

# APUNTAR AL 5

LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS ODM

WOMEN  
DELIVER



## APUNTAR AL 5

### LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS ODM

#### INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

De todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el **ODM 5: Mejorar la Salud Materna** es el que menos ha progresado. Es, además, el menos financiado de los ODM relacionados con la salud.

A nivel mundial, los ODM están ampliamente aceptados como el camino para poner fin a la pobreza. Sin embargo, un factor central todavía no se ha llegado a comprender ampliamente: ninguno de estos objetivos puede lograrse sin un mayor progreso en la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres y la protección de la salud materna y del recién nacido.

Estas fichas informativas esbozan por qué los y las que toman las decisiones deben dar prioridad a salvar las vidas de las madres y los recién nacidos, y las inversiones clave que deberán realizar para lograr ese objetivo. Diseñado para ser usado por legisladores, grupos de la sociedad civil y activistas, Apuntar al 5 detalla por qué el mundo necesita invertir ahora en salud materna, neonatal y reproductiva, y las acciones estratégicas requeridas para mejorar los servicios de salud vitales para las madres y sus recién nacidos en el mundo en desarrollo.

**Ninguna mujer debería morir dando vida.**

#### ORGANIZACIONES ADHERENTES

- Acción Canadá para la Población y el Desarrollo
- Alianza Internacional para el VIH/SIDA
- Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA)
- Centro de Derechos Reproductivos
- Centro de Salud y Equidad de Género (CHANGE)
- Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer
- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
- Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos
- Comisión de Mujeres Refugiadas
- Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
- Confederación Internacional de Parteras
- Consejo de Salud Global
- Defensores de la Juventud
- EngenderHealth
- Family Care International (FCI)
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
- Federación Internacional de Paternidad Planificada
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Fundación Alemana para la Población Mundial (DSW)
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Materna (GTR)

- IMMPACT
- Ipas
- Marie Stopes Internacional
- Médicos por los Derechos Humanos
- Pathfinder Internacional
- Population Action International
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Realizing Rights, en el Instituto Aspen
- Women and Children First (Reino Unido)

La versión original fue producida por Women Deliver en colaboración con Family Care International y diversas organizaciones no gubernamentales, individuos y agencias multilaterales y de la ONU. La traducción al español y adaptación regional estuvo a cargo del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). La publicación original fue posible gracias al generoso aporte de la Asistencia Danesa para el Desarrollo Internacional (Danida) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España. La publicación en español fue posible gracias a las contribuciones de la AECID y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

*Diseñado por Ahlgrim Design Group*



## Apuntar al 5: Introducción

En 2000, 189 países se comprometieron a poner fin a la pobreza extrema en el mundo mediante el logro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El ODM 5, Mejorar la Salud Materna, fijó la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartos para 2015. En 2007, los líderes mundiales agregaron una segunda meta dentro del ODM 5: lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Cada año, entre 350.000 y 500.000 mujeres y niñas en el mundo mueren por causas relacionadas con el embarazo. Aunque el número de muertes ha ido decreciendo, el progreso es insuficiente. Entre 15 y 20 millones por año sufren enfermedades o discapacidades graves o prolongadas<sup>1</sup>. Casi todas las muertes maternas ocurren en los países en desarrollo; las mujeres pobres son particularmente vulnerables. De hecho, la mortalidad materna representa una de las mayores disparidades relativas a la salud entre los países ricos y los países pobres y entre la población rica y la población pobre dentro de cada país. En América Latina y el Caribe (ALC), las cifras promedio invisibilizan estas inequidades y, por ejemplo, las mujeres indígenas se encuentran desproporcionadamente afectadas por la muerte materna. La mortalidad materna entre indígenas puede ser hasta tres veces mayor comparada a los promedios nacionales<sup>2</sup>.

El logro del ODM 5 no es sólo un objetivo importante en sí mismo, es también crucial para el logro de los otros ODM: reducir la pobreza y mortalidad infantil, detener el avance del VIH y el SIDA, brindar educación, promover la igualdad de género, asegurar una alimentación adecuada y mantener un medio ambiente sano.

Sabemos lo que se necesita para mejorar significativamente la salud materna, neonatal y reproductiva:

- 1. Acceso a la planificación familiar** – asesoramiento, servicios e insumos.
- 2. Acceso a una atención de calidad para el embarazo y el parto**
  - atención prenatal
  - atención calificada del parto, incluyendo atención de emergencia obstétrica y neonatal
  - atención postnatal inmediata para las madres y los recién nacidos.
- 3. Acceso a servicios de aborto seguro**, en donde sea legal (según el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo)<sup>3</sup>.

Con una mayor voluntad política y una inversión financiera adecuada en estas tres estrategias, las mujeres y sus recién nacidos podrán vivir para permitir que prosperen sus familias, comunidades y naciones.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### Razones para actuar

**Invertir en las mujeres generará beneficios económicos y sociales de largo plazo.** El mundo pierde US\$ 15 mil millones por año en productividad a causa de la mortalidad materna y neonatal. La inversión dirigida a la salud materna, neonatal y reproductiva tendrá un impacto dramático y duradero en el tejido económico y social de las naciones en desarrollo.

**La salud materna es un derecho humano.** Las muertes maternas prevenibles son una violación flagrante de los derechos humanos de las mujeres. Los gobiernos tienen la obligación de proteger los derechos de las mujeres a la vida, la salud y la igualdad; la satisfacción de estos derechos es esencial para reducir la mortalidad materna.

**La salud materna y la salud neonatal están íntimamente ligadas.** En los países pobres, la muerte de una madre en el parto es por lo general una sentencia de muerte para el bebé recién nacido. La prestación de atención de calidad durante y después del embarazo y el parto reducirá también la mortalidad neonatal sustancialmente.

**El ODM 5 se puede lograr, pero se necesitan con urgencia voluntad política e inversión financiera.** Se calcula que entregar un paquete de servicios esenciales que logre mejoras significativas en la salud materna cuesta menos de US\$ 1,50 por persona en los 75 países en que ocurre el 95% de la mortalidad materna. La inversión financiera y la voluntad política para hacer la inversión llevarán al cumplimiento del ODM 5 y, a su vez, al logro de todos los ODM.

**América Latina y el Caribe cuentan con la capacidad técnica para lograr reducir la muerte materna; es una cuestión de sumar esfuerzos.** Algunas de las áreas de menor avance para lograr una maternidad saludable en la región se verían beneficiadas del fortalecimiento o la creación de sinergias entre los grupos que trabajan para mejorar este problema de salud pública.

**Sabemos lo que hay que hacer: las estrategias eficaces en función de los costos salvan las vidas de las mujeres y las y los recién nacidos.** La gran mayoría de las muertes maternas y neonatales puede impedirse mediante medidas simples y costo-efectivas. Las complicaciones en el embarazo y el parto son comunes, pero imprevisibles.

### El plan de acción

Los gobiernos y la comunidad internacional deben comprometerse a tomar las siguientes medidas para que los servicios esenciales lleguen a todas las mujeres en los países en desarrollo y para alcanzar las metas del ODM 5 en 2015:

**Aumentar la inversión en salud materna, neonatal y reproductiva** en al menos US\$ 12 mil millones en 2010 sobre los actuales niveles de financiación, e incrementar esa cifra anualmente hasta llegar a US\$ 20 mil millones adicionales en 2015<sup>4</sup>.

