



La Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo

Cuando se lanzó la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo en 1987, las muertes causadas por las complicaciones del embarazo y el parto eran un problema poco conocido y bastante ignorado. Diez años más tarde la prevención de estas muertes se ha convertido en una prioridad internacional y muchos países han hecho un significativo progreso en la expansión y mejoramiento de los servicios de salud materna. La iniciativa mundial se ha convertido en una singular agrupación de asociados de más de 100 países, integrada por gobiernos, agencias donantes y de cooperación técnica, organizaciones no gubernamentales y defensores de la salud de la mujer, cuyos socios están trabajando conjuntamente para proteger la salud y la vida de las mujeres, especialmente durante el embarazo y el parto.

¿Qué sabemos?

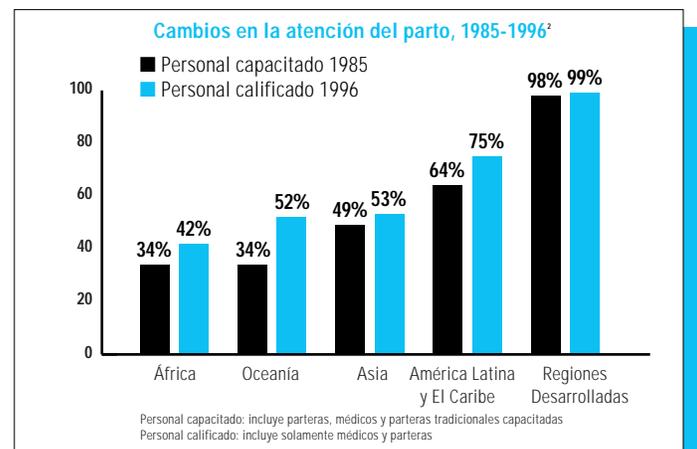
- **Las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de incapacidad y muerte** entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en los países en desarrollo.¹
- **Toda mujer está expuesta a los riesgos** que implica el embarazo. Durante el embarazo toda mujer puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata.
- **Para reducir el número de muertes los servicios de atención materna de buena calidad deben estar disponibles — y deben ser utilizados — en particular durante e inmediatamente después del parto.** Los servicios deberían ser ofrecidos por trabajadores de la salud capacitados; las

unidades de salud y hospitales deberían estar ubicadas lo más cerca posible de donde viven las mujeres y deben estar vinculados con un sistema de referencia y traslado de emergencia.

- **Las estrategias de la Maternidad sin Riesgo deben ser integrales.** Aunque se disponga de buenos servicios de salud, puede que existan barreras sociales, económicas y culturales que impidan a la mujer usar estos servicios. Los programas de Maternidad sin Riesgo enfatizan la necesidad de actuar en la raíz de estas causas, así como en otros problemas de salud reproductiva, incluyendo el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual.

Los próximos diez años

- **En los últimos años la maternidad sin riesgo ha sido aceptada por los gobiernos de todo el mundo.** Estos han iniciado programas con el fin de reducir la mortalidad materna, mejorar los servicios de salud reproductiva y proteger y promover el bienestar y la salud de la mujer, especialmente durante el embarazo y el parto.
- **Con el fin de ayudar a los gobiernos y organizaciones privadas a lograr sus metas en materia de salud materna,** los asociados de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo de todo el mundo, se reunieron en octubre de 1997 para identificar las formas más eficientes y costo-efectivas de mejorar la salud materna. Los participantes discutieron los resultados de investigaciones, nuevas tecnologías, programas modelo y lecciones aprendidas de las experiencias vividas durante la primera década de la Iniciativa. En la reunión se identificaron diez mensajes de acción esenciales para mejorar la salud materna (las hojas informativas sobre el contenido de estos mensajes se encuentran a disposición



del público en general y para audiencias de nivel técnico) y se llegó a un acuerdo sobre los servicios de salud clave que deberían estar disponibles para lograr una maternidad más segura. Este conjunto de servicios se describe en el cuadro de la página siguiente.

■ **Un conjunto integral de servicios para una maternidad sin riesgo debería incluir:**

— **Durante el embarazo: Cuidado prenatal y asesoría.**

Durante el embarazo los trabajadores de la salud deberían: educar a la mujer sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo; ayudar a la mujer y su familia a prepararse para el parto; concientizarlos sobre las posibles complicaciones del embarazo y cómo reconocerlas y tratarlas. Los trabajadores de la salud también deberían identificar y tratar las complicaciones de manera oportuna y mejorar la salud reproductiva de la mujer a través de medidas de prevención (suplemento de hierro, vacuna contra el tétanos) y por medio del diagnóstico y tratamiento de los problemas existentes (tales como las enfermedades de transmisión sexual).

— **Durante el parto: Atención calificada durante el trabajo de parto y el parto.**

Durante el parto toda mujer debería ser asistida por un profesional de la salud con la capacidad necesaria para atender un parto normal, así como para detectar y tratar complicaciones tales como hemorragia, choque e infección. El personal calificado debería tener acceso a sistemas de emergencia y transporte en buen funcionamiento, para así poder trasladar a la mujer a una unidad de salud apropiada donde pueda recibir atención médica de más alto nivel (como sería el caso de una cesárea o transfusión de sangre) cuando sea necesario.

— **Después del parto: Atención postparto.**

Después del parto la mujer debería ser examinada por un trabajador de la salud, a más tardar en los tres días siguientes, para detectar y tratar cualquier problema (como infecciones) sin demora. Una segunda visita postparto en las primeras seis semanas permite a los trabajadores de la salud asegurarse de que la madre y el bebé se encuentren bien de salud; también les permite dar asesoría y apoyo en la lactancia y ofrecer servicios e información de planificación familiar.

— **Antes y después del embarazo: Planificación familiar.**

Deberían darse consejería y servicios en planificación familiar a todas las parejas e individuos, incluyendo los adolescentes y mujeres solteras. Los servicios de planificación familiar deberían ofrecer información completa y asesoría, así como una amplia gama de anticonceptivos modernos, incluyendo la anticoncepción de emergencia, los cuales deberían ser parte de un programa integral que trate también otras necesidades de la salud sexual y reproductiva.

— **Durante todo el ciclo reproductivo de la mujer: Atención relacionada con el aborto.**

En todos los sistemas de salud deberían existir servicios de alta calidad para el control y tratamiento de las complicaciones del aborto realizado en condiciones inadecuadas. Los servicios requieren: personal calificado y autorizado para tratar las complicaciones; equipo apropiado, protocolos de atención y redes de referencia efectivas. Las mujeres que presenten complicaciones en el aborto también deberían tener acceso a otros servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

— **En los lugares donde el aborto es contra la ley deberían existir servicios seguros para la interrupción del embarazo y asesoría de forma comprensiva.* Los trabajadores de la salud deben estar bien informados sobre el estado legal del aborto y las normas para realizarlo. Donde sea posible se debería poner a disposición la tecnología apropiada, incluyendo métodos nuevos, tales como el aborto no quirúrgico.**

— **En la adolescencia: Servicios y educación de salud reproductiva*.**

Todos los jóvenes deberían tener información sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción, capacidad de tomar de decisiones y relaciones entre ambos géneros que les ayuden a tomar decisiones con base sobre la sexualidad y a negociar entre abstenerse de tener relaciones sexuales o tenerlas con protección. Los servicios y asesoría sensibles, respetuosos y confidenciales de salud reproductiva que se ofrecen a las adolescentes casadas y solteras deberían poner énfasis en la prevención de embarazos no deseados, el aborto en condiciones inadecuadas y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

— **Para la mujer y la familia: Educar a la comunidad.**

Los temas claves de salud a impartirse a la mujer y a su familia deberían incluir cómo prevenir embarazos no deseados y evitar el aborto en condiciones de riesgo; cómo reconocer las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto en condiciones de riesgo y a dónde acudir para el tratamiento y a reconocer los peligros de ciertos métodos tradicionales durante el embarazo y el parto. También es necesario educar a los responsables, incluyendo a los esposos, líderes de la comunidad y legisladores de políticas nacionales, para fomentar la maternidad sin riesgo y mejorar la salud y la condición de la mujer.

*Cada copatrocinador de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo lleva a cabo estas actividades de acuerdo con su misión específica.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1: *World Development Report 1993: Investing in Health*. Banco Mundial, Washington, DC, 1993.

2: "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

Copatrocinadores de la Maternidad sin Riesgo

La Maternidad sin Riesgo está dirigida por una alianza única de agencias copatrocinadoras que trabajan conjuntamente para concientizar, establecer prioridades, brindar asistencia técnica e intercambiar información. Cada una de estas agencias realiza actividades para una Maternidad sin Riesgo de acuerdo con su misión específica. Los copatrocinadores son:

UNICEF (El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
Division of Communication
3 U.N. Plaza
New York, New York 10017 USA

UNFPA (El Fondo de Población de las Naciones Unidas)
Technical Branch, Technical and Policy Division
220 East 42nd Street
New York, New York 10017 USA

El Banco Mundial
Health, Nutrition and Population
Human Development Network
1818 H Street, N.W.
Washington D.C. 20433 USA

La Organización Mundial de la Salud
Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Programme
Division of Reproductive Health (Technical Support)
1211 Geneva 27 Switzerland

IPPF
(Federación Internacional de Planificación de la Familia)
Assistant Secretary General
Sexual and Reproductive Health Technical Support Group
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS England

The Population Council
International Programs Division
One Dag Hammarskjöld Plaza
New York, New York 10017 USA

Para obtener mayor información y para solicitar ejemplares adicionales, incluyendo hojas informativas, sírvase comunicarse con la Secretaría de la Maternidad sin Riesgo en:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
New York, New York 10012 USA
Tel: 212 941-5300 Fax: 212 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998

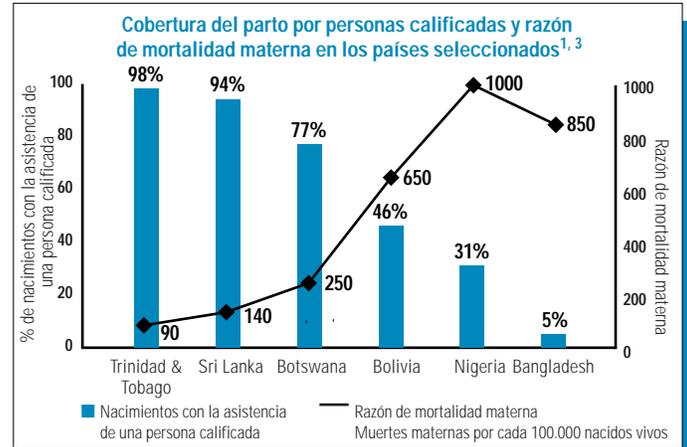


Atención especializada durante el parto

La forma más importante de reducir las muertes maternas es garantizar que un profesional de salud calificado se encuentre presente en cada parto. Sin embargo, hay una gran escasez de estos profesionales en los países en desarrollo. Ya sea por elección propia o por necesidad, cada año 60 millones de mujeres en los países en desarrollo dan a luz sin la ayuda de una persona calificada, solamente bajo el cuidado de una partera tradicional, un pariente o nadie en absoluto.¹

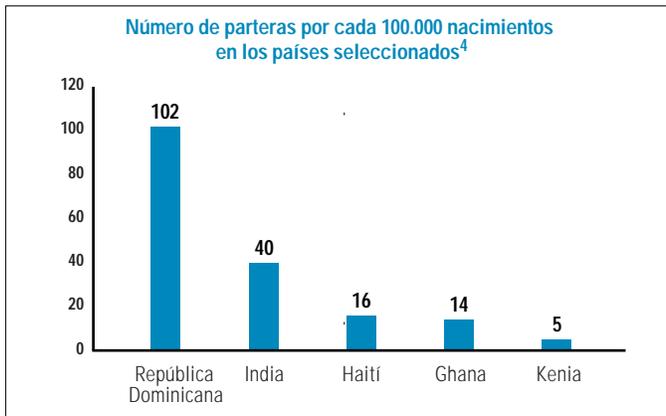
Los partos sin atención son comunes y pueden ser fatales

- Más de tres cuartas partes de todas las muertes maternas en los países en desarrollo suceden durante o poco después del parto.²
- En 1996 solamente el 53% de los partos en los países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de parto especializados. En los países desarrollados la presencia de personas calificadas es casi universal.
- La tasa de mortalidad materna suele ser más alta en los países donde la asistencia especializada durante el parto es baja.



