicos y casos relativos a la seguridad del paciente y creando mecanismos de protección contra el uso o la revelación de la información en acciones judiciales. La eficacia del nuevo sistema de recogida de datos dependerá de que haya una participación en gran escala y de si los limitadísimos datos recogidos en los formularios normalizados son suficientes para producir una mejora de la atención.

A menudo, los sistemas de recogida de datos no clasifican debidamente a las mujeres por raza o etnia, lo que impide hacer un análisis más detallado para determinar qué mujeres sufren de manera desproporcionada complicaciones y muerte maternas y obstaculiza los esfuerzos por eliminar las disparidades.³⁵⁹

EXAMEN INADECUADO DE LOS DATOS

Tatia tenía 32 años [...] y estaba siempre pendiente de su salud. Murió, junto con su bebé, Zorah, en diciembre de 2001, tras provocársele el parto [...] Dos años después formé una organización sin ánimo de lucro, la Fundación en Memoria de Tatia Oden French. Tenemos expertos en medicina [...] en la junta directiva y otros familiares y hemos empezado a organizarnos. Cuántas de estas muertes eran evitables. No debían haber ocurrido.

Maddy Oden, madre de Tatia Oden French, Oakland, California, entrevista de Amnistía Internacional, 8 de febrero de 2008

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

Funcionario federal entrevistado por Amnistía Internacional, diciembre de 2007

Los comités de examen de la mortalidad materna intentan determinar la presencia de constantes en las muertes evitables y son un importante elemento a la hora de analizar 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 (véase el anexo A). En los 21 estados donde hay comités de examen de la mortalidad materna, la eficacia de éstos se ve menoscaba por diversos factores. Los comités de examen de la mortalidad materna no son uniformes en su estructura ni en su mandato, y enfocan su trabajo de diversas formas. Algunos dependen exclusivamente de voluntarios, mientras que otros tienen personal profesional. Algunos examinan todas las muertes maternas, y otros analizan sólo muestras. Casi ninguno examina la morbilidad, aunque varios dijeron a Amnistía Internacional que estaban trabajando en la incorporación de este elemento a su trabajo.³⁶⁰ Asimismo, el trabajo de los comités no está coordinado, lo que puede dar lugar a duplicación de esfuerzos: varias personas integrantes de comités entrevistadas por Amnistía Internacional no conocían el trabajo de los comités de otros estados.³⁶¹

³⁵⁹ C. Ulmer et al, Subcomité de Recogida Normalizada de Datos de Raza y Etnia para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la Salud, Instituto de Medicina, *Race, Ethnicity, and Language Data: Standardization for Health Care Quality Improvement*, 61, National Academies Press, 2009.

³⁶⁰ Carolina del Sur, Washington y Massachusetts.

³⁶¹ Por ejemplo, una persona integrante de un comité de revisión de otro estado no conocía el extenso trabajo realizado en el estado de Nueva York sobre protocolos para las hemorragias.

Aunque los exámenes de la mortalidad materna suelen ser confidenciales y en los datos publicados no se identifica a personas ni lugares, quienes los realizan tienen a menudo problemas para acceder a la información. De los 21 estados con comité de examen de la mortalidad materna,³⁶² 18 tienen mecanismos administrativos de protección de la confidencialidad de la información revelada en investigaciones sobre la salud pública. Sin embargo, incluso en esos estados los profesionales de la salud parecen temer que tales mecanismos no sean suficientes para protegerlos contra la presentación de demandas judiciales. En otros estados no existen tales mecanismos de protección.