**Fortalecer los sistemas de salud** para mantener y ampliar las intervenciones esenciales de salud, y subsanar las brechas graves. Entre ellas, un aumento de 2.5 millones en el número de profesionales de la salud (parteras, enfermeras, médicos, y especialistas) y en un millón el de los promotores de la salud para 2015<sup>5</sup>.

**Fortalecer los programas e instituciones de salud materna, neonatal y reproductiva,** y garantizar que la información y los servicios estén disponibles y sean sensibles y respetuosos de las mujeres, especialmente las más pobres y marginadas.

**Desarrollar mecanismos y sistemas de monitoreo y rendición de cuentas** de participación comunitaria que aborden las barreras socioeconómicas, políticas y culturales más amplias que dificultan la atención de la salud materna y neonatal, y contribuyan a la mejora de políticas y programas.

#### REFERENCIAS

- 1 <http://www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.pdf>
- 2 Montenegro R, Stephens C. Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 2006, 367: 1859-69.
- 3 Párrafo 8.25: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia... Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto... En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos..."
- 4 Singh S et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.
- 5 Consenso sobre la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2009.



INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

# Invertir en las mujeres traerá beneficios económicos y sociales de largo alcance.

**Las mujeres más sanas y mejor educadas son económicamente más productivas**, y son cruciales para asegurar una niñez saludable, familias y comunidades fuertes y naciones productivas. La inversión dirigida a la salud materna, neonatal y reproductiva tendrá un impacto dramático y duradero en el tejido económico y social de las naciones en desarrollo.

## **LAS MUJERES SANAS PROVEEN PARA SUS FAMILIAS, COMUNIDADES Y NACIONES.**

Es mucho más probable que los ingresos de una mujer, que los de un hombre, se destinen a la alimentación, educación, medicamentos y otras necesidades de la familia<sup>1</sup>. En casi todos los países, las mujeres toman decisiones importantes sobre la nutrición, atención médica, y el uso de los recursos familiares. El cuidado de la madre es esencial para mantener vivos a sus hijos.

Cuando una mujer muere o se enferma, sus hijos son mucho más propensos a abandonar la escuela, a sufrir problemas de salud, e incluso a morir ellos mismos. La producción y los ingresos de la mujer se pierden para su familia y su comunidad.

Por lo tanto, se salvan muchas vidas – y aumenta el ingreso nacional – cuando las mujeres tienen acceso a una atención médica de calidad a cargo de proveedores calificados antes, durante y después del parto. Más aún, las mujeres que pueden planificar cuándo tener hijos tienen más opciones de vida, corren menos riesgos financieros y de salud, y pueden no verse forzadas a tomar decisiones dolorosas (por ejemplo,

si gastar sus escasos recursos en alimentación o en educación) que pueden perjudicar a sus hijos y, especialmente, a las hijas.

## **INVERTIR EN LA SALUD MATERNA Y NEONATAL ES EFICAZ EN FUNCIÓN DE LOS COSTOS.**

Las investigaciones han confirmado que la atención de calidad prenatal y durante el parto son intervenciones eficaces en función de los costos: se calcula que proporcionar un paquete esencial de servicios en los 75 países donde ocurren casi todas las muertes maternas costaría menos de US\$ 1,50 por persona<sup>2</sup>.

## **LA RENTABILIDAD DE LA INVERSIÓN ES ENORME.**

La salud materna y neonatal tiene un impacto dramático sobre la productividad económica: en 2001, la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos estimó el impacto económico internacional de la mortalidad materna y neonatal en US\$ 15 mil millones en productividad perdida por año<sup>3</sup>.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

Las inversiones en salud materna, neonatal y reproductiva también mejoran otros servicios de salud. Por ejemplo, la provisión de equipos, instalaciones, y entrenamiento para servicios obstétricos de emergencia también permite la realización de cirugías y transfusiones de sangre para accidentes y otras emergencias. Asimismo, las mujeres que utilizan los servicios de salud materna están más predispuestas a aprovechar otros servicios de salud reproductiva, entre ellos, la planificación familiar y detección y tratamiento de VIH y SIDA. Es más, los servicios de planificación familiar reducen la tasa de embarazos no buscados, lo que lleva a una menor cantidad de abortos riesgosos, lo que a su vez reduce los costos de la atención médica.

### **MEJORAR LA SALUD MATERNA, NEONATAL Y REPRODUCTIVA ES ESENCIAL PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.**

La pobreza es una causa implacable y abrumadora de enfermedad y dolencia en los países en desarrollo; a su vez, la mala salud empuja a las mujeres y sus familias hacia una pobreza más profunda.

El ODM 5 – Mejorar la salud materna – es el núcleo de los ODM porque cumplir con este objetivo es crucial para lograr los otros ODM y erradicar la pobreza extrema. Los cambios en políticas y programas necesarios para lograr el ODM 5 ayudarán de forma directa a los otros ODM mediante el empoderamiento de las mujeres y la reducción de la mortalidad infantil, lo que permite avanzar en la lucha contra el VIH y otras enfermedades, apoyar una mayor sustentabilidad ambiental y, finalmente, contribuir a reducir la pobreza y lograr la educación primaria universal.

#### REFERENCIAS

- 1 Jowett M. "Safe Motherhood interventions in low income countries: an economic justification and evidence of cost-effectiveness". Health Policy 53(3):201-28. 2000.
- 2 "World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count", WHO (2005).
- 3 USAID Congressional Budget Justification FY2002: Program, Performance, and Prospects - The Global Health Pillar. [http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/prog\\_perf2002.html](http://www.usaid.gov/pubs/cbj2002/prog_perf2002.html). As cited in Gill K., et al Women Deliver for Development, Background Paper for the Women Deliver conference. FCI and ICRW, 2007.

**El progreso hacia el ODM 5 es posible - sabemos lo que tenemos que hacer. Sabemos el costo y, lamentablemente, sabemos el costo de no hacer lo suficiente.**



588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



#### INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

## La salud materna es un derecho humano.

**Es necesario asegurar el derecho de todas las mujeres a una atención de salud de calidad para prevenir la muerte y morbilidad maternas.** La atención de la salud materna debe estar disponible, ser accesible y de calidad; la omisión de atención es una violación de los derechos de la mujer a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación. Las mujeres también tienen derecho a tomar decisiones reproductivas informadas y voluntarias basadas en información precisa; a prevenir los embarazos no deseados; a no sufrir discriminación o violencia de género; a tener acceso a la prevención, tratamiento y atención del VIH y el SIDA; y a participar en la planificación e implementación de políticas de salud esenciales para que el embarazo y el parto sean más seguros.

#### **TODAS LAS MUJERES TIENEN DERECHO A LA ATENCIÓN QUE NECESITAN PARA SOBREVIVIR EL EMBARAZO Y EL PARTO.**

El no garantizar los derechos humanos de todas las mujeres ha dado lugar a grandes disparidades en mortalidad materna entre países y al interior de los mismos. En Canadá, donde la educación, la planificación familiar y los servicios de salud están al alcance de todos, una mujer cada 11.000 muere por complicaciones del embarazo y el parto. La situación es muy diferente en Haití, donde la pobreza se combina con altas tasas de fecundidad y muy bajos porcentajes (26%) de partos atendidos por personal de salud calificado: allí, muere una de cada treinta y siete mujeres por causas relacionadas con el embarazo<sup>1</sup>.