¿Quién debería dar atención durante el parto?

- La persona más indicada para asistir durante un parto es un profesional de la salud con capacitación en el parto y que viva en la comunidad en la que él o ella trabaja, o si no cerca de ésta.
- La mayoría de las parteras trabajan en hospitales y áreas urbanas. Las parteras son escasas en las áreas rurales, donde vive el 80% de la población de los países en desarrollo.



- En algunas partes de Asia y África hay una partera por cada 15.000 partos.⁵
- Los médicos, enfermeras, parteras y otros trabajadores de la salud con capacitación en el parto son asistentes especializados que pueden diagnosticar y tratar complicaciones durante el parto, así como asistir en los partos normales.⁶
- Para que las personas calificadas puedan dar una atención de buena calidad es esencial que cuenten con el equipo, medicamentos y suministros adecuados. Además de esto, los asistentes especializados también necesitan el apoyo de supervisión apropiado. Cuando los partos ocurren en una aldea (en la casa o en una unidad de salud local) debe haber un sistema de transporte de emergencia disponible para llevar a las mujeres a otras instalaciones que puedan proporcionar una atención médica especializada.

Atención en la comunidad

■ Por lo general las mujeres de los países en desarrollo solicitan la ayuda de las parteras tradicionales, que son miembros de la comunidad que atienden partos de acuerdo a sus costumbres y creencias. En algunas comunidades, pero no en todas, puede que estas parteras hayan recibido algo de capacitación que las ayudan a evitar métodos perjudiciales, atender el parto con higiene, reconocer signos de peligro y referir a las mujeres a otras unidades de salud si surgen complicaciones. Sin embargo, sin el apoyo de emergencia (incluyendo traslados al hospital del distrito), la capacitación de las parteras no disminuye el riesgo de las mujeres de morir durante el parto.⁷

■ En muchos lugares, especialmente en Asia y África, las mujeres dan a luz solas o con la ayuda de un pariente.

Partos asistidos por parientes o sin nadie en los países seleccionados⁸

	Con un pariente u otra persona (%)	Sola (%)
Malawi	41	7
Uganda	35	12
Niger	24	17
Nepal	56	11
Paquistán	52	2

Necesidad de capacitación

■ A medida que los países tratan de asegurar que un profesional de la salud calificado se encuentre presente durante el nacimiento de cada niño, tienen que enfrentar un número significativo de problemas:

- Con frecuencia los trabajadores de la salud carecen de la capacitación que se necesita para salvar la vida de las mujeres que tengan complicaciones de emergencia. Esta capacitación incluye la habilidad de prevenir, identificar y tratar problemas tales como choque, hemorragia, infección (sepsis), y eclampsia (convulsiones ocasionadas por la alta presión sanguínea), y de saber tratar las complicaciones del aborto.
- El currículo empleado en la enseñanza de atención de parto por lo general no está actualizado y no incluye

técnicas nuevas e investigación. Muchos de estos currículos son adaptaciones de modelos provenientes de países desarrollados y no reflejan los recursos limitados y las precarias condiciones de trabajo de los países en desarrollo.⁴

- Por lo general la supervisión y cursos de actualización en planificación familiar y salud materna no son adecuados.⁴ En Uganda, por ejemplo, un estudio reveló que solamente el 28% de las parteras habían tomado un curso de actualización.⁹
- Muchos médicos y parteras no tienen capacitación sobre las creencias tradicionales ni los sistemas de comunicación u organización comunitaria.⁴ El conocimiento de estos temas es necesario para asegurar que el trabajador de la salud tenga la aceptación de la comunidad donde presta servicios.

¿Qué se puede hacer?

- Aumentar el número de profesionales de la salud capacitados en el parto en las áreas de menor cobertura de atención, en particular en áreas pobres y rurales.
- Capacitar, autorizar y equipar a las parteras, enfermeras y médicos de la comunidad para que puedan prestar todo servicio obstétrico factible que necesiten las comunidades, especialmente las intervenciones de emergencia y el recetar medicamentos. Establecer sistemas en la comunidad para capacitar, supervisar y dar apoyo a estas prestaciones, así como para vincularlos con unidades de salud de nivel superior como respaldo.

- Actualizar, establecer y expandir programas integrales de capacitación en el parto que incluyan instrucción para salvar vidas durante el tratamiento de emergencias obstétricas.
- Elaborar protocolos bien definidos para la atención básica y el tratamiento de complicaciones.
- Establecer sistemas para supervisar y respaldar a los asistentes de parto capacitados y para traslados de emergencia y tratamiento.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

- 1: "Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.
- 2: C. AbouZahr. "Improve Access to Quality Maternal Health Services". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad Sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
- 3: "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
- 4: "Midwifery Education: Action for Safe Motherhood, Report of a Collaborative Pre-Congress Workshop". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, octubre de 1990.
- 5: J. Fortney. "Ensuring Skilled Attendance at Delivery: The Role of TBAs". Family Health International, Research Triangle Park, NC, 1997.
- 6: WHO/FIGO/International Confederation of Midwives. "Definition of the Midwife", 1992.
- 7: A. Tinker and M. Koblinsky. *Making Motherhood Safe*. Banco Mundial, Washington, DC, 1993.

8: Encuestas demográficas y de salud, países seleccionados, varios años. Macro International, Calverton, MD.

9: "Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF Pre-Congress Workshop". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, mayo de 1996.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY, 10012, USA
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998



La mortalidad materna

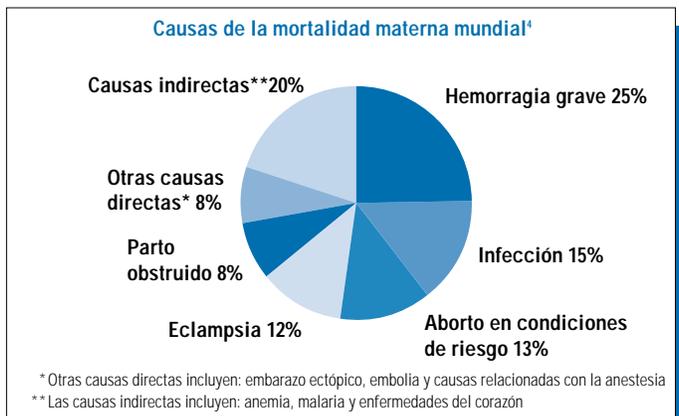
En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año.¹ Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles.¹

Además de la mortalidad materna, ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente.² Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, actualmente sufren de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto.³

La mortalidad materna

■ **Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto.** Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo.

■ **Las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que quedan embarazadas.** Las mujeres en los países en desarrollo tienen que enfrentar este riesgo con mucha más frecuencia, ya que tienen más hijos que las mujeres de los países desarrollados.¹



Riesgo de morir a que están expuestas las mujeres durante el embarazo y el parto¹

Región	Riesgo de muerte
Todos los países en desarrollo	1 en 48
África	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y el Caribe	1 en 130
Todos los países desarrollados	1 en 1.400
América del Norte	1 en 3.700

Las diferencias entre los países son todavía más notables: por ejemplo, en Etiopía una de cada nueve mujeres muere debido a las complicaciones del embarazo, comparado con Suiza con una muerte por cada 8.700 mujeres.¹

La mortalidad infantil

■ **Cada año ocurren casi 8 millones de muertes entre nacidos muertos y muertes neonatales tempranas (en la primera semana de nacidos).** Estas muertes se producen principalmente a causa de los mismos factores que ocasionan la mortalidad materna y la discapacidad, es decir, la salud precaria de la mujer durante el embarazo, la atención inadecuada durante el parto y la carencia de atención al recién nacido.⁴

Según un estudio realizado en Bangladesh la muerte de una madre aumenta grandemente la probabilidad de que sus hijos menores de diez años mueran en los dos años subsiguientes a la muerte de la madre. Esto es más probable que le suceda a las hijas.⁵

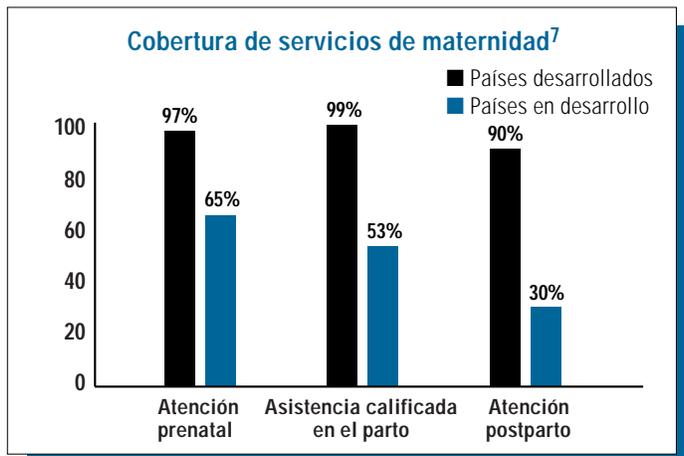
La discapacidad materna

■ **Por lo menos el 40% de las mujeres tienen complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto.** Se estima que el 15% de dichas mujeres se ven afectadas con complicaciones que posiblemente puedan poner su vida en peligro.^{4,6}

Entre las complicaciones a largo plazo se encuentran: dolor crónico, movilidad limitada, deterioro del sistema reproductivo e infertilidad.

¿Por qué mueren las mujeres?

- **La mayoría de las complicaciones maternas ocurren ya sea durante o poco después del parto.** Aún así, muchas mujeres no reciben la atención esencial que su salud necesita durante estos periodos:



— **Durante el embarazo:** El porcentaje de mujeres que acude a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es 63% en África, 65% en Asia y 73% en América Latina y el Caribe. Sin embargo, a nivel de cada país el porcentaje de uso de estos servicios puede ser aún más bajo. En Nepal, por ejemplo, solamente el 15% de las mujeres recibe cuidado prenatal.⁷

— **Durante el parto:** Cada año 60 millones de mujeres dan a luz con la ayuda de una partera tradicional no capacitada o la de un miembro de su familia o sin la ayuda de nadie. En los países en desarrollo casi la mitad de los partos ocurren sin la ayuda de una persona capacitada en atención de partos (tal como un médico o una partera).⁷

— **Después del parto:** La mayoría de las mujeres en los países en desarrollo no reciben atención postparto. En los países y regiones muy pobres tan solo 5% recibe dicha atención.⁷

¿Por qué las mujeres NO acuden a los servicios de salud?