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, entrevista de Amnistía Internacional, 12 de febrero de 2008

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 OMS, entrevista de Amnistía Internacional, 27 de febrero de 2008

Aunque las cifras y las estadísticas puedan dar una indicación de cuáles son las áreas problemáticas, para encontrar las soluciones suele ser necesario hacer un estudio más detallado tanto sobre la causa real de la muerte y el hecho médico en sí como sobre las causas fundamentales. Por este motivo, en el Reino Unido, el organismo de examen de la mortalidad materna envía cuestionarios a todas las personas relacionadas con la atención prestada a la paciente, incluidas trabajadoras sociales, y la OMS recomienda hacer entrevistas domiciliarias a los familiares como parte del examen. En Estados Unidos, el examen de la mortalidad maternofetal incluye una entrevista domiciliaria, así como trabajo en colaboración con las organizaciones comunitarias de defensa.³⁶³ Sin embargo, en el caso de la salud materna, los comités de examen de la mortalidad materna suelen limitarse a examinar el historial médico, que no contiene información sobre factores sociales y fallos del sistema médico que pueden haber contribuido a causar la muerte. Sólo en cuatro estados se puede entrevistar a proveedores de servicios, familiares y otras personas relacionadas directamente con la atención prestada a la mujer.³⁶⁴

³⁶² Alaska, Colorado, Florida, Illinois, Iowa, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Utah, Virginia, Washington, Virginia Occidental y Wisconsin. Oklahoma sólo garantiza la confidencialidad dispuesta en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA*).

³⁶³ E. Hutchins et al, “FIMR and Other Mortality Reviews as Public Health Tools for Strengthening Maternal and Child Health Systems in Communities: Where Do We Need to Go Next?”, *Maternal and Child Health Journal*, vol. 8, No. 4, diciembre de 2004.

³⁶⁴ Maine, Nueva York y Carolina del Norte. Utah sólo hace entrevistas “ocasionalmente.”

Si en un certificado de defunción pone “hemorragia”, no sabes si es que no se reconoció a tiempo la hemorragia, el banco de sangre no daba la sangre con la suficiente rapidez o se atascó el ascensor.

Cynthia Chazotte, subdirectora del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Servicios de Salud de la Mujer del Centro Médico Einstein/Montefiore, Bronx, Nueva York, y copresidenta de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo del estado de Nueva York, entrevista de Amnistía Internacional, 18 de marzo de 2008

Los organismos de examen multidisciplinares deben incluir entre sus miembros a representantes de la comunidad –como activistas, proveedores de servicios y encargados de la elaboración de políticas– a fin de aumentar la amplitud del análisis. La adopción de tal medida facilitaría la consideración de cuestiones que pudieran estar afectando a las mujeres de comunidades en situación de riesgo, y podría ayudar también a abordar los casos de falta real o aparente de imparcialidad de los profesionales médicos que pudieran darse.³⁶⁵ Sin embargo, sólo en 15 estados procuran los comités de examen de la mortalidad materna incluir a personas que hayan trabajado en comunidades diversas.³⁶⁶

CONSIDERACIÓN DE LAS DISPARIDADES RACIALES Y ÉTNICAS

El hecho de que el gobierno federal no reconozca ni aborde las disparidades raciales sistémicas que existen en la atención de la salud, incluida la salud materna, constituye un incumplimiento de las obligaciones que ha contraído en virtud del derecho internacional. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial establece claramente que no sólo es discriminación la que se ejerce intencionalmente, sino que también lo son las leyes, políticas y prácticas que tengan un efecto distinto en determinados grupos. Entre las obligaciones de Estados Unidos figura el deber de revisar las leyes y políticas nacionales y locales para reformarlas o anularlas si tienen el efecto de crear discriminación o perpetuarla.³⁶⁷

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional en todo programa o actividad que reciba ayuda económica federal.³⁶⁸ El papel que desempeña la financiación federal en los servicios de atención de la salud (por ejemplo, por medio de Medicaid u otras subvenciones para atención de la salud materna e infantil) hace que la mayoría de los hospitales, clínicas y servicios de salud estén incluidos en el ámbito de aplicación del Título VI. El gobierno federal tiene la obligación de garantizar el cumplimiento del Título VI. En la actualidad es necesario probar la intención para que se determine que ha habido discriminación según el Título VI en una causa. La Corte Suprema de Estados Unidos consideró en la

³⁶⁵ Entrevista de Amnistía Internacional con Carol Sakala, 18 de marzo de 2008.