En todos los países, las mujeres campesinas, indígenas y pobres, así como las mujeres que viven en zonas de

#### **TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS QUE AMPARAN EL DERECHO A LA SALUD.**

- Carta de las Naciones Unidas
- Declaración Universal de Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre mortalidad y morbilidad maternas prevenibles
- Protocolo de San Salvador
- Convención de Belém do Pará
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

conflicto, corren mayores riesgos. Las mujeres que viven con VIH también se enfrentan a un mayor riesgo de morir por causas relacionadas a la maternidad.

### RESPECTAR, PROTEGER Y GARANTIZAR LA SALUD DE LAS MUJERES.

Los gobiernos tienen la obligación de adoptar medidas para prevenir las muertes maternas, que representan una violación flagrante de los derechos humanos básicos de las mujeres<sup>2</sup>. Diversos tratados internacionales establecen la obligación del Estado de respetar, proteger y satisfacer los derechos humanos de las mujeres. Entre ellos está el derecho al más alto nivel posible de salud, e incluye cuatro elementos esenciales e interrelacionados: insumos, servicios, instalaciones y condiciones necesarias para el ejercicio de este derecho. Estos elementos deben estar disponibles y ser accesibles a todas las mujeres sin discriminación alguna, y ser aceptables y de calidad. Los órganos de vigilancia han reconocido explícitamente la mortalidad materna prevenible como una violación del derecho de las mujeres a la vida<sup>3,4</sup>. Cuando se han violado los derechos humanos, personas y organizaciones han recurrido a los tribunales a nivel nacional, regional y de la ONU. En algunos países de ALC se ha logrado el respaldo legal de más alto nivel para los derechos sexuales y reproductivos (ver recuadro).

#### REFERENCIAS

- 1 Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios (EMMUS-IV), Haití 2005-2006, Ministerio de Salud Pública y Población. República de Haití, enero de 2007. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR192/FR192.pdf> (consultado el 5 de enero de 2010)
- 2 Centro para los Derechos Reproductivos, Using the Millennium Development Goals to Realize Women's Reproductive Rights, septiembre de 2008, p. 12.
- 3 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, "What are human rights?" <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, 2008.
- 4 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14, The rights to the highest attainable standard of health, U.N. Doc. E/C. 12/2000/4 (2000), párr. 12. <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>.

## Nuevas constituciones respaldan derechos sexuales y reproductivos.

**Dos de los países con mayores tasas de mortalidad materna en ALC, recientemente promulgaron nuevas constituciones que garantizan los derechos sexuales y reproductivos en un marco de interculturalidad<sup>5,6</sup>.**

La aprobación de las constituciones políticas de Ecuador (septiembre 2008) y de Bolivia (febrero 2009) ha marcado un avance regional al reconocer y garantizar los derechos sexuales y reproductivos con explícita mención a los derechos de los pueblos indígenas. En la Constitución boliviana, por ejemplo, se menciona que "Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural". Por su parte, en Ecuador se responsabiliza al Estado de garantizar el acceso no discriminatorio y equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas modificaciones a la normativa legal sientan las bases para mejorar la situación de desventaja de algunos grupos étnicos que los hace propensos a la muerte materna.

- 5 Mujer Indígena: Salud y Derechos. Diagnóstico Participativo con CIDOB, CNAMIB y CNMCIQB-BS, Cochabamba, julio de 2008. [http://www.family-careintl.org/UserFiles/File/LAC\\_Diagnostico\\_Bolivia\\_web.pdf](http://www.family-careintl.org/UserFiles/File/LAC_Diagnostico_Bolivia_web.pdf) (consultado el 5 de enero de 2010)
- 6 Mujer Indígena: Salud y Derechos. Diagnóstico Participativo con CONAIE. Ecuador, 2008-2009. [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC\\_Diagnostico\\_Ecuador.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/LAC_Diagnostico_Ecuador.pdf) (consultado el 5 de enero de 2010)

Adaptado de "A Call to Global Leaders on Maternal Health as a Human Right", The International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights, septiembre de 2008.

**El ODM 5 se puede lograr si ponemos los derechos humanos de las mujeres en el centro de la ecuación.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100  
[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)  
[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)





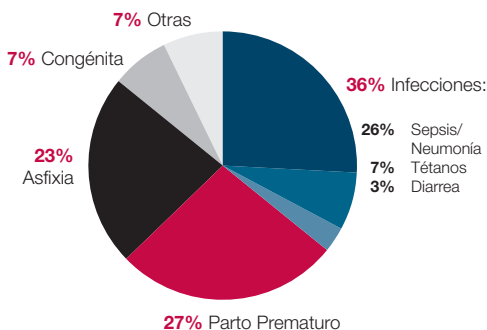
#### INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

# La salud materna y la salud neonatal están íntimamente ligadas.\*

**La salud de las y los recién nacidos está inextricablemente ligada a la de sus madres.** La atención calificada durante y después del embarazo y el parto reducirá sustancialmente la mortalidad del recién nacido. El ODM 4 – Reducir la mortalidad infantil – propone como meta reducir la mortalidad de los menores de 5 años en dos tercios para 2015.

#### CASI CUATRO MILLONES DE RECIÉN NACIDOS MUEREN ANUALMENTE.

A nivel mundial, más de 10.000 recién nacidos mueren cada día; casi cuatro millones de muertes por año. A esto se agregan 3,2 millones de bebés que nacen muertos, un tercio de los cuales mueren durante el parto. En América Latina, mueren 13 bebés por cada 1000 nacidos vivos, cuatro veces más que en los países industrializados (3 muertes por cada 1000 nacidos vivos)<sup>1</sup>. Muchos bebés mueren en el hogar, sin recibir ninguna atención médica formal; sus muertes no son registradas, son invisibles para todos salvo sus familias.



La mayoría de las muertes de recién nacidos se concentra en los países en mayor desventaja. Aun en países cuyas cifras promedio no son tan dramáticas se ocultan importantes diferencias internas: en casi todo el mundo en desarrollo, las familias más pobres tienen menos acceso a la atención, por lo que sus hijos recién nacidos están expuestos al mayor riesgo. En Guatemala, por ejemplo, la mortalidad neonatal es más de tres veces mayor (33 muertes por 1000 nacidos vivos) en la región remota de Petén comparada con la región Central (9 muertes por 1000 nacidos vivos)<sup>2</sup>. De manera similar, los bebés que nacen en comunidades indígenas o afrodescendientes tienen menos probabilidad de sobrevivir al primer año de vida. En Brasil, la probabilidad de que un niño indígena muera antes del año casi duplica el promedio nacional<sup>3</sup>.

#### LA MAYORÍA DE LAS MUERTES DE RECIÉN NACIDOS SON EVITABLES.

**Las tres principales causas directas de muerte de recién nacidos<sup>4</sup>:**

1. Infecciones como la sepsis, la neumonía, el tétanos y la diarrea causan más de un tercio (36%) de las muertes de recién nacidos en todo el mundo.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

2. Los nacimientos prematuros causan el 27% de las muertes de recién nacidos.
3. Asfixia en el nacimiento – la ausencia de respiración al nacer – causa el 23% de las muertes de recién nacidos.

En algunos países como Nicaragua y Honduras, a pesar de sus bajos ingresos per capita, se han logrado disminuir las muertes de recién nacidos<sup>5</sup>. La implementación de acciones costo-efectivas para la reducción de la muerte neonatal como la lactancia materna exclusiva, el uso de antibióticos para infecciones neonatales, la vacunación para prevenir el tétanos y la disminución de barreras para acceder a los servicios de salud no requiere de grandes inversiones económicas ni de la disponibilidad de tecnologías costosas.