- **Entre los factores que impiden que las mujeres de los países en desarrollo reciban la atención vital que su salud necesita se encuentran:**

- *la distancia a los servicios de salud;*
- *el costo* (el precio de los servicios así como del transporte, medicamentos y suministros);

— *demanda excesiva del tiempo de la mujer;*

— *falta de poder de decisión de la mujer dentro de la familia.*

- **La baja calidad de estos servicios, incluyendo un trato deficiente por parte de los proveedores de la salud, hace que algunas mujeres sean reacias a utilizar dichos servicios.**

¿Qué se puede hacer?

- **Asegurar el acceso a los servicios de salud materna.** La mayoría de las muertes maternas, muchos de los problemas de salud de la mujer y el niño y la muerte de por lo menos 1,5 millones de niños cada año podrían prevenirse a través de:

- *la atención materna básica en todos los embarazos,* incluyendo la presencia de una persona calificada (médico o partera) durante el parto;
- *el tratamiento de urgencia para las complicaciones* del embarazo, parto y postparto; y

— *la planificación familiar postparto y atención básica para el recién nacido.* Dicha atención costaría aproximadamente \$3 estadounidenses por persona al año en países de pocos recursos. La sola atención materna básica por sí sola puede costar como mínimo \$2 estadounidenses por persona.⁸

- **Mejorar la condición social de la mujer y crear conciencia de las consecuencias que se derivan de una salud materna precaria.** Las familias y las comunidades deben animar y ayudar a las mujeres a que reciban el cuidado debido durante el embarazo y el parto.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1: "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.

2: "Healthy Pregnancy and Childbearing," en *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, A.O. Tsui, J. N. Wasserheit y J.G. Haaga, eds. Washington, DC, National Academy Press, 1997.

3: *The Progress of Nations*. UNICEF, Nueva York, 1996.

4: "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

5: M.A. Strong. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh", *Health Transition Review*, 2(2):215-24, 1992.

6: W. Graham. "A Question of Survival? A Review of Safe Motherhood". Ministerio de Salud, Kenia, 1997.

7: "Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

8: "Mother-Baby Package Costing Spreadsheet" (no publicado), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY, 10012, USA
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: sm10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998



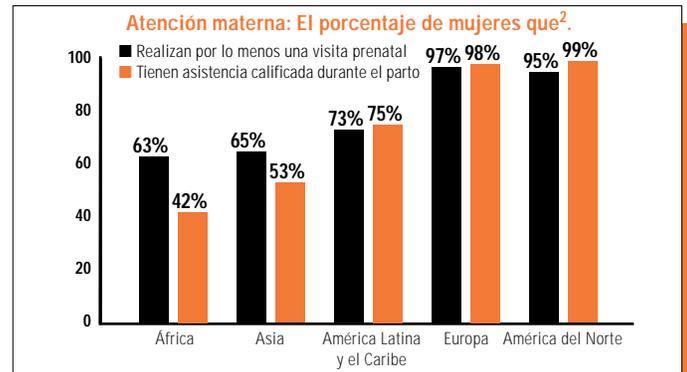
Servicios de salud materna de buena calidad

Existen millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales.¹ Pese a que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante o poco después del parto, menos de la mitad de las mujeres en los países en desarrollo reciben atención médica adecuada durante estos periodos, en contraste con los países desarrollados, donde los servicios para la salud materna son casi universales.

Acceso significa que los servicios estén disponibles y al alcance de las mujeres que los necesiten. Para que los servicios sean de buena calidad, los proveedores de atención en salud deben tener las habilidades clínicas adecuadas y ser sensibles a las necesidades de la mujer; las instalaciones deben contar con los suministros y equipos necesarios y los sistemas de referencia y traslado deben funcionar satisfactoriamente, para asegurar que las mujeres que presenten complicaciones reciban el tratamiento médico esencial.

Son muchas las mujeres que carecen de atención de salud materna

- **Por lo menos el 35% de las mujeres de los países en desarrollo no recibe atención prenatal, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de una persona calificada y el 70% no recibe atención postparto en las seis semanas siguientes al parto.**² La falta de atención es más peligrosa para la vida de la mujer durante las etapas de trabajo de parto, el parto y los días que siguen inmediatamente al parto, ya que durante este plazo existe mayor probabilidad de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer.



¿Por qué las mujeres no utilizan los servicios que están a su disposición?

- **La distancia:** La mayoría de las mujeres campesinas (80%) viven a más de cinco kilómetros del hospital más cercano. La escasez de vehículos y las malas condiciones de las carreteras significa que el principal medio de transporte, incluso para las mujeres a punto de dar a luz, es a pie.¹

*En las zonas rurales de Tanzania el 84% de las mujeres que dan a luz en sus casas tienen intenciones de dar a luz en un centro de salud, pero debido a la distancia y la falta de transporte no pueden hacerlo.*³

- **Alto costo:** Para millones de mujeres no es factible usar los servicios de salud materna, aun cuando las tarifas sean bajas o el servicio sea gratis, ya que existen otros gastos no previstos, tales como el transporte, medicamentos, comida y hospedaje para la mujer o los parientes que la acompañan.

- **Falta de información:** Por lo general, las mujeres y los miembros de la comunidad no saben reconocer, prevenir o tratar las complicaciones del embarazo o no saben cuándo ni adonde acudir en busca de ayuda médica.

*En Ghana el 64% de las mujeres que fallecieron a causa de las complicaciones del embarazo acudieron a un curandero tradicional en busca de ayuda en vez de ir a un centro de salud. Entre las razones principales que dieron las familias por no haber acudido al hospital fueron el costo y que no creían que la mujer estaba lo suficientemente enferma para ello.*⁴

- **Preferencias culturales:** Los servicios de salud regulares pueden estar en conflicto con las ideas de lo que es considerado normal y aceptable, incluyendo preferencias de privacidad, modestia y que los asistentes de salud sean mujeres.

*Las indias Saraguro de Ecuador rehúsan servicios accesibles y asequibles de salud materna que ofrecen los hospitales porque los consideran una intromisión en la privacidad de la mujer durante el parto y porque muchos de los proveedores de la salud son hombres.*⁵

Impacto del precio a las usuarias en las admisiones de obstetricia en Zaria y Nigeria

	Con servicios obstétricos gratis (1983)	Precio de algunos servicios nuevos introducidos (1985)	Al incrementar los precios (1988)
No. de admisiones en obstetricia	7,450	5,437	3,376
No. de partos	6,535	4,377	2,991
No. de muertes maternas	2	1	62

- **La falta de poder de decisión:** En muchas partes del mundo el poder de decisión de la mujer es limitado, aun en los asuntos directamente relacionados con su propia salud.

En Bangladesh por lo general la suegra o el esposo son los que deciden si se debe buscar atención o no. Algunos estudios indican que ellos son los menos indicados para conocer las complicaciones relacionadas con el embarazo y sus posibles consecuencias fatales.⁶

Los servicios de salud son inadecuados

- **Una de las razones más comunes que dan las mujeres para no querer usar los servicios disponibles de salud materna es la baja calidad de los mismos.** Algunos de estos problemas son:

- *Las unidades de salud en los países en desarrollo se ven afectadas permanentemente por la escasez de equipos, medicamentos y suministros básicos, incluyendo sangre para transfusiones.* Las familias de las mujeres que están dando a luz a veces se ven forzadas a comprar medicamentos y suministros y traerlos al hospital, lo cual puede ocasionar demoras fatales.
- *El personal de salud de las unidades médicas con frecuencia no está bien capacitado.* Es posible que carezcan de las habilidades básicas, tanto clínicas como las requeridas para salvar vidas y puede que no se observen las normas de higiene en la prestación de los servicios.
- *A veces los trabajadores de la salud son descorteses, poco comprensivos y afectuosos,* por lo que las mujeres prefieren usar los servicios de parteras tradicionales y curanderos.

- *Otros factores incluyen:* la falta de privacidad, las malas condiciones en que se mantienen las unidades de salud, la inconveniencia del horario en que se ofrecen los servicios y las restricciones sobre quién puede quedarse con la mujer en la unidad de salud.⁸

- **Uno de los impedimentos más grandes para dar atención materna vital es las demoras en el traslado de las mujeres de las unidades de salud de la comunidad a los hospitales.**

En Masavingo, Zimbabwe, un porcentaje significativo de las muertes maternas se debe a “factores evitables”, incluyendo la incapacidad de los trabajadores de la salud para identificar aquellas mujeres que presentan complicaciones serias relacionadas con el embarazo y su falla en no referirlas a un sistema de salud de nivel superior.⁹

- **Según un estudio de 718 muertes maternas en Egipto el 92% se hubieran evitado si se hubiera ofrecido atención de buena calidad.¹⁰**

El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud materna existentes es la forma más rápida y costo-efectiva de salvar la vida de las mujeres:

La buena calidad de la atención médica tiene como meta:¹¹

Satisfacer las necesidades de la mujer:

- Los servicios deberían ofrecerse en las unidades de salud lo más cercanas posible a donde viven las mujeres y que tengan la capacidad de prestar servicios seguros y eficaces;
- Los servicios deberían ser sensibles a las normas culturales y sociales, tales como preferencias de privacidad, confidencialidad y atención por parte de personal femenino;
- El personal debería mostrar respeto y ser sensible con las mujeres, sin juzgarlas.
- Se debería tratar a las mujeres como participantes activas en su propia salud y se les debería ofrecer información y asesoría que las ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud y tratamiento.

Prestar servicios técnicos competentes:

- El personal debería recibir capacitación técnica, clínica, administrativa y de trato interpersonal.
- Normas de atención y protocolos impresos deberían estar disponibles.
- Las instalaciones deberían ser adecuadas, limpias y convenientes;
- Los medicamentos, equipos y suministros necesarios deberían estar disponibles;
- Los servicios de salud reproductiva integral (incluyendo atención de seguimiento) deberían estar a disposición dentro de la misma unidad o a través de vínculos previamente establecidos con otras unidades de salud;
- Debería existir un buen sistema de referencia y transporte funcionando entre todos los niveles de atención (hogar y comunidad, unidades de salud y hospitales regionales o de distrito).



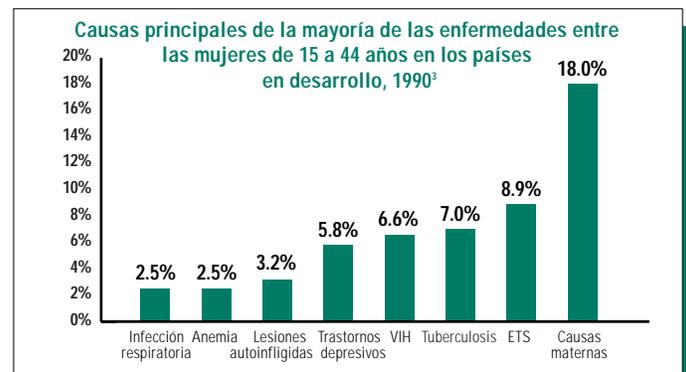
La salud materna: Una inversión socioeconómica vital

La cuarta parte de las mujeres adultas que viven hoy día en los países en desarrollo padecen de algún tipo de enfermedad o lesión relacionada con el embarazo y el parto. Cada año las complicaciones relacionadas con la salud materna son la causa de la muerte de 585.000 mujeres y contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos.¹ Es enorme el costo social y económico que estas discapacidades y muertes traen a las familias, comunidades y a la fuerza laboral y a los países en general.