³⁶⁶ Alaska, Colorado, Florida, Indiana, Louisiana, Maine, Massachusetts, Michigan, Nueva Jersey, Nueva York, Oklahoma, Carolina del Sur, Utah, Virginia y Wisconsin.

³⁶⁷ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 2.1.c.

³⁶⁸ Código Federal de Estados Unidos, 42 U.S.C. §2000d, et seq.

causa *Alexander v. Sandoval*³⁶⁹ que los particulares no podían presentar demandas en casos de efecto distinto por motivos de raza en virtud del Título VI; no obstante, dejó abierta la posibilidad de apelar a la obligación del gobierno en tales casos.

La Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, que se ocupa de hacer cumplir la leyes federales que prohíben la discriminación ejercida por proveedores de servicios de atención de la salud que reciban fondos del Departamento, debe aclarar su mandado, explicando que se aplica a las violaciones de derechos civiles basadas en el hecho de tener un efecto distinto por motivos de raza, además de origen nacional. Es esencial que el Congreso y el Departamento de Salud y Servicios Humanos garanticen que la Oficina para los Derechos Civiles recibe fondos suficientes para realizar las actividades de mantenimiento de la ley a fin de eliminar las disparidades en la atención de la salud, incluida la salud materna. La División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia debe incluir el mantenimiento del Título VI en el campo de la salud a su trabajo constante sobre la discriminación en la vivienda, el trabajo y la educación.

³⁶⁹ *Alexander v. Sandoval*, 532 U.S. 275 (2001).

CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES

El presente informe pone de relieve la relación entre la mortalidad y la morbilidad maternas inaceptablemente altas de Estados Unidos y el hecho de que el gobierno estadounidense no garantice que hay disponibles servicios de atención de la salud accesibles, aceptables y de buena calidad para todas las personas sin discriminación. Las disparidades sistémicas existentes en la atención de la salud materna en Estados Unidos son una clara muestra de que las autoridades no cumplen con su obligación de prohibir y eliminar la discriminación en los servicios de atención de la salud, lo que constituye una violación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

No garantizar a las mujeres el acceso a servicios adecuados de atención de la salud antes de que se queden embarazadas, no proporcionar servicios adecuados de planificación familiar, no garantizar que las mujeres reciben atención prenatal adecuada y temprana, no garantizar la aplicación de unas directrices basadas en la evidencia para abordar las causas principales de muerte materna, no respetar el derecho de las mujeres a la información y al consentimiento informado, no eliminar los obstáculos a la participación activa de las mujeres en la atención que reciben, no prestar atención postnatal adecuada y no garantizar la rendición de cuentas del sistema por las muertes y lesiones maternas, todo ello constituye una violación de las normas internacionales de derechos humanos.

Aunque los profesionales de la salud, los centros y las aseguradoras desempeñan todos una función en el sistema de atención de la salud de Estados Unidos, en última instancia es el gobierno estadounidense el que tiene la responsabilidad de prevenir y abordar las violaciones de derechos humanos, con independencia de que las cometan agentes del estado o particulares u organizaciones privadas (agentes no estatales).

Las recomendaciones formuladas a continuación contienen medidas específicas que deben tomarse para mejorar la atención de la salud materna en Estados Unidos. Para ello es necesario que el gobierno estadounidense adopte medidas concretas y específicas para mejorar el sistema de atención de la salud en general de manera que se garantice que, en Estados Unidos, toda persona puede disfrutar con igualdad de su derecho humano al nivel más alto posible de salud.

El gobierno de Estados Unidos debe elaborar un plan de acción exhaustivo y de ámbito nacional para mejorar la atención de la salud materna y eliminar las disparidades sistémicas. Se debe involucrar en este proceso a las partes interesadas pertinentes, incluidos distintos profesionales de la salud (como médicos, matronas y personal de enfermería), expertos en salud pública y servicios sociales y miembros de las comunidades afectadas. En particular han de tomarse medidas para garantizar que las mujeres participan en la búsqueda de soluciones a escala federal, estatal y local.