El parto y las primeras 24 horas de vida constituyen el mayor riesgo de muerte para una madre y su recién nacido, sin embargo la cobertura de atención es la más baja.

Tres cuartos de los cuatro millones de muertes de recién nacidos por año ocurren en la primera semana de vida, siendo el riesgo mayor de muerte el primer día. Para las madres, los riesgos de muerte y morbilidad son también más altos en el momento del parto y en el período inmediatamente posterior al parto.

### LA ATENCIÓN POSPARTO OPORTUNA PUEDE PREVENIR LAS MUERTES MATEERNAS Y DE LAS Y LOS RECIÉN NACIDOS.

Un retraso de apenas unas horas puede determinar la diferencia entre la vida y la muerte para un bebé con sepsis neonatal o una madre con una hemorragia posparto. Dado que son varios los factores – incluyendo la distancia de los centros de salud, los costos del servicio y las tradiciones culturales – que contribuyen a la

escasa utilización de los servicios de atención posparto, es importante llegar a las madres y los recién nacidos con servicios postnatales asequibles en su casa o cerca de ella. Por medio de estos servicios las mujeres pueden aprender a cuidarse a sí mismas y a sus bebés y a reconocer las señales de peligro de complicaciones, y de esta manera ser derivadas a un centro de salud si es necesaria una atención más compleja.

### LA PREVENCIÓN DEL PARTO EN MUJERES MUY JÓVENES PUEDE PREVENIR LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL.

El acceso a la planificación familiar es importante para prevenir los riesgos asociados al parto en mujeres muy jóvenes, que incluyen un mayor riesgo de muerte materna y neonatal. Los bebés de madres que se encuentran en los primeros años de la adolescencia son más proclives a morir antes de su primer año que los bebés de madres de entre 23 y 29 años de edad<sup>6</sup>.

#### REFERENCIAS

- 1 UNICEF. State of the World's Children 2009. Maternal and Newborn Health. <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09FullReport-EN.pdf> (consultado el 25 de enero de 2010)
- 2 Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Resultados Preliminares. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala, noviembre de 2009.
- 3 UNICEF. The State of Latin American and Caribbean Children, 2008, p 17. [http://www.unicef.org/publications/files/SOLAC\\_2008\\_EN\\_041408.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOLAC_2008_EN_041408.pdf) (consultado el 25 de enero de 2010)
- 4 Lawn, J.E., Cousens, S. y Zupan, J. para The Lancet Neonatal Survival Steering Team. (2005) 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet Neonatal Survival Series. Publicado en línea, 3 de marzo de 2005. <http://image.thelancet.com/extras/05art1073web.pdf>.
- 5 Martines J. et al. para The Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal Survival: a call for action. Lancet, 2005. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/lancet\\_neonatal\\_survival\\_paper4.pdf](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper4.pdf) (consultado el 25 de enero de 2010)
- 6 Phipps MG et al. Young maternal age associated with increased risk of neonatal death. Obstetrics & Gynecology, 2002; 100:481-486.

\* Preparado por: Save the Children USA/Saving Newborn Lives Program

**El ODM 5 se puede lograr, pero se necesitan con urgencia voluntad política e inversión financiera.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



## El ODM 5 *se puede* lograr, pero se necesitan con urgencia voluntad política e inversión financiera.

### **El progreso en salud materna es demasiado lento.**

El Secretario General de la ONU Ban Ki-moon ha señalado que el ODM 5 “es el que avanza más lentamente... de todos los ODM” y corre serio peligro de no alcanzar sus metas para 2015<sup>1</sup>. A nivel mundial, los países en desarrollo redujeron en un 23,6% la tasa de muerte por embarazo y parto entre 1990 y 2005. En América Latina y el Caribe se disminuyó en un 26,3% durante el mismo período. Sin embargo, a pesar de que algunos países latinoamericanos, como Honduras, han logrado grandes avances para reducir la muerte materna, otros países de la región han mostrado un progreso limitado y algunos incluso han perdido terreno. Con el fin de retomar el camino hacia el logro del ODM 5, es necesaria una tasa de reducción anual del 5,5% entre 2005 y 2015<sup>2</sup>.

El Secretario General ha pedido un esfuerzo conjunto a nivel mundial para hacer frente a las necesidades de salud materna en los países en desarrollo y ha instado a los países donantes a aumentar los recursos a niveles suficientes para brindar los servicios básicos necesarios para alcanzar el ODM 5.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### EL RECONOCIMIENTO DEL ABORTO INSEGURO COMO DETERMINANTE DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LATINOAMÉRICA.

América Latina es la región del mundo con la más alta proporción de muertes maternas atribuibles al aborto inseguro. Se estima que más del 20% de los embarazos en la región termina en un aborto realizado en condiciones de riesgo<sup>3</sup>. Las mujeres más jóvenes, las pobres y las que viven en áreas rurales o pertenecen a otros grupos en desventaja son las que mueren con mayor frecuencia a causa de un aborto inducido. Sin embargo, muchos de los gobiernos de la región aún no implementan políticas públicas que reconozcan la importancia del aborto como determinante de las muertes maternas y será difícil tener un impacto en el ODM 5 sin ello. Como agravante, el acceso al aborto seguro está limitado por el estigma, la desinformación y la falta de calidad de los servicios, además de ser legalmente restringido en muchos países.

### LA INVERSIÓN EN SALUD MATERNA, NEONATAL Y REPRODUCTIVA TENDRÁ UN IMPACTO POSITIVO.

Conocemos las intervenciones de salud básica que lograrán reducir la mortalidad materna en los países pobres; el ingrediente clave que falta es el dinero. La inversión financiera en salud materna, neonatal y reproductiva – y la voluntad política para hacer esa inversión – impulsará el progreso para alcanzar el ODM 5.

El ODM 5 no está suficientemente financiado. En 2006, la ayuda internacional para el desarrollo destinada a la salud materna y neonatal fue de sólo US\$ 12 mil millones; las inversiones en planificación familiar también han disminuido a lo largo de los años, cayendo por debajo de US\$ 400 millones en 2006. Esto representa menos de la mitad de la asistencia necesaria para lograr un avance real<sup>4</sup>.

El financiamiento de la salud sexual y reproductiva en ALC es un reto particular. La región recibe solamente una pequeña parte (4.5%) de la inversión internacional para actividades de población<sup>5</sup>. Además, el ritmo de crecimiento del financiamiento ha sido significativamente menor que en el resto del mundo.

El logro de las metas del ODM 5 para 2015 requerirá una inversión global adicional de por lo menos US\$ 12 mil millones anuales en salud materna, neonatal y re-

### OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

#### META 5A:

Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna

#### Indicadores:

- Tasa de mortalidad materna
- Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- Tasa de uso de anticonceptivos

#### META 5B:

Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

#### Indicadores:

- Tasa de natalidad entre las adolescentes
- Cobertura de atención prenatal
- Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

productiva para 2010 y de US\$ 20 mil millones anuales adicionales para 2015<sup>6</sup>. Además de aumentar la inversión global al desarrollo, los países en desarrollo necesitan el compromiso coordinado, predecible y a largo plazo de los donantes, con el fin de planificar de manera efectiva e implementar mejoras en los sistemas y servicios de atención de la salud<sup>7</sup>. Según un análisis reciente, en ALC se requiere una inversión 50% mayor a la inversión nacional e internacional actual para lograr cubrir las necesidades de salud sexual y reproductiva<sup>8</sup>.