El costo monetario de prestar servicios de salud materna e infantil básicos que prevengan estos problemas es de tan sólo \$3 estadounidenses como promedio por persona al año en los países en desarrollo; el costo de los servicios de salud materna puede ser de tan sólo \$2 estadounidenses por persona.² El costo total para salvar la vida de una madre o recién nacido es aproximadamente \$230 estadounidenses.

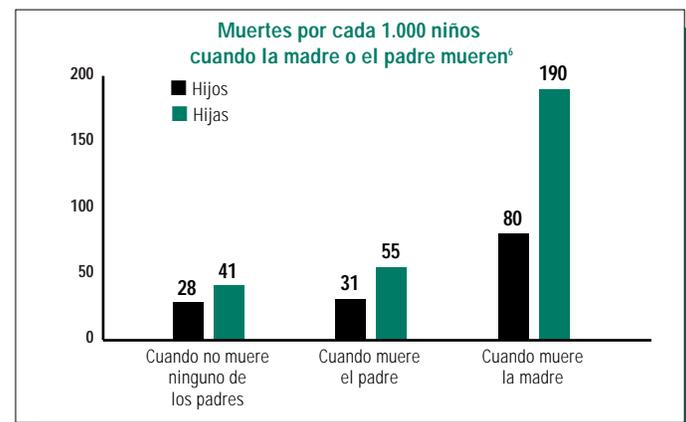
¿Por qué concentrarse en la salud materna?

- En los países en desarrollo el embarazo y el parto son las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad entre la mayoría de mujeres en edad reproductiva. Estos representan por lo menos el 18% de la mayoría de las enfermedades que afectan a las mujeres en este grupo de edad, más que ningún otro problema de salud.³
- Las intervenciones que se hacen en la salud materna son las inversiones más costo-efectivas en el campo de la salud.



El costo para la población infantil

- Por lo menos del 30 al 40% de las muertes infantiles se deben al cuidado precario que las mujeres reciben durante el embarazo y el parto. Estas muertes podrían evitarse con el mejoramiento de la salud materna, a través de atención y nutrición adecuadas durante el embarazo y cuidado apropiado durante el parto.⁴
- La salud y nutrición precarias de la madre contribuyen al bajo peso de los recién nacidos en 20 millones de bebés cada año, casi el 20% de todos los nacimientos. Estos bebés mueren con más frecuencia que los bebés de peso normal y tienen mayor riesgo de adquirir infecciones, desnutrición y padecer de enfermedades incapacitantes a largo plazo, incluyendo problemas de la vista, audición, aprendizaje y retraso mental.⁵
- Los niños huérfanos de madre están más propensos a no recibir asistencia médica y educación a medida que crecen. Un estudio realizado en Bangladesh mostró que cuando



una madre muere, sus hijos (y especialmente las hijas) tienen mayor probabilidad de morir que otros niños cuyos padres están ambos vivos.⁶

El costo económico

- Las mujeres representan el 70% de 1.300 millones de personas que viven en la pobreza absoluta. Cuando la mujer no puede trabajar debido a problemas de la salud, la pérdida de su ingreso, así como los costos del tratamientos pueden llevarla a ella y a su familia a endeudarse.

Un estudio realizado en la India mostró que la incapacidad reduce la productividad de la fuerza laboral femenina en el 20%.⁸

- **Por lo menos el 60% de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo tiene anemia**, lo cual reduce su energía y esto puede disminuir sus ingresos.

Según unos estudios realizados en Sri Lanka y China la anemia reduce la productividad de las mujeres que trabajaban en las plantaciones de té y los molinos. Estos estudios también demostraron el impacto positivo de los suplementos de hierro.⁹

- **Cuando la mujer no puede trabajar, sus hijos pueden sufrir seriamente las consecuencias.** La mujer es más propensa que el hombre a gastar sus propios ingresos para el bienestar de la familia mediante la compra de más alimentos, atención médica, útiles escolares y ropa para los niños pequeños. Cuando la mujer es cabeza de familia que es por lo menos el 20% de los casos en los hogares de América Latina y África, las condiciones precarias de su salud pueden ocasionar problemas serios a la familia.¹⁰

Los beneficios para los gobiernos y los sistemas de salud

- **La prevención y el tratamiento temprano son costo-efectivos.** Millones de muertes prematuras, enfermedades y lesiones pudieran evitarse prestando ayuda a las mujeres para evitar embarazos no deseados y ayudarlas a que sus problemas de salud reproductiva reciban tratamiento oportuno. Estas medidas también ayudan a los gobiernos a evitar el alto costo de tratamientos complejos por problemas de salud no detectados a tiempo más el costo de prestar servicios sociales y de salud a mujeres con enfermedades a largo plazo o a sus familias en caso de la muerte de la madre.
- **Buenos servicios de salud materna pueden fortalecer el sistema de salud en su totalidad.** Una unidad de salud equipada para dar la atención obstétrica esencial, como transfusiones de sangre, anestesia y cirugía, también puede atender accidentes, lesiones y otras emergencias médicas de la comunidad.
- **Lograr que las mujeres confíen en el sistema de salud fomenta la atención médica preventiva.** Las mujeres que reciben buena atención durante el embarazo y el parto estarán más inclinadas a solicitar servicios de salud para sus hijos, de planificación familiar y para otros problemas de salud, incluyendo el tratamiento de enfermedades por transmisión sexual.¹

¿Qué se puede hacer?

- **Los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales y otras agencias donantes deben hacer un esfuerzo conjunto para:**
 - **Reconocer los beneficios sociales y económicos** de una buena salud materna y hacer un esfuerzo por asegurar que la salud materna se incluya en todas las políticas y planes nacionales.
 - **Destinar recursos para lograr que haya servicios de salud materna disponibles**, especialmente en las áreas pobres y rurales. Los recursos de atención de la salud existentes pueden usarse para apoyar las intervenciones más costo-efectivas.
 - **Asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios de salud materna seguros y de buena calidad** que se ofrezcan a nivel comunitario, en unidades de salud y hospitales regionales y de distrito.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

- 1: A. Tinker, "Safe Motherhood as an Economic and Social Investment". Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
- 2: "Mother-Baby Package Costing Spreadsheet" (no publicado). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1997.
- 3: *World Development Report 1993: Investing in Health*. Banco Mundial, Washington, DC, 1993.
- 4: "Perinatal Mortality: A Listing of Available Information". Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1996.
- 5: C. Bellamy, *The State of the World's Children 1998*. UNICEF, Nueva York, 1998.
- 6: M.A. Strong, "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh". *Health Transition Review* 2(2):215-24, 1992.
- 7: *Human Development Report 1995*, United Nations Development Programme, Nueva York, 1995.
- 8: M. Chatterjee, *Indian Women: Their Health and Productivity*. Documento de discusión del Banco Mundial 109, Washington, DC, 1991.

9: *A New Agenda for Women's Health and Nutrition*. Banco Mundial, Washington, DC, 1994.

10: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, *The World's Women: Trends and Statistics*. Las Naciones Unidas, Nueva York, 1991.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
New York, NY, 10012, USA
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998



La maternidad sin riesgo: Un asunto de los derechos humanos y la justicia social

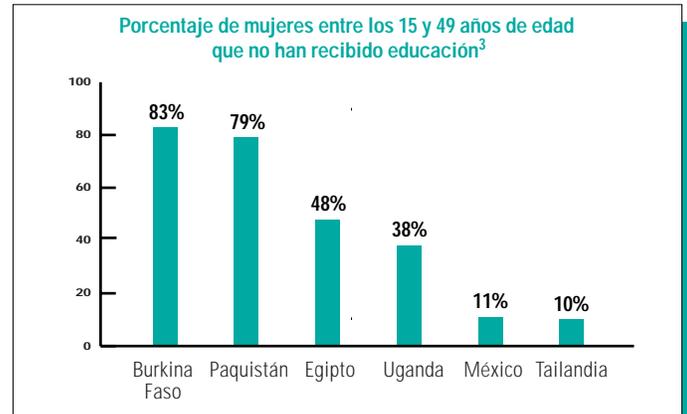
Es una injusticia social que una mujer muera a causa del embarazo o el parto. Dichas muertes tienen raíces en la falta de poder de decisión y desigualdad de acceso de las mujeres al trabajo, finanzas, educación, atención básica de la salud y otros recursos. Estos factores preparan el terreno para una salud materna precaria aún antes de que ocurra el embarazo y la empeoran a la hora del embarazo y el parto.

Por lo tanto, para lograr que la maternidad sea menos riesgosa, se requiere algo más que servicios de salud de buena calidad. Las mujeres deben tener autonomía en sus decisiones y se le deben garantizar sus derechos humanos, incluyendo sus derechos a servicios de buena calidad e información durante y después del embarazo y el parto.

La falta de poder de decisión de las mujeres¹

■ **Millones de mujeres en los países en desarrollo no cuentan con el apoyo social y económico necesario para tener una buena salud y poder llevar un embarazo sin riesgo.** Entre estas limitaciones físicas y psicológicas se encuentran:

- **El acceso limitado a información y nuevas ideas:** En muchas comunidades no se considera que el embarazo requiera cuidado especial, por lo que las mujeres no se dan cuenta de los signos de peligro durante el embarazo. Aún cuando sienten dolores o sufren, puede que se les haya enseñado que esto es inevitable y por ello no acuden en busca de atención médica.
- **La limitación en la toma de decisiones:** En muchos países en desarrollo los hombres son los que deciden cuando tener relaciones sexuales con sus esposas (o compañeras), usar anticonceptivos o tener hijos. En algunos países de Asia y África los esposos, parientes, o ancianos respetados por la comunidad son los que deciden donde dará a luz la mujer y debe otorgarle permiso para ser llevada al hospital.
- **El acceso limitado a la educación:** En la mayor parte de África y Asia, el 75% de las mujeres mayores de 25 años son analfabetas.² Cuando se les niega educación a las jóvenes, como adultas su salud tiende a ser precaria, sus familias más numerosas y el riesgo de muerte que enfrentan sus hijos suele ser mayor.
- **Los recursos limitados:** En los países en desarrollo la pobreza, las tradiciones culturales y las leyes nacionales restringen el acceso de la mujer a las herencias y a los recursos económicos. Sin dinero, no pueden decidir independientemente sobre su salud ni buscar los servicios necesarios.



■ **Los servicios de salud que son insensibles a las necesidades de las mujeres o cuyo personal de salud son descortés, no les ofrecen a las mujeres oportunidades de elección:** En muchas culturas la mujer se resiste a utilizar los servicios de salud porque se siente amenazada y humillada por los trabajadores de la salud o se sienten presionada a aceptar tratamientos que contradicen sus costumbres y su moral.