Las medidas necesarias para mejorar la salud materna deben:

Garantizar el acceso a servicios de atención de la salud de calidad a todas las personas

1. El gobierno estadounidense debe garantizar que hay disponibles durante toda la vida de las personas información y servicios de atención de la salud, incluida la salud reproductiva, accesibles, aceptables y de buena calidad.
2. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que todas las mujeres tienen acceso equitativo a servicios de atención de salud materna oportunos y de calidad, incluidos servicios de planificación familiar, y que no se niega a nadie el acceso a los servicios de atención de la salud en aplicación de políticas o prácticas que tengan el fin o el efecto de discriminar por motivos como el género, la raza, la etnia, la edad, la condición de indígena, la condición de inmigrante o la capacidad económica.
3. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que se rellenan las lagunas existentes en el sistema de atención de la salud para que todas las comunidades tengan acceso a servicios y tratamientos exhaustivos y de calidad. Debe ampliarse la atención de la salud administrada y financiada por organismos públicos en tanto que medio más eficaz para conseguir que la atención de salud sea accesible y que se rindan cuentas por ella.

Garantizar el acceso equitativo a los servicios de atención de la salud sin discriminación.

4. El gobierno federal y los gobiernos estatales y locales deben elaborar planes exhaustivos para abordar la desigualdades fundamentales que hay en la raíz de las disparidades existentes en la mortalidad materna y en la salud en general, lo que incluye mejorar el acceso a nutrición, educación y vivienda adecuadas.
5. El Congreso de Estados Unidos debe destinar más fondos a la Oficina para los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. La Oficina debe realizar investigaciones para evaluar las situaciones en las que las leyes, políticas y prácticas sean obstáculos para el acceso igualitario a la atención de la salud de calidad, incluida la salud materna.
6. El Congreso de Estados Unidos deber crear un departamento de salud en la División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia para tratar cuestiones de discriminación en la atención de la salud, incluida la salud materna.
7. El Congreso de Estados Unidos debe rectificar el déficit presupuestario crónico que afecta a las mujeres indígenas, incluidas las de Alaska, que reciben atención de la salud por medio de Servicio de Salud para la Población Indígena. El gobierno de

Estados Unidos debe garantizar que la financiación pública de los servicios de atención de la salud no discrimina debido a la raza o a la condición de indígena. La financiación debe aumentarse hasta que sea igual o mayor que la de Medicaid. La financiación del Servicio de Salud para la Población Indígena no debe depender de proyectos de ley de asignación presupuestaria anual, sino que debe convertirse en un programa de ayuda social del mismo modo que Medicaid.

8. El plan de formación básica de todos los profesionales de la salud, así como sus programas de educación permanente y los requisitos para el ejercicio de la profesión, ha de incluir formación sobre prestación de servicios y trato culturalmente apropiados y sensibles al género.
9. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que todas las personas inmigrantes tienen derecho a Medicaid.
10. Los gobiernos de los estados deben garantizar que se ofrecen los servicios de Medicaid a las personas inmigrantes documentadas.

Eliminar los obstáculos a la atención de la salud oportuna, apropiada y asequible

11. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que todas las mujeres tienen acceso equitativo a servicios de atención de la salud materna de buena calidad.
12. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que el precio de los servicios de salud, incluida la salud materna, no impide a las mujeres obtener la atención que necesitan ni sume a ellas ni sus familias en la pobreza o la ruina. Los precios de los servicios de salud han de estar basados en la capacidad económica conforme a una escala móvil que parte de cero.
13. El gobierno de Estados Unidos debe garantizar que todos los planes de seguros – sean públicos o privados– ofrecen cobertura exhaustiva durante todo el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento, y tras éste. Tal cobertura debe cumplir los criterios establecidos en la iniciativa Gente Sana 2010 para una “atención adecuada” y temprana, que incluye facilitar a la mujer 13 visitas prenatales y garantizar que la atención prenatal comienza en el primer trimestre.
14. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben garantizar que las mujeres aseguradas a través de su empleador tienen acceso a servicios de atención de la salud materna asequibles y exhaustivos. Asimismo, deben proporcionar protección a las que no tengan cobertura por medio de su empleador.
15. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben regular a los proveedores de seguros individuales privados para garantizar que no se niega la cobertura a las mujeres embarazadas sobre la base de afecciones preexistentes (incluido el

embarazo mismo) y que las pólizas incluyen atención materna exhaustiva sin costes adicionales.