### CON VOLUNTAD POLÍTICA E INVERSIÓN, LOS PAÍSES PUEDEN HACER PROGRESOS REALES.

Al comprometerse a realizar las inversiones políticas y financieras necesarias, una serie de países ha demostrado – como lo hizo el mundo desarrollado hace décadas – que el progreso en la reducción de la mortalidad materna es factible y realizable. Honduras, un país en donde la maternidad saludable fue adoptada como una prioridad de las políticas de salud, fue



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### TABLA DE PUNTAJE EN MORTALIDAD MATERNA

Región	País	Ingreso Nacional Bruto per cápita (2005) (US\$) <sup>9</sup>	Tasa de mortalidad materna (2005) (Muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) <sup>10</sup>
África	Ruanda	260	1300
	Mozambique	300	520
Medio Oriente	Marruecos	1.885	240
	Egipto	1.370	130
Asia	Pakistan	820	320
	Vietnam	610	150
América Latina y el Caribe	Haití	430	670
	Bolivia	1.010	290
	Honduras	1.349	280
	Perú	2.663	240
	Nicaragua	870	170
	República Dominicana	3.320	150
	Colombia	3.281	130
	Brasil	4.604	110
	Argentina	4.569	77
	México	7.889	60
Europa	Estonia	9.970	25
	Francia	34.290	10
América del Norte	Estados Unidos	41.490	11
	Canadá	34.540	7



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

capaz de reducir su tasa de mortalidad materna en un 40% entre 1990 y 1997, mientras países vecinos y con circunstancias similares mostraron un progreso limitado durante el mismo período<sup>11,12</sup>. La abogacía política de alto nivel así como una mayor inversión en la provisión de servicios de salud materna estuvieron entre los determinantes del progreso en Honduras.

Los niveles de mortalidad materna pueden variar considerablemente, incluso en países con ingresos per cápita similares. Para determinar la probabilidad de supervivencia de una mujer durante el embarazo y el parto están en juego muchos factores, por ejemplo, las normas culturales, la condición social de las mujeres y las prácticas de salud tradicionales, junto con la estabilidad política y los conflictos militares. Sin embargo, es esencial el compromiso político para reducir los riesgos del embarazo y el parto para las mujeres de todo el mundo.

## REFERENCIAS

- 1 "G-8 Commitment to Maternal and Reproductive Health is a Welcome Boost to Poor Women Worldwide, says UNFPA". 9 de julio de 2008.
- 2 Hill K et al. "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data". The Lancet, 13-19 de octubre de 2007, 370 (9555):1311-1319.
- 3 Sedgh et al. El aborto inducido: tasas estimadas y tendencias mundiales. Lancet 2007; 370: 1338-45.
- 4 UNFPA/NIDI. 2008. "Table 5A. Final Donor Expenditures for Population Assistance by Category of Population Activity, 1996-2006". Financial Resource Flows for Population Activity in 2006. Nueva York, UNFPA.
- 5 Guezmes A. Financiamiento del Programa de Acción de El Cairo: una inversión clave para el desarrollo en América Latina y el Caribe. Presentado en la Reunión de Coordinación Anual del Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna. Montevideo, diciembre de 2009.
- 6 Singh S et al., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.
- 7 Countdown to 2015: The 2008 Report Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. 2008: UNICEF.
- 8 Ibid. 5.
- 9 UNdata, Nueva York, NY: División de Estadística de las Naciones Unidas.
- 10 Mortalidad materna en 2005: estimaciones desarrolladas por OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- 11 Shiffman J. Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries. Am J Public Health 2007, 97(5):796-803.
- 12 Shiffman J, Garcés del Valle AL. "Political history and disparities in safe motherhood between Guatemala and Honduras", Population Development Review 2006; 32(1): 53-80.

**El logro del ODM 5 está a nuestro alcance, pero sólo si la comunidad mundial y los gobiernos nacionales hacen ahora mismo las inversiones necesarias.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

## América Latina y el Caribe cuentan con la capacidad técnica para lograr reducir la muerte materna; la cuestión es sumar esfuerzos.\*

A pesar de la complejidad de los retos regionales para cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, existe la oportunidad de incidir sobre la reducción de la mortalidad materna a través de la creación y el fortalecimiento de alianzas. Las experiencias exitosas en la generación de medidas políticas que han tenido un impacto positivo sobre la salud materna están fundamentadas en redes estrechas de individuos y agrupaciones que lograron aunar su liderazgo en un esfuerzo coherente<sup>1</sup>.

### **LAS MEDIDAS EFICACES PARA REDUCIR LA MUERTE MATERNA SERÁN POTENCIADAS POR ESFUERZOS CONJUNTOS.**

ALC cuenta con importantes redes consolidadas de asociaciones civiles, profesionales y académicas, de mujeres y de gobernantes con una meta común: implementar estrategias efectivas en función de costos para reducir la muerte materna. A pesar de que el campo de acción es amplio y abarca desde factores físicos de la muerte materna hasta determinantes sociales, todas y todos estos actores trabajan hacia un mismo fin. Se requiere de esfuerzos conjuntos y coordinados entre estas figuras para lograr atraer atención hacia la verdadera magnitud del problema, sus dimensiones sociales y las soluciones disponibles.

### **LAS ALIANZAS SON CRÍTICAS PARA AVANZAR EN ÁREAS DE REZAGO.**

Existen ejemplos claros en los cuales la promoción de alianzas sería clave para superar los retos de reducción de muerte materna y neonatal. La articulación entre todos los sectores sociales de desarrollo puede llevar a un abordaje integral del universo de determinantes de la salud materna y neonatal y, así, eclipsar la percepción de que es la responsabilidad exclusiva del sector salud. El trabajo en sinergia con legisladores garantizaría la implementación de los diversos componentes necesarios para la maternidad segura, tales como la asignación de presupuestos o el mantenimiento de los avances progresistas en temas como el aborto seguro o cobertura universal a servicios de salud. Las sinergias con grupos de la sociedad civil fortalecería los sistemas de monitoreo y veeduría social para asegurar el cumplimiento de los derechos en salud materna y salud sexual y reproductiva que, a la fecha, son muy débiles en la región.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### EL GRUPO DE TRABAJO REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (GTR)

El grupo fue fundado en 1998 con el propósito de fomentar la coordinación y colaboración interagencial para la implementación de programas y políticas de reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Su estrategia principal es la creación de alianzas y sinergias entre socios clave. El GTR está formado por agencias técnicas y organismos bilaterales de cooperación, redes profesionales y organizaciones de la sociedad civil<sup>2</sup>. Entre sus objetivos destacan:

- Generar compromisos políticos de alto nivel para la implementación de prácticas basadas en la evidencia.
- Contribuir a movilizar financiamiento global y nacional para la implementación sustentable de programas y políticas de salud materna.
- Promover el monitoreo de estrategias conjuntas para la reducción de las muertes maternas en ALC.
- Dar visibilidad al problema de la mortalidad materna en ALC a través de acciones de advocacy en plataformas globales, regionales y nacionales.
- Generar y diseminar conocimientos, buenas prácticas y lecciones aprendidas en salud materna.