¿EL DARLE PODER DE DECISIÓN A LA MUJER PUEDE FAVORECER LA MATERNIDAD SIN RIESGO?¹

Permite que la mujer:

- hable abiertamente sobre sus necesidades y preocupaciones en materia de salud.
- acuda a los servicios sin demora y con confianza.
- exija responsabilidad a los proveedores por los servicios prestados y a los gobiernos por sus políticas.
- participe más en el desarrollo social y económico.

El compromiso político con la maternidad sin riesgo⁴

- **Las personas encargadas de elaborar las políticas de cada país pueden establecer una base legal y política para la maternidad sin riesgo al definir la mortalidad materna como “una injusticia social” y como una “desventaja de salud”.** Al hacer esto, ellos comprometen a sus gobiernos a:
- **Exponer la falta de autonomía que enfrentan las mujeres** durante toda su vida y en el embarazo como una injusticia a la que los países deben poner remedio a través de los sis-

temas político, legal y sanitario.

- **Asegurar que todas las mujeres tengan el derecho** de tomar sus propias decisiones sobre su salud libremente, sin coerción o violencia y basadas en una información completa.
- **Garantizar que todas las mujeres tengan acceso** a una atención de buena calidad antes, durante y después del embarazo y el parto.

Utilizar los derechos humanos a nivel internacional para fomentar la maternidad sin riesgo⁴

■ **Para fomentar la maternidad sin riesgo se puede hacer uso de los acuerdos internacionales de derechos humanos (véase más abajo). Estos documentos, al igual que la mayoría de las constituciones nacionales, garantizan:**

- **El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.** Estos derechos requieren que los gobiernos provean acceso a una atención adecuada de la salud y garanticen que los ciudadanos puedan elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos.
- **Los derechos relacionados con la formación de la familia y la vida familiar.** Estos derechos exigen que los gobiernos provean acceso a la atención de la salud y otros servicios que la mujer necesita para formar una familia y disfrutar de la vida familiar.
- **El derecho a los servicios de la salud (incluyendo información y educación) y a los beneficios de los adelantos científicos.** Estos derechos requieren que los gobiernos provean a las mujeres atención de la salud sexual y reproductiva.
- **El derecho a la igualdad sin discriminación.** Estos derechos exigen que los gobiernos aseguren que toda mujer y toda joven tenga acceso a los servicios (tales como educación y atención de la salud), sin importar la edad, estado civil, raza o estrato socioeconómico.

■ **Algunas conferencias y convenciones internacionales recientes establecieron metas específicas con el fin de apoyar y proteger las necesidades reproductivas de las mujeres.**

— Los gobiernos participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 acordaron que los hombres y las mujeres tienen el derecho de decidir si desean tener hijos, cuándo y cuántos y que deben tener acceso a los servicios de salud reproductiva. También se comprometieron a reducir a la mitad el número de muertes maternas para el año 2000 y, a la mitad otra vez para el año 2015. Aunque estos compromisos no son obligatorios, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el cual supervisa la Convención de Mujeres (véase abajo), los usa como estándares para los 161 países signatarios de la Convención.

LOS ACUERDOS INTERNACIONALES SIGUIENTES PROVEEN UN MARCO DE REFERENCIA QUE PUEDE USARSE PARA FOMENTAR LA MATERNIDAD SIN RIESGO:⁴

- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Convención de las Mujeres);
- El Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos;
- El Convenio Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- La Convención sobre los Derechos del Niño;
- La Convención Europea sobre los Derechos Humanos;
- La Convención Americana sobre los Derechos Humanos; y
- La Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos.

Cada uno de estos tratados tiene un organismo de vigilancia que establece normas de desempeño para los países miembros y supervisa su cumplimiento a través de informes periódicos presentados por cada uno de los países.

¿Qué se puede hacer?

■ **Los gobiernos deben proveer un plan de trabajo que asegure una maternidad sin riesgo a través de:**

- **La reforma de leyes y políticas que contribuyen a la mortalidad materna** (por ejemplo: aquellas que restringen el acceso de las mujeres a información y servicios de salud reproductiva) y la implementación de leyes y políticas que protejan la salud de las mujeres (tales como leyes que prohíban el matrimonio entre niños y la mutilación genital femenina).
- **Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a información precisa y a una atención de buena calidad para el cuidado de su salud** e involucrar a las mujeres en el planeamiento, implantación, supervisión y evaluación de los programas de salud.

■ **Los líderes comunitarios, los defensores de los derechos de las mujeres, las organizaciones y los individuos deben:**

- **Darles a las mujeres mayor libertad** para que elijan por sí mismas sobre su vida y salud; animarlas a que cuestionen prácticas injustas; darles la oportunidad de conocer sus derechos en general y en salud; y hacerlas sentir que tienen derecho a la atención médica y a otros servicios.
- **Ayudar a los hombres a entender el papel que desempeñan en la ampliación de las opciones para las mujeres** y, a asegurar su responsabilidad en la vida familiar y conducta sexual.

■ **Todos, incluyendo donantes y defensores de políticas de salud de la mujer deben:**

- **Hacer a los gobiernos responsables de proteger efectivamente los derechos humanos de sus ciudadanos,** informando a las cortes constitucionales y otras entidades de supervisión internacionales sobre cualquier violación de los mismos.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

1: S.J. Jejeebhoy, "Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health". Ponencia presentada en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

2: *The World's Women, 1970-1990, Trends and Statistics*. Las Naciones Unidas, Nueva York, 1991.

3: *Women's Lives and Experiences: A Decade of Findings from the Demographic and Health Surveys Program*. Macro International, Calverton, MD, 1994.

4: R.J. Cook, "Advancing Safe Motherhood Through Human Rights". Ponencia presentada en la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaria.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaria en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY, 10012, EE.UU.
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998



El aborto que ocurre en condiciones de riesgo

Cada año se realizan en todo el mundo* alrededor de 20 millones de abortos en condiciones inadecuadas,** que causan casi 80.000 muertes maternas y cientos de miles de tipos de incapacidad.¹ En algunos países el aborto realizado en condiciones inadecuadas es una de las causas más comunes de la mortalidad materna. Es, sin embargo, una de las más fáciles de prevenir y tratar.

La muerte a causa del aborto en condiciones de riesgo

- Cada día se realizan 55.000 abortos en condiciones inadecuadas, de los cuales el 95% ocurre en países en desarrollo y a los que se les atribuye una de cada ocho muertes maternas. A nivel mundial se realiza un aborto en condiciones inadecuadas por cada siete nacimientos.¹

El aborto en condiciones de riesgo: estimaciones regionales de mortalidad y riesgo de muerte¹

	Riesgo de muerte después de un aborto en condiciones de riesgo	% de muertes maternas por aborto realizado en condiciones de riesgo
África	1 en 150	13%
Asia*	1 en 250	12%
América Latina	1 en 900	21%
Europa**	1 en 1900	17%

*Excluye Japón, Australia y Nueva Zelandia

**Principalmente Europa Oriental

Incapacidad y problemas de salud

- Entre el 10% y el 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesita atención médica por las complicaciones que éste ocasiona.¹
- *Las complicaciones más comunes son:* aborto incompleto, infección (sepsis), hemorragia y lesiones de los órganos internos, tales como perforación o desgarro uterino.¹
- *Entre los problemas de salud a largo plazo se encuentran:* dolor crónico, enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad.
- En muchos países de África hasta el 70% de las mujeres tratadas por complicaciones de aborto tienen menos de 20 años de edad.²

— *Con frecuencia las mujeres solteras y las más jóvenes tienen menos acceso a los servicios e información sobre planificación familiar;* así como menos relaciones sociales y medios económicos para obtener un aborto en condiciones seguras.³ Las mujeres jóvenes también suelen demorar la interrupción del embarazo hasta etapas más avanzadas de la gestación, cuando el riesgo de complicación es mayor.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PELIGROSOS USADOS PARA INDUCIR UN ABORTO:

- Inserción de objetos en el útero (palos, cables, agujas de tejer).
- Beber sustancias venenosas o dañinas (incluyendo hierbas, lejía o tinte para el pelo).
- Tomar dosis peligrosas de medicamentos que se obtienen sin receta médica.
- Duchas vaginales con sustancias cáusticas o venenosas (lejía).
- Daño físico (tirarse por las escaleras, pegarse golpes en el vientre, saltar de lugares altos)

El costo para el sistema de salud pública

- El tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto por lo general requiere varios días de hospitalización, tiempo del personal, así como transfusiones de sangre, antibióticos, analgésicos y otras medicinas.¹
- El tratamiento de estas complicaciones en los hospitales de algunos países en desarrollo consume hasta el 50% del total de su presupuesto.

*La Organización Mundial de la Salud reconoce que los datos sobre el aborto en condiciones de riesgo son escasos y están sujetos a grandes márgenes de error, debido a las limitaciones metodológicas propias de las investigaciones relacionadas con el aborto.

**En esta hoja informativa se utilizarán indistintamente como sinónimos, los siguientes términos: aborto que ocurre en condiciones de riesgo, aborto en condiciones de riesgo y aborto en condiciones inadecuadas.

Las leyes y las políticas sobre el aborto

■ Aunque la definición de “riesgo para la salud” varía ampliamente de un país a otro, en más de 131 países en desarrollo (y en casi todo país desarrollado) se permite la interrupción del embarazo, ya sea por amplias razones económicas o sociales, o por determinadas razones personales o de salud, tales como proteger la salud de la mujer o por los casos de incesto o violación.

■ Los gobiernos de diversos países del mundo han reconocido que el aborto en condiciones de riesgo es un asunto importante de la salud pública. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 los gobiernos exigieron la implantación de servicios humanitarios y de alta calidad para la prevención del aborto en condiciones de riesgo y el tratamiento de sus complicaciones. Los participantes también solicitaron la provisión de servicios seguros de aborto donde esté permitido por ley.

¿Por qué las mujeres recurren al aborto?

La mayoría de las mujeres que deciden someterse a un aborto son casadas o viven en uniones estables y tienen varios hijos.¹ Existen muchas razones por las cuales una mujer puede verse enfrentada a un embarazo no deseado:

- *La planificación familiar está fuera de su alcance:* Por lo menos 350 millones de parejas en el mundo entero no tienen acceso a información sobre planificación familiar y a una gama completa de anticonceptivos modernos.⁷
- *Los métodos anticonceptivos fallan:* De 8 a 30 millones de embarazos al año se deben a falla anticonceptiva, ya sea por usarse incorrecta o irregularmente o por falla del método mismo.⁸

- *La coacción sexual o violación:* Estudios realizados en el mundo entero indican que entre el 20 y el 50% de las mujeres y las jóvenes reportan haber sido sometidas a violación, abuso o coacción sexual.⁹
- *Una gran variedad de razones sociales y económicas, entre ellas:* ser solteras, haber sido abandonadas por sus compañeros, ser adolescentes, encontrarse en una relación de pareja inestable, tener demasiados hijos que mantener o ser pobres.^{10,11}

La mala calidad y la falta de los servicios de salud empeora el problema

■ Aunque el aborto sea legal, no siempre está disponible: En muchos países en desarrollo los trabajadores de la salud, médicos y enfermeras no cuentan con la capacitación adecuada o equipos necesarios. Algunos se rehúsan a practicar abortos porque no entienden las leyes que lo regulan o porque personalmente no aceptan el aborto.¹²

■ El tratamiento del aborto en condiciones de riesgo no es adecuado: Cuando una mujer tiene complicaciones por el aborto, por lo general no tiene a su disposición una buena atención médica. Además, la falta de personal capacitado, equipos y normas, los diagnósticos equivocados, las actitudes negativas de los trabajadores de la salud o la sobrecarga de las salas de urgencia pueden resultar en costosas demoras y poner en peligro la vida de las mujeres que van en busca de tratamiento.³

■ A la mujer tratada por complicaciones de aborto no siempre se le ofrece planificación familiar¹²: Por ejemplo, en Zambia el 78% de las mujeres tratadas por complicaciones de aborto dijo que quería información sobre planificación familiar el 44% quería recibir un método. Sin embargo, tan sólo el 33% recibió esta información y a ninguna se le ofreció un método para ser utilizado.¹¹



La medición del progreso

En la última década muchos gobiernos del mundo se comprometieron a reducir la mortalidad materna a la mitad para el año 2000.* Sin embargo, es difícil disponer de cifras exactas que reflejen la mortalidad materna, razón por la cual los países necesitan otras maneras más confiables y más costo-efectivas para medir su progreso en la meta de reducir la mortalidad materna.