16. Los gobiernos estatales deben reconocer el “presunto derecho” a Medicaid a las mujeres embarazadas y garantizar que el programa proporciona acceso oportuno a servicios de atención prenatal. En caso de que la mujer reciba atención prenatal antes de que su derecho a Medicaid se haya confirmado, deben garantizar que éste reembolsa retroactivamente el coste de los servicios prestados.
17. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y los gobiernos estatales deben revisar todos los requisitos impuestos a las mujeres que reciben atención de la salud materna a través de Medicaid y eliminar los que demoren o interrumpan el acceso a la atención. El Congreso debe reformar la Ley de Reducción del Déficit, de 2005, para eliminar las disposiciones que impidan a mujeres con bajos ingresos acogerse a Medicaid, lo que incluye revisar los requisitos excesivamente onerosos de presentación de documentos (incluidos los de ciudadanía y renta).
18. El gobierno de Estados Unidos debe realizar una revisión del modo en que se calcula el índice federal de pobreza (FPL), utilizado por los estados para determinar el derecho a los servicios de Medicaid, para garantizar que los indicadores están actualizados y son exactos.
19. Los gobiernos estatales deben garantizar que a las mujeres que reciben atención de la salud materna por medio del Programa de Seguro Médico para Niños se les proporciona cobertura para todas sus necesidades de salud durante el embarazo y el posparto.
20. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben exigir a los departamentos de salud pública estatales y a las autoridades locales como condición para recibir fondos que evalúen los obstáculos al acceso a la atención de salud que afectan a las mujeres, en particular a las mujeres con bajos ingresos, y elaboren planes para prestar el apoyo o los servicios necesarios para superarlos, como transporte y cuidado infantil.
21. El Congreso de Estados Unidos debe revisar las leyes y reglamentos necesarios para proporcionar por medio de ellos mecanismos de protección que permitan a las mujeres solicitar permisos laborales para visitas prenatales. Los proveedores de servicios de atención de la salud deben ofrecer horarios flexibles a las mujeres que soliciten atención prenatal.
22. Se deben poner a disposición de todas las mujeres embarazadas que los necesiten programas de tratamiento de la drogadicción y servicios de apoyo conexos. El acceso a tales programas y servicios no deben servir de base para entablar acciones penales.

23. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben exigir a todos los proveedores de servicios de atención de la salud que garanticen que todas las mujeres cuentan con servicios adecuados de interpretación y traducción cuando solicitan y reciben atención médica.
24. El Congreso de Estados Unidos debe exigir el cumplimiento de las Normas Nacionales sobre Servicios de Atención de la Salud Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS), elaboradas por la Oficina de Salud de las Minorías.
25. El Congreso de Estados Unidos debe ordenar a la Oficina de Salud de las Minorías, dotándola de los fondos necesarios, que elabore un centro de intercambio de información con traducciones de los formularios médicos, declaraciones de consentimiento y folletos informativos sobre atención materna utilizados normalmente, en colaboración con las comunidades afectadas y la comunidad médica. Este material debe ponerse a disposición pública por Internet y gratuitamente y debe ofrecérseles a todas las mujeres que soliciten atención de la salud materna y necesiten servicios lingüísticos.
26. El Congreso de Estados Unidos debe exigir que los seguros públicos y privados reembolsen debidamente el coste de los servicios de traducción e interpretación.
27. Los gobiernos estatales deben exigir que los intérpretes que prestan servicios en el sistema de atención de la salud tengan la debida formación y titulación para garantizar la prestación de servicios de interpretación y traducción médica exactos, culturalmente apropiados y sensibles al género.
28. Los proveedores de servicios de atención de la salud deben contratar a personal y a directivos de idiomas y culturas diversas, que reflejen las características demográficas de la zona donde prestan servicio, y promoverlos.