A finales del año 2000, el GTR facilitó un consenso regional – ampliamente avalado por los Estados y la sociedad civil – sobre las áreas de acción prioritarias para asegurar la salud materna y neonatal. El consenso promueve cuatro estrategias principales<sup>3</sup>: 1) fortalecer marcos legales e institucionales para la reducción de la

mortalidad materna (RMM); 2) apoyar intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible dentro de un marco de derechos y de promoción de la salud; 3) aumentar la demanda de servicios de salud de alta calidad, asequibles y accesibles; y 4) establecer sistemas de monitoreo y mecanismos financieros eficaces. El documento ha sido utilizado por gobiernos y agencias para la elaboración de lineamientos y guías y se ha traducido en avances concretos para la salud de las mujeres en nuestra región.

\* Esta tarjeta fue desarrollada después de la firma de las organizaciones adherentes.

#### REFERENCIAS

- 1 Shiffman J. Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries. *Am J Public Health* 2007, 97(5):796-803.
- 2 Actualmente el GTR, bajo el secretariado del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), está integrado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), las ONGs Family Care International y Population Council, el Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y su rama en América Latina (FLASOG), la Confederación Internacional de Parteras (ICM), y la Oficina de las Naciones Unidas para Servicios de Proyectos (UNOPS). De manera asociada participan la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), la Oficina para la Coordinación de la Asistencia Humanitaria (OCHA), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Medioambiente (PNUMA), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR) y el Banco Mundial.
- 3 GTR. Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington D.C., PAHO, 2003 <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2009/DCEI.pdf> Acceso 15/02/2010.

**El GTR ejemplifica una alianza efectiva para la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)  
[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)





INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

## Sabemos lo que hay que hacer: las estrategias de salud eficaces en función de los costos salvan las vidas de las mujeres.

**Las complicaciones del embarazo y el parto están entre las principales causas de muerte de mujeres en los países en desarrollo.** Las complicaciones son imprevisibles, pero muy comunes. De los estimados 210 millones de embarazos anuales, 8 millones resultan en complicaciones que pueden ser letales para la mujer<sup>1</sup>.

Las niñas corren mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo, y por ende, de morir. En el mundo, cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años. Las complicaciones del embarazo son la principal causa de muerte de mujeres jóvenes en los países en desarrollo<sup>2,3</sup>. Las tasas de embarazo adolescente en ALC son más altas que el promedio mundial y destacan en países como Bolivia, Colombia, República Dominicana, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú<sup>4</sup>. A menudo, las mujeres jóvenes enfrentan serios obstáculos para acceder a los anticonceptivos y a servicios de planificación familiar que podrían salvar sus vidas, entre ellos cabe mencionar el desconocimiento de los métodos modernos y proveedores de salud que desalientan el uso de anticonceptivos para las personas jóvenes<sup>5</sup>.

En general, cuando los sistemas de salud funcionan, y todas las mujeres disponen de una atención de calidad, las complicaciones se pueden evitar o tratar, previniendo así las muertes maternas. Es por ello que la mortalidad materna es uno de los mejores indicadores del desempeño general del sistema de salud.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

# Ninguna mujer debería morir dando vida. Sin embargo, demasiadas mujeres continúan muriendo por causas prevenibles.

### TRES ESTRATEGIAS ESENCIALES MEJORAN LOS RESULTADOS

Aunque no existe una varita mágica para resolver todos los problemas de la salud materna, la gran mayoría de las muertes maternas se pueden prevenir a través de medidas simples y efectivas en función de los costos, que pueden implementarse incluso cuando los recursos son escasos.

Las estrategias esenciales y probadas para mejorar la salud materna y neonatal son:

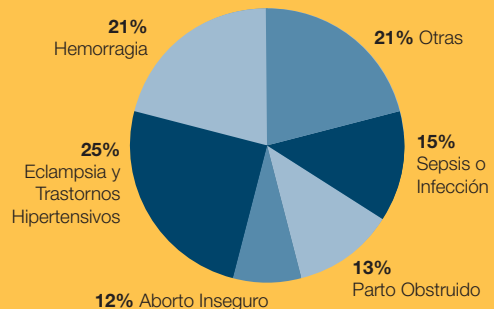
- 1. Acceso a la planificación familiar** – asesoramiento, servicios, insumos
- 2. Acceso a una atención de calidad para el embarazo y el parto**
  - atención prenatal
  - asistencia especializada en el parto, incluyendo atención de emergencia obstétrica y neonatal
  - atención postnatal inmediata para las madres y los recién nacidos.
- 3. Acceso a servicios de aborto seguro**, en donde sea legal (según el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo)

### EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PUEDE OFRECER SOLUCIONES EFECTIVAS PARA TRATAR LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA.

Un sistema de salud en funcionamiento, con un personal bien capacitado y motivado, puede prestar servicios sanitarios eficaces, seguros y de alta calidad a todos los segmentos de la población. El acceso universal a una atención de calidad – brindado en centros de salud, atendidos por personal capacitado, abastecidos con medicamentos esenciales, anticonceptivos e insumos para la salud reproductiva y equipados para proporcionar la gama completa de servicios esenciales – evita complicaciones y muertes maternas y neonatales.

## ¿Por qué mueren las mujeres en ALC?

En los países en desarrollo, hay cinco causas responsables de casi tres cuartas partes de todas las muertes maternas. En ALC, la proporción de muertes maternas atribuibles al aborto inseguro es la más alta del mundo.



**OTRAS:** tuberculosis, anemia, accidentes, asesinatos, suicidios, VIH  
Khan, M et al, "WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review". The Lancet 2006,367 (9516):1066-74.

Cuatro millones de recién nacidos mueren también cada año, principalmente debido a la mala salud de la madre o a la atención inadecuada en las horas, días y semanas críticos después del nacimiento.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

**Las siguientes son intervenciones específicas probadas para prevenir o tratar con eficacia las causas principales de muerte materna:**

**HEMORRAGIA** es un sangrado excesivo o un flujo de sangre anormal.

### **Solución práctica:**

- **Oxitocina y misoprostol**

Estos medicamentos pueden prevenir o detener el sangrado durante e inmediatamente después del parto. El personal calificado debe estar entrenado para su administración, así como para otras técnicas para detener la hemorragia posparto como la tracción controlada del cordón y el masaje uterino<sup>6, 7, 8</sup>.

**PARTO OBSTRUIDO** se produce cuando el feto no puede pasar por el canal del parto. Es más común en niñas y adolescentes, cuyos cuerpos aún no están maduros, y en mujeres cuyas pelvis están subdesarrolladas debido a la desnutrición<sup>9</sup>.

### **Solución práctica:**

- **Cesárea**

El personal calificado debe estar capacitado para realizar este procedimiento quirúrgico: la extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal y el útero para asegurar un nacimiento seguro, cuando el parto obstruido u otras complicaciones hagan que la expulsión vaginal sea imposible o peligrosa para la madre y el bebé<sup>10</sup>.

**ABORTO INSEGURO** es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. Cada año, se llevan a cabo aproximadamente 20 millones de abortos inseguros<sup>11</sup>.

### **Solución práctica:**

- **Planificación familiar**

Es necesario impartir información sobre planificación familiar y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a otros insumos de salud reproductiva a fin de impedir los embarazos no intencionados y no planificados, que a menudo conducen al aborto inseguro.

- **Aborto seguro**

Los servicios de salud reproductiva eficaces incluyen el aborto seguro, en tanto sea legal, un procedimiento médico para poner fin a embarazos no deseados. Los abortos seguros se llevan a cabo por personal de salud capacitado con técnicas adecuadas (incluyendo el aborto con medicamentos y la aspiración por vacío) y en condiciones higiénicas<sup>12</sup>.

- **Atención post-aborto**

La atención post-aborto incluye el tratamiento de emergencia por complicaciones de abortos espontáneos o inducidos, asesoramiento sobre planificación familiar e insumos, y el seguimiento y la derivación a otros servicios de salud reproductiva.

**SEPSIS** es una infección severa, más común durante el período posparto.

### **Solución práctica:**

- **Antibióticos**

Por lo general, el parto en condiciones higiénicas y la atención posparto en un centro de salud, pueden prevenir infecciones en las madres y los recién nacidos. Dado que las infecciones siguen siendo la principal causa de muerte tanto materna como infantil, el acceso a los antibióticos es decisivo para mejorar la salud materna y del recién nacido.

**ECLAMPSIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS** son complicaciones de la presión arterial, que pueden causar convulsiones y hasta la muerte en las mujeres embarazadas antes, durante o después del parto<sup>13</sup>.

### **Solución práctica:**

- **Sulfato de magnesio**

El personal calificado debe estar entrenado en el uso del sulfato de magnesio, un medicamento eficaz, seguro y de bajo costo que reduce el riesgo de eclampsia (convulsiones) y la muerte materna causada por trastornos hipertensivos durante el embarazo.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### REFERENCIAS

- 1 Kamrul Islam, M. The Costs of Maternal-Newborn Illness and Mortality. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006, p. 7.
- 2 OMS. Adolescent Pregnancy, in MPS Notes. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.
- 3 UNFPA. State of the World Population, 2004.
- 4 UNICEF. The State of Latin American and Caribbean Children, 2008, p. 12. [http://www.unicef.org/publications/files/SOLAC\\_2008\\_EN\\_041408.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOLAC_2008_EN_041408.pdf) Acceso 01-25-10
- 5 Youth Coalition. Young People and Universal Access to Reproductive Health, 2009.
- 6 Nordstrom L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstroem H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:781-6.
- 7 Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, Geller SE, Naik V, Bellad MB, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomized controlled trial. The Lancet 2006; 368:1248-5.
- 8 International Confederation of Midwives e International Federation of Gynecology and Obstetrics. Joint Statement: management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage, 2003.
- 9 Kwast BE. 1991b. Puerperal sepsis: its contribution to maternal mortality. Midwifery 7(3):102-106.
- 10 Medline Plus, Medical Encyclopedia, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002911.htm#Definition>.
- 11 OMS. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.
- 12 OMS. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5th edition. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2007.
- 13 Khan KS. Magnesium Sulfate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia, RHL Commentary, (revisado el 8 de septiembre de 2003). The WHO Reproductive Health Library, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

**El acceso a estas soluciones prácticas pueden salvar la vida de incontables madres y recién nacidos, y contribuir a cumplir la promesa del ODM 5.**

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100  
[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)  
[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)



#### INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

## El Plan de Acción

Para salvar las vidas de las madres y las y los recién nacidos y lograr el ODM 5 será necesario invertir en sistemas de salud de alta calidad que puedan ofrecer a las mujeres y sus familias los servicios esenciales que necesitan para **evitar** problemas durante el embarazo y el parto y **tratar** las complicaciones que puedan surgir.

Apelamos a los gobiernos y a la comunidad internacional para que se comprometan a tomar las siguientes medidas necesarias para prestar servicios esenciales a todas las mujeres y para cumplir con el ODM 5 en 2015:

- **Aumentar la inversión en salud materna, neonatal y reproductiva** por encima de los niveles actuales de financiamiento por un monto de al menos US\$ 12 mil millones en 2010, e incrementar esa cifra anualmente hasta llegar a los US\$ 20 mil millones adicionales en 2015<sup>1</sup>.
- **Fortalecer los sistemas de salud** para mantener y ampliar las intervenciones esenciales de salud, y abordar las brechas graves. Entre ellas, incrementar los recursos humanos, aumentando en 2,5 millones los profesionales de la salud (parteras, enfermeras, doctores, y especialistas), y en 1 millón los promotores de la salud para 2015<sup>2</sup>.
- **Fortalecer los programas y las instituciones de salud materna, neonatal y reproductiva**, y garantizar que la información y los servicios sean asequibles, sensibles y respetuosos de las mujeres, especialmente las más pobres y marginadas.
- **Desarrollar mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas** que aborden las barreras socioeconómicas, políticas y culturales más amplias que dificultan la atención de la salud materna y neonatal, y que contribuyan a mejorar políticas y programas.

**Las siguientes medidas de acción son urgentes y necesarias**, y proporcionarán los recursos financieros y humanos para implementar las tres estrategias básicas comprobadas para mejorar la salud materna y salvar vidas:

#### 1. Acceso a la planificación familiar, incluyendo:

- **Consejería** para ayudar a la elección, el uso correcto y la satisfacción en relación con un método de anticoncepción.
- **Servicios** para evitar o retrasar voluntariamente el embarazo.
- **Insumos** tales como medicamentos o dispositivos anticonceptivos.



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

Cuando todas las mujeres y las y los recién nacidos, en todos los países, tengan acceso a estas tres estrategias fundamentales de la salud materna, neonatal y reproductiva, se habrán colocado los cimientos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asegurar que las niñas y mujeres tengan acceso a la planificación familiar salva vidas porque permite que las mismas puedan evitar embarazos no deseados y de alto riesgo. Las mujeres marginadas, entre ellas las que son VIH-positivas, tienen derecho a acceder a una amplia gama de opciones de planificación familiar y servicios de salud sexual y reproductiva.

### 2. Acceso a una atención de calidad para el embarazo y el parto, incluyendo:

- **Atención prenatal**, en la que los proveedores de salud calificados puede ofrecer consejería sobre preparación para el parto, tratamiento de sífilis, prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH y el SIDA, vacunación antitetánica y otras intervenciones que benefician a las madres y sus recién nacidos.
- **La atención especializada** abarca un continuo de atención, que incluye:
  - > *Centros de salud* abiertos las 24 horas, con personal calificado para brindar atención materna especializada, tales como médicos, enfermeras y parteras.
  - > Acceso a la *atención obstétrica y neonatal de emergencia* cuando se producen complicaciones potencialmente mortales.
  - > Acceso a la *terapia antirretroviral*, cuando corresponda.
  - > *Eliminación de los obstáculos* para acceder a servicios, como honorarios en el punto de uso, transporte inadecuado, falta de adecuación cultural de los servicios, estructuras de comunicación deficientes y falta de insumos, medicamentos y equipamiento necesarios para prestar servicios esenciales.

> *Comunidades educadas y movilizadas* que alienen a las mujeres a buscar atención especializada, y las ayuden a acceder a centros de salud adecuados, a tiempo para recibir la atención que necesitan.

- **Atención inmediata después del parto para las madres y las y los recién nacidos** incluye el monitoreo de sangrado excesivo, dolor e infecciones, así como asesoramiento sobre la lactancia materna, nutrición y planificación familiar. Para los neonatos, incluye el abrigo y la lactancia materna inmediata, atención higiénica del cordón umbilical y la identificación oportuna, derivación y tratamiento cuando hay señales de peligro, sobre todo en los bebés con bajo peso al nacer.

**3. Acceso al aborto seguro, en tanto sea legal**, (según el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD), incluidos los procedimientos médicos o quirúrgicos para interrumpir un embarazo no deseado. Estos servicios deben ser prestados por personal de la salud capacitado, regidos por políticas y reglamentos que garanticen el acceso y la calidad, y con el apoyo de una infraestructura de sistemas de salud, equipos y suministros.

#### REFERENCIAS

- 1 Singh S et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009.
- 2 Consenso sobre la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, 2009.

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

info@womendeliver.org

www.womendeliver.org

**INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO**

# Glosario de términos clave

**Aborto médico**

Una opción segura para la terminación del embarazo mediante medicamentos (por ejemplo, mifepristona y misoprostol o solamente misoprostol)<sup>1</sup>.

**Aborto inseguro**

La terminación de un embarazo no planificado, ya sea por personas que carecen de los conocimientos necesarios o en un ambiente carente de estándares mínimos sanitarios o médicos, o ambos<sup>2</sup>.

**Asfixia durante el parto**

Condición en la cual el feto no recibe suficiente oxígeno durante los períodos de dilatación y expulsión, lo que lleva al riesgo de muerte (muerte fetal o neonatal) o discapacidad permanente en el bebé sobreviviente.

**Asistentes calificados**

Personas con conocimientos de partería (por ejemplo, parteras, enfermeras y médicos) que han sido entrenadas en el dominio de las habilidades necesarias para brindar una atención competente durante el embarazo y el parto. Los asistentes calificados deben ser capaces de manejar el parto y la expulsión normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, iniciar un tratamiento y supervisar la derivación de la madre y el bebé para las intervenciones que están fuera de su competencia o que no son posibles en un contexto particular<sup>3</sup>.

**Aspiración por vacío manual**

Una opción segura utilizando un instrumento manual para crear un vacío y evacuar el útero con el fin de interrumpir un embarazo o para tratar un aborto incompleto, ya sea espontáneo o inducido<sup>4</sup>.

**Cobertura de atención prenatal**

La proporción de mujeres embarazadas atendidas al menos una vez durante su embarazo por personal calificado.

**Continuo de atención**

Una aproximación a la salud materna, neonatal e infantil, que incluye la prestación de servicios integrados para mujeres y niños, desde antes del embarazo hasta el parto, el puerperio inmediato y la infancia. Esta atención se produce a lo largo del ciclo de vida y dentro del

sistema de salud y está a disposición de las familias y las comunidades a través de los servicios ambulatorios, clínicas y otros centros de salud<sup>5</sup>.

**Embarazo no deseado/planificado**

Un embarazo que una mujer o niña embarazada decide, por su propia y libre voluntad, que no es deseado.

**Género**

Los roles y responsabilidades socialmente definidos de hombres y mujeres, niños y niñas. La igualdad de género es la igualdad de trato de mujeres y hombres en las leyes y políticas, y la igualdad de acceso a recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general<sup>6</sup>. La equidad de género es la distribución justa y equitativa de los beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres, niños y niñas<sup>7</sup>. La violencia de género apunta a mujeres u hombres, niñas o niños, en base a su género. Incluye, entre otras, la agresión sexual y la violencia doméstica, y se utiliza a menudo como arma de guerra.

**Muerte materna**

La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los primeros 42 días después de la terminación del embarazo, debido a complicaciones durante el embarazo o el parto<sup>8</sup>.

**Necesidad de planificación familiar insatisfecha**

La brecha existente entre los deseos expresos de la madre de demorar o evitar tener hijos y el uso concreto de la anticoncepción. Por lo general expresado en encuestas demográficas y de salud como porcentaje de las mujeres de 15-49 años actualmente casadas y con necesidades insatisfechas.

**Planificación familiar**

El esfuerzo consciente de las parejas o individuos para planificar el número de hijos y regular la frecuencia y la oportunidad de sus nacimientos a través de la anticoncepción, incluyendo también el tratamiento de la infertilidad involuntaria<sup>9</sup>.

**Porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario calificado**

El porcentaje de mujeres que dan a luz asistidas por un trabajador de salud calificado (médico, enfermera o partera).



## INVERTIR EN LAS MUJERES DA RESULTADO

### Prevención de la de la transmisión materno infantil (PTMI)

Esfuerzos realizados para impedir la transmisión materno infantil del VIH. Incluye los siguientes componentes:

- La prevención primaria de infección con VIH de mujeres y hombres en edad reproductiva
- Prevenir los embarazos no deseados en mujeres VIH-positivas
- Prevenir la transmisión del VIH de madres seropositivas a sus hijos durante el embarazo, el parto y el amamantamiento, brindando asesoramiento y pruebas voluntarias y las siguientes intervenciones:
  - > Terapia antirretroviral a la madre al inicio del período de dilatación y a la madre y recién nacido luego de la expulsión
  - > Prácticas seguras de expulsión y alumbramiento (en tanto sea posible), como una cesárea selectiva
  - > Asegurar la primera alimentación del bebé mediante fórmula infantil u otros alimentos en lugar de la lactancia materna
  - > Brindar atención y apoyo a todas las personas infectadas con VIH, y sus familias<sup>10</sup>.

### Proporción de mortalidad materna

El número de muertes maternas durante un período de tiempo determinado por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período<sup>11</sup>.

### Salud materna

La salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

### Salud del recién nacido

El estado de salud durante las primeras cuatro semanas de vida de un bebé.

### Salud reproductiva

El estado de completo bienestar físico, mental y social – no la mera ausencia de enfermedad – en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como sus funciones y procesos.

### Salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos

El derecho de todas las parejas e individuos a la información, la educación y los medios para decidir libre y responsablemente la cantidad, frecuencia y oportunidad de tener hijos, y de acceder a los más altos niveles de

salud sexual y reproductiva. Estos derechos incluyen también el derecho de todas las personas a tomar decisiones respecto a la reproducción libre de toda discriminación, coerción y violencia. Además, todos los individuos tienen el derecho de ejercer una vida sexual satisfactoria, consensuada, segura y placentera<sup>12</sup>.

### Tasa de mortalidad materna

El número de muertes maternas durante un período de tiempo determinado por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) durante ese mismo período<sup>13</sup>.

### Tasa de natalidad entre las adolescentes

El número anual de nacimientos en mujeres de 15-19 años por cada 1.000 mujeres en ese grupo etario.

### Tasa de prevalencia de anticonceptivos

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49) que utilizan, o cuyas parejas utilizan, cualquier forma de anticoncepción.

### REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud, Frequently Asked Clinical Questions About Medical Abortion, Ginebra, 2006.
- 2 PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP), "Preventing Unsafe Abortion, The Persistent Public Health Problem".
- 3 Safe Motherhood Inter-Agency Group. Skilled Care During Childbirth: Information Booklet. Family Care International, 2002. OMS. Making Pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant, Declaración conjunta de OMS, ICM, y FIGO. Ginebra: OMS.
- 4 Organización Mundial de la Salud, Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems, Ginebra, 2003.
- 5 Countdown to 2015 MNCH: The 2008 Report Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival, 2008: UNICEF.
- 6 Transforming health systems: gender and rights in reproductive health. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 7 Ibid.
- 8 Organización Mundial de la Salud, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. 1992.
- 9 Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, Family Planning: A Global Handbook for Providers, Ginebra, 2008.
- 10 UNAIDS, Resources/Questions and Answers, <http://www.unaids.org>
- 11 Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna, 2005.
- 12 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Ginebra: Naciones Unidas, 1994, párr. 7.3.
- 13 Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna, 2005.

**WOMEN  
DELIVER**

588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012, USA  
Tel: 646.695.9100

[info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)

[www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)