¿Qué es la mortalidad materna?

- **“La muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el mismo o la atención recibida, pero no por causas accidentales o incidentales.”¹**
- **Las estadísticas de la mortalidad materna suelen expresarse como:**
 - **Una razón:** La razón de la mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta medida indica el riesgo de muerte entre las mujeres embarazadas y las que han dado a luz recientemente.^{2,3}
 - **Una tasa:** La tasa de mortalidad materna es el número de muertes maternas por año por cada 100.000 mujeres entre los 15 y 49 años. Esta medida refleja dos tipos de riesgo, el riesgo de morir que corre una mujer a causa de la maternidad y el riesgo de quedar embarazada.
 - **Riesgo durante la edad reproductiva:** El riesgo de muerte durante la edad reproductiva es la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de las complicaciones del embarazo o del parto en cualquier momento de la vida reproductiva. Por lo general se utiliza para ilustrar las diferencias del riesgo que enfrentan las mujeres en los países desarrollados y en desarrollo.³

¿Por qué es difícil medir la mortalidad materna?

- **El subregistro:** El registro exacto de las muertes que ocurren en los países en desarrollo es difícil debido a que con frecuencia la mayoría de las personas mueren fuera del sistema de salud. El subregistro puede ser significativo, como lo muestran algunos estudios según los cuales el verdadero número de muertes maternas era el doble o el triple de lo que originalmente se había reportado.⁴
- **El registro incorrecto:** Los trabajadores de la salud pueden no saber la verdadera causa de la muerte de una mujer o si la mujer estaba embarazada o había estado embarazada recientemente. Aun en los casos en que los trabajadores de la salud tienen conocimiento de estos hechos, no siempre los registran. A veces las muertes se clasifican intencionalmente de forma errónea, en particular cuando están relacionadas con abortos clandestinos.
- **Los métodos utilizados para calcular la tasa de mortalidad materna son con frecuencia complejos y muy costosos.** El número real de muertes maternas que ocurren en un lugar y período determinado es relativamente bajo. Por lo tanto, para obtener estimaciones exactas es necesario encuestar a grupos grandes de población.

¿Qué método de estimación de la mortalidad materna se utiliza actualmente?

- **Para compensar los problemas del subregistro y el registro erróneo, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF desarrollaron un nuevo método para estimar la mortalidad materna.** Las estimaciones hechas para el año 1990 se usan por lo general para los países que no cuentan con datos confiables, pero éstas todavía tienen amplios márgenes de error. Por lo tanto, esas estimaciones deberían usarse tan sólo para describir la magnitud global del problema en cada país, con el fin de:^{3,5}
 - **sensibilizar a los responsables de la formulación de políticas, planificadores de programas y otros interesados,**
 - **estimular la discusión y la acción, y**
 - **movilizar recursos nacionales e internacionales.**
- **Aunque estas estimaciones se pueden usar para observar las tendencias a lo largo de más de una década, no pueden proveer información sobre el progreso a corto plazo en la disminución de la mortalidad materna.**

*Incluyendo la Conferencia Mundial por una Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre Mundial del Niño (1990), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

¿Qué información necesitamos?

- **Para reducir la mortalidad materna es más importante entender por qué mueren las mujeres que saber con exactitud el nivel de la misma.** Dicha información puede encontrarse en:
 - **Los indicadores del proceso**, tales como la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado o nacimientos que ocurren en las unidades de salud.^{6,7} Algunos estudios indican que la reducción de la mortalidad materna depende principalmente del uso por parte de las mujeres de los servicios de salud de buena calidad.
 - **La revisión de los casos médicos** de cierto número de muertes maternas para determinar las causas y circunstancias que las rodean. Existen dos tipos de revisión: la que se centra solamente en lo que sucedió desde el momento en que la mujer llegó a la unidad de salud (como, por ejemplo, si el médico estaba disponible) y la que también investiga lo que sucedió previamente (como, por ejemplo, si hubo algún retraso tratando de llegar a la unidad médica).⁸ Estas revisiones ofrecen información valiosa que puede ser usada para identificar y atender los problemas, ya sea relacionados con la calidad de los servicios o dentro de las comunidades.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA:

Para reducir la mortalidad materna es preciso disponer de servicios obstétricos de alta calidad para tratar las complicaciones más graves. La OMS, UNICEF y UNFPA han desarrollado una serie de indicadores de proceso que se centran en los servicios obstétricos esenciales. Los datos para estos indicadores pueden recopilarse y analizarse en las unidades de salud sin necesidad de realizar extensas encuestas en la comunidad.²

Los indicadores miden:

- la disponibilidad de los servicios,
- el uso de los servicios, y
- el desempeño de las unidades de salud.

Para mayor información sobre estas series ver "Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services", UNICEF, Nueva York, octubre de 1997.

La medición de las enfermedades y las incapacidades maternas

- **Las complicaciones del embarazo pueden causar serios problemas a largo plazo aun cuando se haya evitado la muerte.** Por lo tanto, es importante tratar de evaluar el alcance e impacto de las incapacidades maternas y entender cómo son percibidas y manejadas por parte de las mujeres y comunidades.
- **Sin embargo, puede ser difícil identificar y clasificar las enfermedades e incapacidades maternas.** Aun entre el mismo personal médico calificado puede haber discrepancias en los diagnósticos. Por lo tanto, los expertos no recomiendan que se usen indicadores de morbilidad materna como alternativa a la mortalidad materna para medir el impacto de los programas de maternidad sin riesgo.

¿Qué se puede hacer?

- **Decidir si fijar una cifra de mortalidad materna nacional es la mejor forma de usar los escasos recursos con que se cuenta.** Si se requiere de una estimación para atraer la atención sobre el tema y actuar sobre el mismo, los responsables de tomar las decisiones pueden utilizar las cifras revisadas por la OMS/UNICEF para indicar la magnitud del problema.
- **Utilizar indicadores de proceso para elaborar, ejecutar y evaluar las políticas y programas** basándose en información confiable. Los planificadores de la salud deben tener cuidado y elegir indicadores fáciles de recolectar y que sean los más pertinentes para las actividades que se están realizando.
- **Utilizar ampliamente los resultados de estudios de mortalidad materna y evaluaciones de programas.** Dependiendo del tipo de estudio, la presentación clara de los resultados y recomendaciones de acción pueden ser de gran utilidad para un amplio grupo de personas incluyendo: los responsables de elaborar políticas, proveedores de salud, hospitales, sociedades médicas, grupos comunitarios e institutos de investigación. La participación de la comunidad puede ser de gran ayuda en la realización de los estudios y la identificación y resolución de problemas en base a los resultados.



El embarazo no deseado

Cada año ocurren aproximadamente 200 millones de embarazos en todo el mundo. Cerca de una tercera parte es decir, unos 75 millones, son no deseados. Estos embarazos contribuyen a los problemas de salud materna de dos maneras. En primer lugar, muchos son no deseados debido a que pueden poner la vida de la mujer en peligro o afectar su bienestar; puede que la mujer tenga problemas de salud o le falte el apoyo y los recursos necesarios para tener un embarazo saludable y criar un niño sano. En segundo lugar, en lugares donde las mujeres no tienen acceso a servicios de aborto seguros, muchas recurren a la interrupción del embarazo con procedimientos inadecuados que pueden ocasionarle incapacidad o la muerte.

El embarazo no deseado puede ocasionar la muerte

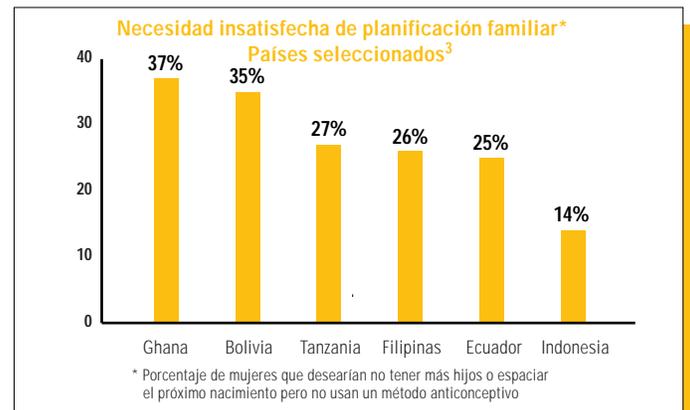
- Cada año se interrumpen aproximadamente 50 millones de embarazos no deseados. Casi 20 millones de estos abortos ocurren en condiciones de riesgo y aproximadamente el

95% de los abortos realizados en condiciones inadecuadas ocurre en los países en desarrollo, ocasionando la muerte de por lo menos 200 mujeres diariamente.²

¿A qué se deben los embarazos no deseados?

- Aunque los embarazos no deseados ocurren por diversas razones, la más común es no usar métodos anticonceptivos o la falla de estos:

- Entre 120 y 150 millones de mujeres casadas desean no tener más hijos o aplazar el siguiente embarazo pero no usan anticonceptivos y otros 12 a 15 millones de mujeres solteras, si bien desean evitar el embarazo, carecen de los medios para hacerlo.¹
- Aproximadamente de 8 a 30 millones de embarazos anuales ocurren a causa de falla anticonceptiva, ya sea debido a que no utilizaron el método de forma continua o a que lo usaron incorrectamente o porque el método falló.⁴



Las tradiciones culturales pueden limitar el uso de los anticonceptivos

- En muchos países las mujeres tienen poco control sobre las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. Las presiones y expectativas sociales determinan lo que es o no aceptable para una mujer, lo cual hace difícil que la mujer pueda protegerse de un embarazo no deseado.
- Los tabúes sociales y la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres le impiden con frecuencia a la mujer el uso de métodos anticonceptivos. Una razón

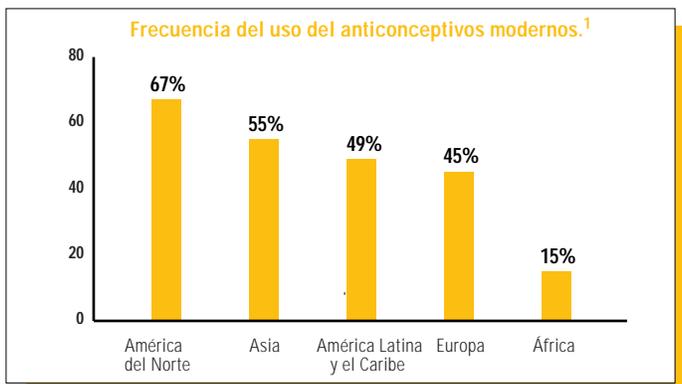
muy común que dan las mujeres para no usar anticonceptivos es la oposición de sus esposos.