Garantizar el acceso a servicios de planificación familiar e información a todas las mujeres

29. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben garantizar el acceso a información y servicios de salud reproductiva a todas a las mujeres, sin discriminación. Los gobiernos estatales, así como el gobierno federal si corresponde, deben garantizar la educación sexual efectiva y basada en la evidencia en las escuelas.
30. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben regular a los proveedores de seguros privados para garantizar que ofrecen cobertura para la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. Todos los estados deben exigir a las compañías de seguros que cubran los anticonceptivos recetados.

31. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben garantizar que todas las mujeres que necesiten servicios de salud reproductiva subvencionados con fondos públicos tienen acceso a ellos.

- a. El Congreso de Estados Unidos debe reformar la Ley de Reducción del Déficit para eliminar los obstáculos que impiden a las mujeres con bajos ingresos el acceso a servicios de planificación familiar a través de Medicaid, lo que incluye eliminar las disposiciones que dejan al arbitrio de los estados excluir a determinadas beneficiarias y cobrar los anticonceptivos.
- b. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar de Medicaid. Los estados no han de tener que solicitar una exención (*waiver*) para ampliar la cobertura de tales servicios de Medicaid.
- c. El Congreso de Estados Unidos debe garantizar que el Departamento de Salud y Servicios Humanos recibe fondos suficientes para que la Oficina de Asuntos de Población amplíe el programa de clínicas del Título X.

32. Se debe garantizar el acceso equitativo de las mujeres indígenas a los servicios de salud sexual y reproductiva, prestando especial atención a que reciban la debida atención de la salud y reproductiva a través del Servicio de Salud para la Población Indígena. En todas las farmacias del Servicio se debe disponer de toda la gama de anticonceptivos, incluidos los de urgencia.

33. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben exigir que todos los proveedores de servicios de atención de la salud presten servicios de calidad a las mujeres cuya vida o salud corran grave peligro debido al embarazo. Se debe exigir a los farmacéuticos y a las farmacias que pongan los anticonceptivos, incluidos los de urgencia, a disposición de todas las mujeres. Las decisiones sobre atención o prestación de servicios deben basarse en directrices y protocolos para la atención de la salud materna basados en la evidencia, no en razones religiosas o morales.

Garantizar la prestación de atención de la salud materna suficiente, apropiada y de calidad

34. Los gobiernos estatales y locales y el gobierno federal deben abordar los problemas de falta de profesionales de la salud materna y garantizar que se dispone en todas las áreas de la cantidad suficiente y de una gama más amplia de centros y servicios de salud, incluidas matronas, personal de enfermería y médicos. Se debe prestar especial atención a la necesidad de garantizar el acceso a la atención de la salud en las zonas sin servicios médicos suficiente, en especial las rurales y las zonas urbanas de bajos ingresos.

35. El Departamento de Salud y Servicios Humanos debe recibir, por medio de la Administración de Recursos y Servicios de Salud, fondos suficientes para hacerse responsable de garantizar la prestación de atención de la salud a las comunidades

sin servicios médicos suficientes, lo que incluye ampliar los programas de centros comunitarios de atención de salud, como los FQHC.