- Del 20% al 50% de las mujeres reporta haber sido sometida a abuso o coacción sexual o violación y en consecuencia, corren un mayor riesgo de quedar embarazadas sin desearlo o de tener que enfrentar otros problemas de salud sexual y reproductiva.

Los anticonceptivos todavía están fuera de alcance

- Aunque casi el 60% de los hombres y mujeres de todo el mundo usan métodos anticonceptivos modernos, unos 350 millones de parejas todavía carecen de acceso a una gama completa de métodos de planificación familiar, servicios e información.¹

- Las mujeres no siempre saben dónde recibir servicios de planificación familiar. El porcentaje de mujeres casadas entre los 15 y 49 años de edad que saben dónde obtener un método anticonceptivo moderno varía considerablemente entre regiones: del 22% en Malí al 96% en Zimbabwe; del 45% en Paquistán al 99% en Tailandia; del 61% en Bolivia al 98% en Colombia y el 99% en Trinidad y Tobago.³



■ **El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos entre los hombres es bajo.** En Brasil los condones y la vasectomía representan menos del 4% de todos los anticonceptivos usados en ese país.⁶ Cifras comparables en Irán indican un uso del 6% para los condones y del 1% para la vasectomía.⁷

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La anticoncepción de emergencia es un método para prevenir el embarazo que puede usarse después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. La forma más común de este método es que la mujer tome una dosis especial de píldoras anticonceptivas, denominadas píldoras anticonceptivas de emergencia (PAEs), unas pocas horas o días después del coito. Las PAEs no se consideran una forma de aborto. La anticoncepción de emergencia ofrece muchas posibilidades de evitar los embarazos no deseados, sin embargo aún no está ampliamente disponible en muchos países.⁸

Programas de planificación familiar inadecuados

■ **Aun en lugares donde hay servicios de planificación familiar, puede que estos no respondan a las necesidades y preferencias de la gente.** En muchos países las deficiencias en la calidad de los programas de planificación familiar radica en:

- **Los programas se centran en metas cuantitativas** (como por ejemplo, el porcentaje de mujeres que usan un método anticonceptivo) en vez de ayudar a las usuarias a alcanzar sus metas personales en relación con el número de hijos que desean tener y el momento oportuno para ello.⁹
- **La asesoría e información son deficientes.** Estudios realizados en África Subsahariana indican que solamente del 25 a 54% de los nuevos usuarios de anticonceptivos reciben información sobre los efectos secundarios.¹

— **La promoción de métodos que pueden no ser apropiados** para una usuaria en particular.¹ Es posible que esto suceda porque las instalaciones no cuentan con suficientes suministros de anticonceptivos o porque los proveedores de servicios no dedican el tiempo suficiente para discutir las necesidades de sus usuarias o deciden por ellas qué métodos deberían usar.

— **Insuficiente capacidad médica y procedimientos inadecuados;** por ejemplo durante un examen pélvico, la inserción del DIU o la esterilización, puede causarles dolor o infecciones innecesarias a las pacientes.⁹

— **Falta o deficiencia de conexión con otros servicios de salud reproductiva,** incluyendo el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual que son necesarios para la salud de la mujer y su fertilidad en el futuro.

¿Qué se puede hacer?

■ **Los gobiernos y las agencias donantes necesitan hacer cambios programáticos para:**

- **Asegurar que todas las personas,** incluyendo los adolescentes y las mujeres solteras, tengan acceso a servicios de planificación familiar confidenciales y de buena calidad que ofrezcan una gama completa de métodos, incluyendo anticoncepción de emergencia; respondan a las necesidades y estilos de vida de sus usuarios/as y permitan a hombres y mujeres tener el número de hijos que deseen, mientras se protegen a sí mismos de problemas de salud sexual y reproductiva.
- **Asegurar que todos los proveedores** de atención cuenten con los suministros y las capacidades técnicas y de comunicación necesarios para ofrecer atención de alta calidad.
- **Ofrecer información confiable** y consejos de forma comprensiva a toda mujer con un embarazo no deseado, incluyendo información sobre cuándo y dónde un embarazo se puede interrumpir legalmente.*

Los responsables de la formulación de políticas necesitan tomar en cuenta los factores de índole normativa, social, cultural y económica dentro de las comunidades y a nivel nacional para:

- **Asegurar que la mujer tenga control** sobre su sexualidad y reproducción, modificar la desigualdad de poder entre el hombre y la mujer y fomentar en el hombre un comportamiento responsable y afectuoso en las relaciones sexuales, la anticoncepción, el embarazo y la crianza de los hijos.
- **Atender los problemas de coacción sexual** y todas las formas de violencia sexual contra la mujer.
- **Atender el problema** del embarazo no deseado entre la gente joven y cambiar las actitudes que estigmatizan a las jóvenes que quedan embarazadas.

*Cada uno de los copatrocinadores de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo (véase más abajo) lleva a cabo estas actividades de acuerdo con su misión específica.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

- 1: N. Sadik, The State of World Population 1997. UNFPA, Nueva York, 1997.
- 2: Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion, 3rd edition. Organización Mundial de la Salud, 1997 (en prensa).
- 3: Women's Lives and Experiences: A Decade of Research Findings from the Demographic and Health Surveys Program. Macro International, Calverton, MD, 1994.
- 4: S.J. Segal and K.D. LaGuardia, "Termination of Pregnancy - A Global View". Ballière's Clinical Obstetric and Gynaecology, Vol. 4, No. 2, 235-247, 1990.
- 5: L. Heise, K. Moore, N. Toubia, "Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research". Population Council, Nueva York, 1995.
- 6: Brazil: Programme Review and Strategy Development Report. UNFPA, Nueva York, 1992.
- 7: Islamic Republic of Iran: Programme Review and Strategy Development Report. UNFPA, Nueva York, 1994.
- 8: PATH, "Emergency Contraceptive Pills: Safe and Effective But Not Widely Used". Outlook, 14(2), Septiembre de 1996.
- 9: Reconsidering the Rationale, Scope and Quality of Family Planning Programs. The Population Council, Nueva York, 1994.

Preparado por Family Care International (FCI) y el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaria.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro de la IAG o con la Secretaria a la siguiente dirección:

*Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY, 10012, USA
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998*

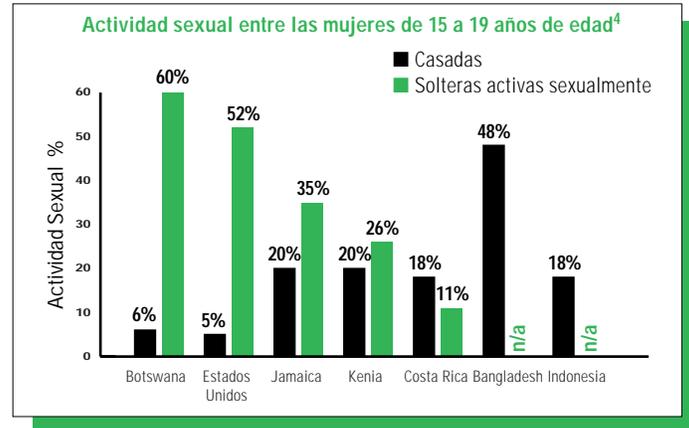


La sexualidad y el parto en la adolescencia

En muchos países el embarazo en la adolescencia es extremadamente común. Cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes*¹. Estas jóvenes están expuestas a considerables riesgos de salud durante el embarazo y el parto. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor.² Debido a que el embarazo es tan frecuente a esta edad y conlleva tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad a todo el mundo ³

El comportamiento sexual y la maternidad

- **A nivel mundial la mayoría de las personas se inician sexualmente durante la adolescencia.** Las tasas más altas se encuentran en el África Subsahariana: en siete de estos países más de la mitad de las jóvenes entre los 15 y 19 años ha tenido relaciones sexuales.⁴
- **Millones de adolescentes son madres.** En el África Subsahariana más de la mitad de las mujeres dan a luz antes de los 20 años de edad. En América Latina y el Caribe esta cifra disminuye a una tercera parte.⁵

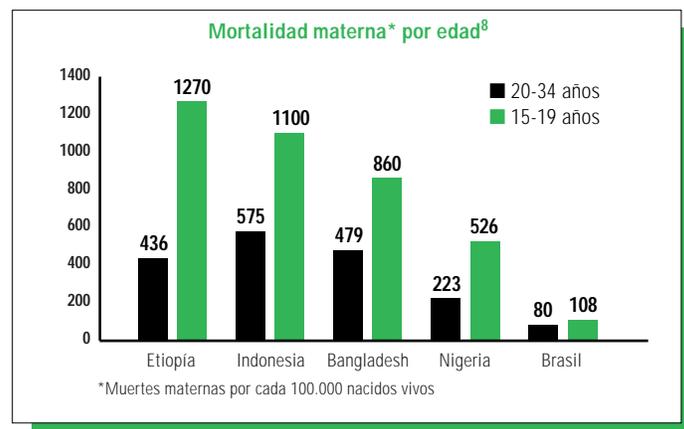


¿Por qué el embarazo en la adolescencia es tan común?

- **La falta de información y servicios:** Los adolescentes por lo general cuentan con poca información sobre los temas de reproducción y sexualidad y poco acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
En Sri Lanka una tercera parte de los jóvenes entre los 16 y 24 años de edad no sabía la duración de un embarazo normal y menos del 5% había hablado sobre salud reproductiva con sus padres.³
- **Valores culturales:** En muchos países en desarrollo la condición de la mujer en la sociedad está determinada por el matrimonio y la maternidad. Los adolescentes con frecuencia se casan temprano; en más de 50 países se permite el matrimonio a los 16 años o menos, y en siete de estos se permite a los 12 años de edad.⁶ Incluso las novias más jóvenes se ven presionadas inmediatamente a demostrar que son fértiles.⁷

Riesgos para la salud

- **Los problemas de la salud reproductiva y la muerte son más comunes entre las adolescentes activas sexualmente que entre las mujeres de 20 a 34 años de edad.⁴ Fisiológica y socialmente, las adolescentes son más vulnerables a:**
 - **La mortalidad materna:** Las jóvenes entre los 15 y 19 años corren un riesgo dos veces mayor de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 34 años de edad.⁴
 - **La mortalidad infantil:** Los niños de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida que aquellos de las mujeres de 20 a 29 años de edad.⁹



*La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de vida entre los 10 y 19 años.

- **Enfermedades de transmisión sexual (ETS):** Cada año a nivel mundial 1 de cada 20 adolescentes adquiere una ETS (incluyendo el VIH/SIDA).³

En el Hospital de Kenyatta en Nairobi, de las jóvenes de 15 a 19 años de edad que habían acudido en busca de atención prenatal, una cuarta parte había contraído una ETS (gonorrea, clamidia o herpes).¹⁰

- **Violencia y abuso sexual:** A las adolescentes les puede faltar confianza y capacidad de decisión para rehusar tener relaciones sexuales no deseadas. Las jóvenes que son sometidas a abuso sexual y violación pueden sufrir graves consecuencias físicas y emocionales para toda la vida.

En entrevistas hechas a adolescentes en Perú y Colombia el 60% dijo haber sido víctima de abuso sexual en el año anterior a la entrevista.¹¹

- **El aborto en condiciones de riesgo:** Cada año ocurren por lo menos cinco millones de abortos provocados entre las mujeres de 15 a 19 años.¹² Debido a que en muchos países el aborto no está permitido por la ley, las adolescentes con frecuencia se someten a procedimientos inadecuados por parte de personas no capacitadas. Como resultado, las adolescentes constituyen un significativo y desproporcionado porcentaje de las muertes e incapacidades que causa el aborto en condiciones de riesgo.¹³

Problemas sociales y económicos

La capacidad de una madre joven de satisfacer sus necesidades y las de sus hijos se puede ver afectada por:

- **Falta de educación:** Con frecuencia las mujeres jóvenes son expulsadas de los colegios si quedan embarazadas y pocas regresan.

En Kenia cada año 10.000 adolescentes abandonan sus estudios a causa del embarazo.

- **Falta de ingresos:** Para las madres jóvenes sin educación o capacitación laboral puede ser muy difícil mantenerse a sí mismas y a sus familias.

Las jóvenes deben tener otras oportunidades

- **Edad para el matrimonio:** Aplazar el matrimonio demora con frecuencia la concepción del primer hijo y también reduce el número total de hijos que una mujer puede tener en toda su vida, ya que le quedan menos años para procrear.⁶

- **Escolaridad:** Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia.⁴ Las mujeres que han cursado siete años o más de educación se casan como promedio cuatro años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación.¹⁴

¿Qué se puede hacer?

- **A largo plazo las políticas y los programas deben tener en cuenta los factores sociales, culturales y económicos subyacentes que contribuyen a la actividad sexual y la maternidad en la adolescencia. Esas políticas y programas deben mejorar la condición de las mujeres y de las jóvenes y ampliar sus oportunidades a través de:**

- **Estimular el apoyo de la familia y la comunidad** con el fin de aplazar el matrimonio y la maternidad.
- **Ampliar el acceso de las jóvenes a una educación y capacitación de mejor calidad** y ayudarlas a desarrollar las habilidades necesarias para competir en el mercado laboral.
- **Aumentar la capacidad de generar ingresos** y de tener acceso a otros recursos para las adolescentes y mujeres en general.

- **A corto plazo es preciso que los programas hagan lo posible para que todos los adolescentes asuman la responsabilidad de su conducta sexual y protejan su salud sexual y reproductiva por medio de:***

- **Eliminar las barreras legales, normativas y culturales** que impiden que los adolescentes obtengan servicios e información sobre salud sexual y reproductiva.

- **Impartir educación apropiada y precisa** a los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, dentro y fuera de las escuelas.

- **Diseñar y presta servicios sensibles y confidenciales de salud reproductiva** que respondan a las necesidades particulares de la gente joven, les ayude a tomar decisiones informadas sobre la sexualidad y a negociar la práctica del sexo seguro y que hagan énfasis en la prevención del embarazo no deseado, el aborto realizado en condiciones inadecuadas y las ETS.

*Cada uno de los copatrocinadores de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo (véase la página siguiente) lleva a cabo estas actividades de acuerdo con su misión específica.



Todo embarazo está expuesto a riesgo

Cada vez que una mujer queda embarazada, lo cual se estima que sucede en el mundo unos 200 millones de veces al año, corre el riesgo de complicaciones repentinas e impredecibles que pueden ocasionarle la muerte o lesiones, u ocasionar lesiones o la muerte a su recién nacido. Por lo menos el 40% de todas las mujeres embarazadas tiene algún tipo de complicación durante el embarazo. Y aproximadamente en el 15% de ellas las complicaciones pueden poner en peligro su vida y demandar atención obstétrica inmediata.

¿Qué mujeres corren riesgo?

- El “riesgo materno” se define como la probabilidad de morir o de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo o del parto.²
- Algunas mujeres tienen más probabilidad que otras de sufrir complicaciones durante el embarazo (por ejemplo, si ya tuvieron una complicación durante un embarazo anterior). Sin embargo, es prácticamente imposible predecir qué mujer en particular presentará complicaciones que pongan su vida en peligro.³

¿Qué es la “evaluación del riesgo”?

- La evaluación del riesgo es una herramienta utilizada por los sistemas de salud con el propósito de clasificar a las mujeres gestantes en categorías de riesgo, que por lo general son “alto riesgo y bajo riesgo”, de acuerdo con ciertas características sociales, demográficas o físicas, tales como su nivel de escolaridad, edad, estatura y número de embarazos.³ Idealmente, a las mujeres clasificadas como de “alto riesgo” se les debe prestar especial atención para prevenir o para tratar cualquier problema que presenten. Por lo general, la evaluación del riesgo forma parte de los servicios de atención prenatal.
- La evaluación del riesgo se elaboró para ayudar a los proveedores de salud a dedicar su tiempo y sus recursos a las mujeres que más lo necesitaran, especialmente en las comunidades de escasos recursos. Sin embargo, un análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud indicó que la evaluación del riesgo no ha sido una estrategia eficaz en la prevención de la mortalidad materna.⁴

¿Por qué no funciona la evaluación del riesgo?

- Las amplias características utilizadas por la mayoría de los sistemas de evaluación del riesgo no son lo suficientemente precisas como para predecir el riesgo individual de cada mujer.^{2,5,6} Como resultado de esto muchas mujeres se clasifican en la categoría de “alto riesgo”, aunque nunca lleguen a presentar ninguna complicación.

Según un estudio realizado en Zaire el 90% de las mujeres clasificadas en la categoría de “riesgo” a causa de parto obstruido no tuvo ningún problema durante el parto.

- La mayoría de las mujeres que presentan complicaciones no tenían factores de riesgo y por lo tanto, son clasificadas en la categoría de “bajo riesgo”.

El mismo estudio en Zaire reveló que el 71% de las mujeres que sí tuvieron parto obstruido no tenía un historial médico que indicara problemas.

- Aunque se identifique correctamente a la mujer que corre riesgo de complicaciones, no hay garantía de que reciba el cuidado apropiado. Muchos sistemas de salud no pueden prestar los servicios adecuados. También puede que las mujeres no puedan o no deseen buscar atención médica cuando se les dice que son de “alto riesgo”. Puede que no cuenten con los recursos económicos para pagar los servicios, que estén muy ocupadas, que encuentren oposición en la familia o simplemente que no quieran ir.

Cuando falla la evaluación del riesgo

- **Las mujeres pueden no recibir una atención vital.** Las mujeres que son identificadas de “bajo riesgo” pueden desarrollar un sentimiento de seguridad falso. Si esto sucede, puede que no reconozcan los signos de las complicaciones y no busquen los servicios apropiados.⁵
- **El costo personal y los inconvenientes son altos.** Las mujeres que son identificadas de “alto riesgo” pueden perder un tiempo valioso y gastar su escaso dinero buscando un tratamiento innecesario.
- **Los sistemas de salud están sobrecargados:** El diagnóstico equivocado de las gestantes puede crearles serios problemas a los sistemas de salud. Puede que estén sobrecargados y que tengan que gastar el escaso tiempo y recursos con que cuentan en tratamientos innecesarios para las mujeres de “alto riesgo”, quienes en efecto nunca presentarán complicación alguna.³
- **Ya que con la evaluación del riesgo no se puede predecir cuáles mujeres tendrán complicaciones durante el embarazo, es de suma importancia que toda mujer que esté embarazada, de parto o que recientemente haya tenido un bebé tenga acceso a atención de salud materna de alta calidad. Esta atención debe incluir servicios para el tratamiento de las complicaciones graves del embarazo, se presente o no la necesidad.**

¿Qué se puede hacer?

- **Los gobiernos y las instituciones de la salud necesitan darse cuenta de que cada embarazo es diferente y deben asegurar que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de salud materna de alta calidad por medio de:**
 - **Educar a las mujeres y a sus familias** acerca del riesgo de las complicaciones que enfrentan todas las mujeres y sobre qué medidas deben tomar cuando surge un problema.
 - **Dar la atención adecuada** lo más cerca posible de la vivienda de la mujer. Los servicios deben incluir atención de parto en condiciones higiénicas, a cargo de trabajadores de salud que hayan recibido capacitación en el parto, diagnóstico oportuno de las complicaciones, referencia y traslado apropiados y tratamiento de la paciente que presenta complicaciones hasta que pueda ser trasladada en condiciones seguras a un nivel superior de atención.
- **Asegurar que un sistema de comunicación y transporte que funcione** vincule a los trabajadores de la salud que trabajan en las comunidades con las unidades de salud y hospitales, para que la mujer con complicaciones del embarazo pueda recibir atención médica de forma apropiada y oportuna.
- **Mejorar el bienestar general de la mujer** y su salud reproductiva a través de métodos de prevención y diagnóstico y tratamiento de los problemas existentes que contribuyen a una salud reproductiva precaria.

Nota: En esta hoja informativa el uso del género masculino, cuando se incluyen sustantivos femeninos y masculinos, es para observar las reglas de la gramática española y para hacer más fácil la lectura sin ninguna intención de resaltar el género masculino sobre el femenino.

Fuentes:

- 1: M. Koblinsky y colaboradores, “Mother and More: A Broader Perspective on Women’s Health”, en M. Koblinsky y colaboradores, *The Health of Women: A Global Perspective*. Westview Press, Oxford, 1993.
- 2: B. Winikoff, “Maternal Risk”. Trabajo presentado en el Simposio de Berzelius, Estocolmo, Suecia, 1991.
- 3: W. Graham, “Every Pregnancy Faces Risk”. Presentación en la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo en Sri Lanka, 18-23 de octubre de 1997.
- 4: C. Rooney, “Antenatal Care and Maternal Health: How Effective Is It? A Review of the Evidence” (OMS/MSM/92.4). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- 5: E.A. Yuster, “Rethinking the Role of the Risk Approach and Antenatal Care in Maternal Mortality Reduction”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 50(2), 1995.
- 6: J.E. Rhodes, “Removing Risk from Safe Motherhood”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 50(2), 1995.
- 7: D. Maine, *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Center for Population and Family Health, Columbia University, Nueva York, sin fecha.

Preparado por Family Care International (FCI) junto con el Grupo Inter-Agencial para una Maternidad sin Riesgo (IAG). El IAG incluye el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council; FCI desempeña las funciones de Secretaría.

Estas hojas informativas también han sido preparadas en forma más detallada para un público de nivel técnico. Para obtener mayor información o solicitar ejemplares adicionales, sírvase comunicarse con cualquier miembro del IAG o con la Secretaría en la siguiente dirección:

Family Care International
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY, 10012, USA
Tel: (212) 941-5300
Fax: (212) 941-5563
Correo electrónico: smi10@familycareintl.org
Página Web: www.safemotherhood.org
1998