36. El Congreso de Estados Unidos debe autorizar y financiar un examen de los pagos a proveedores de Medicaid por atención de la salud materna. Si procede, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben aumentar los precios y garantizar la equidad del reembolso a los distintos tipos de proveedores y centros que ofrezcan servicios semejantes. El proceso de reembolso debe modernizarse.
37. El Congreso de Estados Unidos debe ordenar al Departamento de Salud y Servicios Humanos que elabore directrices y protocolos normalizados, basados en la evidencia y de ámbito nacional para la prestación de servicios de atención de la salud materna. Estas directrices y protocolos deben elaborarse en colaboración con la comunidad médica, las organizaciones de salud de mujeres y otras partes interesadas pertinentes, y dando prioridad a las cinco causas principales de muerte materna.
38. El Departamento de Salud y Servicios Humanos debe tomar medidas para que se alcancen los objetivos de la iniciativa Gente Sana 2010, lo que incluye establecer directrices claras y de ámbito nacional, en colaboración con la comunidad médica, las organizaciones de salud de las mujeres y otras partes interesadas pertinentes, para el uso apropiado de intervenciones y procedimientos médicos como la cesárea.
39. Deben tomarse medidas para garantizar la aplicación en todo el país de protocolos y directrices basados en la evidencia para la prestación de servicios de atención de la salud materna. Deben establecerse mecanismos de detección para determinar si se aplican los protocolos y si se presta una atención basada en la evidencia.
40. El Congreso debe ordenar al Departamento de Salud y Servicios Humanos que dé prioridad a la aplicación de tecnología de la información sobre la salud y proporcionar los fondos necesarios para ello. Deben utilizarse en la atención de la salud materna historiales médicos estándar para facilitar el intercambio de información y la documentación.
41. Para que los hospitales y otros centros reciban acreditaciones, tras toda muerte materna deberá realizarse una "auditoria materna", que se utilizará como formación para el personal, incluido el personal de urgencia, el administrativo, el de enfermería y los médicos.
42. Los proveedores de servicios de atención de la salud deben garantizar que todas las mujeres reciben información ecuánime y exhaustiva sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos médicos a que puedan tener que someterse a fin de que puedan tomar decisiones informadas. El Departamento de Salud y Servicios Humanos –en colaboración con la comunidad médica, las organizaciones de salud de las mujeres y otras partes interesadas pertinentes– deben aplicar un enfoque normalizado a la información proporcionada, y se debe exigir la documentación por escrito de lo

hablado sobre el consentimiento. Se debe respetar la decisión de la mujer de elegir a una matrona o a un médico como proveedor de servicios de atención de la salud.

43. El gobierno de Estados Unidos debe ordenar al Departamento de Salud y Servicios Humanos que inicie debates inclusivos sobre modelos de atención alternativos y potencialmente más rentables para los embarazos de bajo riesgo, que puedan ayudar a mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud materna en Estados Unidos. El gobierno federal y los gobiernos estatales deben revisar las actuales restricciones jurídicas impuestas a las matronas debidamente formadas y cualificadas. Los seguros públicos y privados deben incluir el pago de los servicios que las mujeres puedan escoger por medio de matronas cualificadas o centros de maternidad.

Garantizar que todas las mujeres reciben atención postnatal adecuada

44. El Congreso de Estados Unidos debe ordenar al Departamento de Salud y Servicios Humanos que elabore y aplique unas normas de ámbito nacional para la atención posparto, que incluyan:

- a. acceso a visitas domiciliarias a todas las mujeres durante las semanas siguientes al parto;
- b. información y servicios de salud reproductiva fácilmente accesibles, incluida información sobre los beneficios para la salud materno-infantil del espaciamiento adecuado entre nacimientos, y
- c. chequeos adecuados para detectar problemas de salud posparto, como depresión, así como derivaciones y tratamiento apropiados.

45. Los seguros públicos y privados deben incluir cobertura de la debida atención postnatal mientras se necesite, incluidas visitas domiciliarias de un profesional de la salud.

Aumentar y mejorar la rendición de cuentas

46. 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 el mandato de mejorar la atención de la salud materna y sus resultados y eliminar las disparidades. Esta oficina se encargará de coordinar las iniciativas federales y estatales y rendirá cuentas anualmente ante el Congreso sobre los progresos realizados, especialmente en la reducción de la mortalidad materna a 4,3 por cada 100.000 nacidos vivos, conforme al objetivo de la iniciativa Gente Sana 2010.

47. Los organismos estatales y federales deben detectar, evaluar y comunicar públicamente las tendencias de la mortalidad y la morbilidad maternas. Se deben mejorar la recogida y el análisis de los datos para determinar y dar respuesta más fácilmente a los problemas de salud materna, en especial a los que contribuyen a

generar muertes y complicaciones maternas. Con tal fin deberán tomarse medidas de ámbito estatal y federal, entre ellas:

- a. mejor recogida de datos sobre disparidades raciales y étnicas en el acceso a la atención de la salud materna y a la atención de la salud en general;
- b. información inmediata de todas las muertes maternas a los Centros para el Control y prevención de Enfermedades e introducción de un sistema nacional de vigilancia de la mortalidad materna;
- c. información obligatoria de las muertes maternas por parte de todos los estados para proporcionar datos a los organismos federales, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, anualmente;
- d. uso de herramientas estandarizadas de recogida de datos: todos los estados deben estar obligados, por ley federal, a utilizar el certificado de defunción estándar de Estados Unidos, que contiene cinco preguntas que ayudan a determinar el estado de embarazo de las mujeres fallecidas durante el año previo a su muerte; los estados que no hayan añadido estas preguntas a su certificados de defunción, deben hacerlo de inmediato;
- e. requisitos nacionales para relacionar todos los certificados de defunción de mujeres por muerte materna con los certificados de nacimiento correspondientes para poder hacer un análisis más completo de las muertes maternas; se debe normalizar y financiar la aplicación del certificado nacional de nacido vivo, que puede ofrecer información más completa sobre la salud de la madre durante el embarazo y el parto;
- f. garantías de que sólo profesionales de la salud cualificados y con formación suficiente sobre cómo llenar los certificados de defunción cumplimentan éstos en caso de muerte materna.
- g. garantías de que en caso de muerte materna se hace todo lo posible para determinar la causa, lo que incluye practicar una autopsia, y de que, para que los hospitales u otros centros reciban acreditaciones, tras toda muerte materna se realiza una "auditoría materna", que se utilizará como formación para el personal;
- h. mejor recogida de datos y e información estatal y nacional de las complicaciones maternas. Debe incluir la información pública anual obligatoria de los datos hospitalarios estatales sobre complicaciones maternas severas, incluidas las complicaciones posparto, y la información obligatoria del número de procedimientos de maternidad realizados en cada hospital; además, el Departamento de Salud y Servicios Humanos debe garantizar que se analizan las complicaciones maternas y se incorporan las lecciones aprendidas a unas normas basadas en la evidencia y de ámbito nacional para la atención materna.

48. La creación de comités de examen de la mortalidad materna en Washington D.C., y en los 29 estados que no los tienen actualmente. Los comités deben recibir fondos constantes para recoger, analizar y revisar los datos sobre todas las muertes relacionadas con el embarazo a fin de abordar las disparidades existentes. Las conclusiones y recomendaciones deben ponerse a disposición del público, a la vez que se mantiene la confidencialidad de los hospitales y las personas relacionados con errores médicos. Deben coordinarse a escala nacional los esfuerzos de ámbito estatal a fin de determinar y aplicar buenas prácticas.

Reconocer plenamente el derecho humano a la salud e incorporar una perspectiva basada en los derechos humanos

49. El gobierno de Estados Unidos debe ratificar sin demora los siguientes tratados internacionales de derechos humanos:

- la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y
- el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Debe revisar el sistema de atención de la salud materna y de la salud en general basándose en las normas de derechos humanos y elaborar planes de acción para aplicar las disposiciones de los tratados.

50. El gobierno de Estados Unidos debe incluir información sobre la salud materna y las arraigadas disparidades en los resultados en sus informes a los órganos de vigilancia de los tratados y aplicar sus recomendaciones.

ANEXOS

APÉNDICE A - RESULTADOS EN SALUD MATERNA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

APÉNDICE B – ASISTENCIA A LA SALUD MATERNA

APÉNDICE C – ASISTENCIA A LA SALUD REPRODUCTIVA

APÉNDICE D – SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS