

ODM 5: Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

El PdA de la CIPD hace un llamado a alcanzar dos reducciones en las razones de mortalidad materna (RMM): reducirlas a la mitad una vez entre 1990 y 2000, y de nuevo a más tardar en el año 2015. El ODM 5 se propone una reducción de tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo cual equivale al mismo resultado final. Adicionalmente, la CIPD propone lo siguiente:

“Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos, y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública.” (CIPD, párrafo 8.21)

El PdA de la CIPD ofreció un punto de partida para el ODM 5, ya que su Capítulo VIII hace recomendaciones específicas acerca de cómo reducir la brecha entre las RMM de 1990 y las Metas del 2015. Entre estas se incluyen la promoción de la atención prenatal, la atención postnatal, la atención durante el parto, programas de nutrición materna, asistencia adecuada durante el parto, emergencias obstétricas, atención a complicaciones del aborto y servicios de planificación familiar.

En la región de ALC, se estima que las RMM han permanecido constantes, en alrededor de 190 por cada 100,000 nacidos vivos, durante los últimos diez años, mientras que el número de muertes maternas permaneció en alrededor de 22,000 al año, revelando un avance insuficiente hacia la Meta del ODM (CEPAL, 2005 a). Actualmente, sólo Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Santa Lucía y Uruguay presentan niveles por debajo de 50 muertes por cada 100,000 nacimientos. En Haití, la RMM ha alcanzado un nivel de 520 por cada 100,000, mientras que en Bolivia la disminución de 390 a 310 por cada 100,000, entre 1994 y 2000, todavía deja a la RMM bastante por encima de la meta de la CIPD de 125 por cada 100,000 establecida para el 2005.

Por otro lado, es probable que los números sean subestimados a consecuencia de la subnotificación y la clasificación errónea de las causas de muerte. En el Brasil, la Universidad de São Paulo hizo una revisión de la mortalidad entre las mujeres de 10 a 49 años de

edad, con énfasis en la mortalidad materna, y encontró que, en realidad, la RMM sería aproximadamente un 67% más alta que lo que se informó en el 2002 para 25 capitales estatales y el Distrito Federal (Brasil, 2004). En consecuencia, el Ministerio de Salud multiplicó los datos del 2002 por un factor de corrección de 1.4. En el Perú, de acuerdo con ajustes hechos por UNICEF, la OMS y el UNFPA, la razón en el 2000 todavía tenía un nivel alto, de 410.

Pocos países en la región han logrado reducir las tasas de mortalidad materna. Belice es uno de ellos. El país redujo su RMM de 300 a 40 por cada 100,000 entre 1990 y 2003, rebasando en gran medida la reducción del 75% indicada por la Meta 6. Sin embargo, el MDGR de Belice (2005) advierte que las tendencias del país son susceptibles de cambios drásticos como resultado del reducido tamaño de su población. Argentina logró reducir su razón de mortalidad materna en 33% entre 1990 y 2000 (de 52 a 35 por cada 100,000). Entre los países latinoamericanos, sobresale el desempeño de Uruguay. Uruguay tiene una de las RMM más bajas en el continente (por debajo de 20 por cada 100,000 en el 2000), y alrededor del 99% de todos los nacimientos son asistidos por profesionales médicos. El MDGR uruguayo (2004) también destaca el hecho de que la estrategia para reducirla aún más reside en evitar los embarazos de alto riesgo desde un inicio.

El MDGR (2004) de Costa Rica considera que en el año 2000 se evitaron alrededor del 80% de los casos potenciales de muertes relacionadas con el embarazo y el nacimiento. Ya se alcanzó la meta de que el 97% de los nacimientos tengan lugar en hospitales, ya que el porcentaje en el 2003 fue del 99.4%. En Guyana, si bien alrededor del 80% de los nacimientos son atendidos por profesionales médicos calificados, la RMM continúa teniendo un nivel alto, de 122 por cada 100,000 (2000). No obstante, se ha logrado un avance significativo, ya que en 1995 fue de 230. A pesar de ello, todavía se encuentra muy por detrás de los 60 que se tenían como objetivo para el 2015. Similarmente, en la República Dominicana la razón descendió de 229 a 178 por cada 100,000 entre 1996 y 2002. El MDGR nacional atribuye el cambio a las tasas de fecundidad en descenso y al uso de métodos anticonceptivos, y lista a los embarazos adolescentes y la violencia doméstica como factores que agravan las estadísticas actuales.

Mientras tanto, en países como Jamaica, Nicaragua (con una razón de 121 por cada 100,000 nacimientos), Panamá (60 por cada 100,000 nacimientos) y Paraguay (160 por cada 100,000 nacimientos), ha habido poco avance. En Paraguay la situación al parecer incluso ha empeorado un poco con respecto a 1990, cuando la razón fue de 150. En Nicaragua, la mortalidad materna fue la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a lo largo de la década de 1990 (Nicaragua, 2003). En el Brasil, el avance es difícil de evaluar debido a cambios en el sistema de recolección de datos.

Por lo general se asume que la mortalidad está estrechamente asociada con la pobreza, en su mayoría porque el riesgo de mortalidad materna es notoriamente más alto en los hogares pobres, particularmente si están geográficamente aislados. Graham et al. (2004), por ejemplo, muestran que la proporción de mujeres sin educación formal o acceso a agua

potable en el Perú, entre otros países, era significativamente más alta entre aquellas mujeres que morían a consecuencia de mortalidad materna que entre aquellas que morían por otras causas. Al parecer es plausible que una muerte materna también puede agravar la pobreza de un hogar, aunque en la mayoría de los países el número de muertes maternas es tan pequeño en comparación con el número de hogares pobres, que es poco probable que provoque un efecto importante en la pobreza como tal. También es necesario tener cuidado de no atribuir la alta mortalidad materna de manera principal y directa a las condiciones de vida adversas. De acuerdo con Maine (2001) y otros, el principal determinante de la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo hoy en día, lo mismo que históricamente en los países ahora desarrollados, es la capacidad del sistema de salud para hacerle frente a las complicaciones obstétricas adecuadamente:

“Desde 1840 (cuando estuvieron disponibles las primeras estadísticas sobre mortalidad materna) hasta mediados de la década de 1930, la mortalidad materna mantuvo un nivel tan alto en Gran Bretaña como el que existe hoy en día en muchos países en vías de desarrollo. Esto muestra que la nutrición, la educación y el nivel de vida en general no son los principales factores en la mortalidad materna. Estos factores habían mejorado, y se les atribuye haber sido la causa de disminuciones drásticas en las enfermedades infecciosas. Posteriormente, después de casi un siglo de estancamiento, la mortalidad materna disminuyó tan abruptamente que en un lapso de 15 años dejó de ser un problema de salud pública importante. Esto se debió en gran medida al surgimiento de la tecnología para tratar complicaciones obstétricas, incluyendo los antibióticos (primero las sulfamidas y luego la penicilina), los bancos de sangre y las técnicas quirúrgicas más seguras.” (Maine, 2001: 189)

Este capítulo explora aspectos claves en las áreas de población y la salud materna con base en el siguiente esquema:

- 5.1. Metas Adicionales en informes nacionales
- 5.2. El vínculo entre los patrones reproductivos y la salud materna
 - 5.2.1. Intervalos entre embarazos
 - 5.2.2. Uso de métodos anticonceptivos
 - 5.2.3. Edad materna muy baja o muy alta
- 5.3. El vínculo entre el aborto y la mortalidad materna
- 5.4. El vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR
- 5.5. Una nueva Meta bajo el ODM 5: acceso pleno a la SR

Inicialmente, este capítulo se centra en las Metas adicionales bajo el ODM 5 en los MDGR nacionales. Desde antes de la introducción oficial de la nueva Meta de SR, varios países en la región de ALC ya habían decidido ampliar el alcance de la Meta 6 al incluir el acceso universal a servicios de SSR y la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino, entre otras cosas. También se han adoptado ampliamente nuevos indicadores para monitorear aspectos no capturados por el conjunto de indicadores original.

Uno de los principales objetivos del texto es analizar el vínculo causal entre los patrones reproductivos y la salud materna. Tal como lo indica la evidencia proveniente de

diversos estudios, los cambios en los patrones reproductivos juegan un papel decisivo en la reducción de la razón de mortalidad materna. Algunos de los principales determinantes son: los intervalos entre embarazos, el uso de métodos anticonceptivos y la edad materna. Los intervalos entre nacimientos cortos y la edad materna muy baja o muy alta están asociados con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. Los altos niveles de necesidad de anticoncepción insatisfecha encontrados en la región de ALC también tienen un impacto negativo en los resultados de salud materna.

En la región de ALC, el aborto inseguro es otra importante causa de muertes maternas que ha sido considerada como un problema de salud pública crítico. La mayoría de los abortos, además de ser ilegales, son realizados en condiciones clandestinas y por personas que carecen de las habilidades necesarias. Aquí se presenta una visión general de la incidencia del aborto en la región de ALC, lo mismo que investigación acerca de las características de las mujeres que experimentan un aborto inducido y sus consecuencias en materia de salud. Se examinan MDGR nacionales y se hacen comentarios acerca de algunas de sus observaciones sobre el tema.

El texto también investiga el vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR –particularmente el sistema de salud basado en instalaciones y la atención obstétrica de emergencia. Satisfacer las necesidades de salud durante el embarazo, el parto y el periodo postparto es una manera demostrada de salvar las vidas de las mujeres. Tal como lo indican diversos hallazgos a partir de datos nacionales, las intervenciones deben considerar las discrepancias entre las áreas urbanas y rurales con el fin de abordar las razones de mortalidad materna en la región de ALC. Centrarse en las áreas desatendidas, tal como lo demuestra el estudio de caso de Honduras, puede optimizar los esfuerzos en la promoción de la salud materna.

Finalmente, la nueva Meta bajo el ODM 5 (alcanzar el acceso universal a la SR hacia el 2015) puede ser un medio esencial no sólo para reducir la razón de mortalidad materna, sino también para mejorar la salud de las mujeres en general. Desde el punto de vista del mandato del UNFPA, al parecer esta podría ser la Meta más significativa de la agenda de los ODM en su conjunto.

5.1. Metas Adicionales en informes nacionales

Varios países en la región de ALC consideran que, en su concepción original, el Objetivo 5 está altamente sesgado hacia la salud materna, y que su logro no necesariamente provocará un cambio drástico en el estado de salud de las mujeres, especialmente si se considera que la proporción del ciclo de vida de las mujeres dedicado a las funciones de la maternidad ha disminuido grandemente. Por lo tanto, han decidido ampliar el alcance de este Objetivo, añadiendo nuevas Metas e indicadores a ser monitoreados en sus MDGR nacionales. Brasil, por ejemplo, incluyó la Meta de garantizar el acceso universal a servicios de SSR y reducir la mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino en su MDGR 2005 (Brasil, 2005), antes de que la Meta en este sentido se hiciera oficial. El MDGR también añadió 4 indicadores:

- 1 Proporción de muertes maternas por grupo de causas;
- 2 Proporción de la cobertura de consultas prenatales por región de residencia de la madre;
- 3 Número de hospitalizaciones derivadas de abortos en el Sistema de Salud Unificado (SUS), por principales regiones;
- 4 Proporción de muertes entre mujeres de 30 a 69 años de edad por causas de neoplasma seleccionadas.

El siguiente extracto del MDGR 2005 del Ecuador es un ejemplo acerca de la forma en la que diversos aspectos cruciales de la agenda de SSR han sido presentados en el contexto del ODM 5, incluso antes de que este último contuviera la Meta específica actual sobre SR:

“Para reducir los riesgos de morbilidad materna y alcanzar la meta propuesta, es necesario desarrollar acciones que tiendan a mejorar el bienestar general y la salud reproductiva de las mujeres, particularmente de las más pobres. Con ese propósito, es prioritario:

- *Promover y proteger los derechos de las mujeres, sus opciones y autonomía mediante la aplicación efectiva y oportuna del marco legal vigente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la equidad de género.*
- *Universalizar en el sistema educativo, la entrega de información sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en el marco de la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor.*
- *Establecer políticas de recursos humanos que favorezcan su adecuada disponibilidad en lugares de difícil acceso y aseguren la entrega de servicios de salud reproductiva de alta calidad.*
- *Desarrollar campañas de información, educación y comunicación sostenidas que, a la vez que incorporen las diferentes visiones culturales, prioricen entre sus objetivos: el empoderamiento de la mujer y la exigibilidad de sus derechos; la difusión de información clave y confiable sobre signos de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, así como sobre salud sexual y reproductiva; y, la comunicación sobre la disponibilidad de servicios para que la mujer conozca dónde y cuándo solicitar la atención.*
- *Asegurar el financiamiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, y garantizar la provisión oportuna de equipos, suministros y recursos humanos capacitados a las unidades de salud, para que puedan responder a los planes y programas dirigidos a disminuir la mortalidad materna.*
- *Implementar estrategias de atención diferenciadas para proveer el cuidado a los adolescentes de ambos sexos y dar una respuesta adecuada a sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.*
- *Implantar un sistema funcional de comunicación y transporte entre los distintos niveles de atención del sistema de salud, para la debida referencia y contrarreferencia*

de casos y el uso de servicios obstétricos, con la participación de las mujeres en la planificación y evaluación de los servicios para que éstos respondan a las necesidades locales del sector.

- Implementar estrategias de movilización de las redes sociales que permitan la identificación temprana de complicaciones obstétricas y garanticen la entrega oportuna de los servicios, particularmente en las zonas rurales y más pobres del país.

- Mejorar y modernizar los sistemas de registro e implementar sistemas de monitoreo y evaluación que incorporen las perspectivas de los proveedores y usuarias. (Ecuador, 2005: 30)

Adicionalmente, algunos países consideran que, con el fin de salvaguardar el tema de la salud materna, deberían especificarse más Metas. Argentina, por ejemplo, ha incluido la Meta adicional de reducir en 20% la desigualdad entre Provincias, que actualmente alcanza una razón de 1:20 entre los extremos. Colombia elaboró seis Metas nacionales adicionales, entre ellas reducir la RMM a 45 por cada 100,000 (línea de base en 1998: 100 por 100,000); incrementar a 90% el número de mujeres embarazadas que acuden por lo menos a cuatro exámenes prenatales; incrementar a 75% el uso de métodos de prevención entre la población sexualmente activa y a 65% entre los adolescentes de 15 a 19 años; limitar los embarazos tempranos a 15% y reducir el cáncer cervicouterino a 5.5 muertes por cada 100,000 mujeres.

Costa Rica también añadió nuevas Metas nacionales bajo el ODM 5: reducir las tasas de mortalidad materna a 2 por cada 10,000 en los niveles nacional y subnacional; incrementar a 97% el número de nacimientos que tienen lugar en hospitales; asegurar que el 75% de los embarazos sean detectados y examinados en los primeros tres meses; y que el 75% de todas las mujeres embarazadas reciban atención prenatal completa. El MDGR peruano (Perú, 2004) añadió otros indicadores relacionados con la salud materna a ser monitoreados hasta el 2015. Éstos son: 1) demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar (la brecha entre la fecundidad real y la deseada); 2) tasas de embarazo adolescente; y 3) incidencia de cáncer ginecológico.

5.2. El vínculo entre los patrones reproductivos y la salud materna

Para poder alcanzar a tiempo la reducción prevista en la Meta 6, sería necesaria una reducción promedio de 5.4% por año. No obstante, las estadísticas que están emergiendo en el mundo en vías de desarrollo están lejos de ser prometedoras, mostrando un estancamiento relativo de la razón (Bos, 2004). A nivel mundial, alrededor de 200,000 muertes maternas al año son el resultado de la falta de servicios anticonceptivos o de fallas en los mismos, y un total de entre 120 y 150 millones de mujeres que desean limitar o espaciar sus embarazos continúan careciendo de los medios para hacerlo efectivamente (Limanonda, 1998). Prevenir los embarazos no planeados y de alto riesgo y proveer atención durante el embarazo, el parto y el periodo postparto salva vidas de mujeres. Así, la provisión de SSR tiene un impacto directo en la morbilidad materna, ya que podría dar como resultado un número menor y más espaciado de nacimientos, tal como lo destaca el PdA de la CIPD:

“Un mayor acceso a métodos contraceptivos reduce significativamente las muertes maternas, por el mero hecho de rebajar el número de embarazos por mujer y, por consiguiente, los riesgos de complicaciones. Si se respondiera a la necesidad insatisfecha de la contracepción y las mujeres sólo tuvieran los embarazos que desearan y con los intervalos que decidieran, la mortalidad materna descendería entre un 20% y un 35%. Además, se calcula que los abortos practicados en condiciones de riesgo —por personas no cualificadas, en condiciones no higiénicas o ambas cosas— matan a 78.000 mujeres al año aproximadamente o, lo que es lo mismo, provocan cerca del 13% de todas las muertes maternas. Así pues, conseguir el Objetivo 5 requerirá ampliar rápidamente el acceso a los servicios de salud reproductiva. (PNUD, 2003: 99)

“Reducir la mortalidad materna depende de muchos factores, incluyendo la disponibilidad de anticoncepción, la asistencia calificada y la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia. El papel de la alta fecundidad, particularmente en aquellos casos en los que la maternidad comienza temprano y está poco espaciada, juega un papel importante en la mortalidad materna.” (UNFPA, 2004 a: XV-5)

Además, las consecuencias de las complicaciones del embarazo tienden a ser más serias si no existe un acceso previo a la SSR. Satisfacer la demanda de servicios de planificación familiar existente reduciría los embarazos en los países en vías de desarrollo en un 20% y las lesiones y las muertes maternas por lo menos en la misma proporción (Sadik, 2001). En este contexto, resulta pertinente lo que algunos de los MDGR nacionales tienen que decir acerca de las causas de la mortalidad materna, por ejemplo, el MDGR de la República Dominicana, el cual, tal como ya se mencionó anteriormente, atribuye el cambio en la RMM nacional a las tasas de fecundidad en descenso y al uso de métodos anticonceptivos, y lista los embarazos adolescentes y la violencia doméstica como factores que agravan las estadísticas actuales. El primer MDGR de Nicaragua (2003) hace notar que “La elevada fecundidad, vinculada normalmente a los estratos de población femenina más desfavorecidos, refuerza el fenómeno de la morbilidad materna.” Al parecer no se ha compilado evidencia directa de esta relación en la región de ALC,¹ pero Allison, Cheong y Yap (1989: 36) estimaron que en Pakistán eliminar todos los nacimientos después del quinto reduciría las muertes maternas a la mitad. El mismo informe también afirma que la fecundidad no deseada incrementa el riesgo de mortalidad materna entre los grupos vulnerables, como sería el de las adolescentes, particularmente entre aquellas sin educación, aunque no presenta evidencia en este sentido.

Los cambios en los patrones reproductivos, tales como reducir la fecundidad y expandir los intervalos entre embarazos, pueden tener un gran impacto en la reducción de la RMM y el mejoramiento de la salud de las mujeres en general. Es necesario prestar especial atención al uso de métodos anticonceptivos, ya que previenen los embarazos no deseados y de alto riesgo y, en consecuencia, reducen la necesidad de abortos inseguros:

¹ Esto se debe a la falta de datos confiables sobre la mortalidad materna por orden de nacimiento. Muchos sistemas de registro civil en la región de ALC no recaban información sobre el orden de nacimiento, como tampoco lo hacen las preguntas estándar para la aplicación del método de las hermanas en las encuestas EDS. La base de datos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en Montevideo, cuenta con la información pertinente, pero hasta donde sabemos no ha sido analizada desde esta perspectiva.

“Dicho en términos sencillos, si una mujer no se embaraza, no morirá durante el embarazo o el parto. Por lo tanto, incrementar el acceso a métodos para el control de la fecundidad puede tener un impacto significativo en el número de muertes maternas, al reducir el número de veces que una mujer corre el riesgo de que se presente una complicación obstétrica fatal.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 g: 72)

5.2.1. Intervalos entre embarazos

Aunque han existido algunas afirmaciones en contrario (Ronsmans y Campbell, 1998), la mayor parte de la investigación a lo largo de los años ha demostrado que la morbilidad materna está asociada con los intervalos entre embarazos. Desde hace mucho tiempo los intervalos muy cortos han sido asociados con un mayor riesgo de diversos resultados de salud adversos, tanto para las madres como para sus lactantes. El espaciamiento entre embarazos óptimo puede salvar vidas y mejorar la salud y el bienestar de las madres, reduciendo, por ejemplo, el riesgo de padecer desnutrición como resultado del traslape del embarazo y la lactancia materna, endometritis puerperal, ruptura prematura de membranas, anemia y sangrado durante el tercer trimestre. El espaciamiento entre nacimientos también es bueno para aquellas mujeres que enfrentan problemas de salud, ya que, si están embarazadas, enfrentan un mayor riesgo de muerte y complicaciones.

Cuadro 5.1: Tasas de resultados maternos adversos de acuerdo con intervalo entre embarazos en una legión de 456,889 mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad fértil que parieron hijos únicos, 1985-1997

Resultado	Intervalo entre embarazos (meses)						Total
	0-5	6-11	12-17	18-23	24-59	60+	
Preeclampsia	3.4%	3.2%	3.3%	3.4%	4.2%	6.6%	4.3%
Eclampsia	0.12%	0.10%	0.12%	0.11%	0.10%	0.20%	0.13%
Hemorragia en el tercer trimestre	1.9%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.5%	1.2%
Ruptura prematura de membranas	9.8%	5.9%	5.6%	5.6%	6.6%	6.5%	6.7%
Endometritis puerperal	5.1%	4.2%	4.4%	4.0%	3.9%	4.3%	4.1%
Diabetes mellitus gestacional	1.4%	1.2%	1.0%	1.4%	1.4%	2.4%	1.6%
Anemia	7.9%	6.5%	6.3%	6.1%	6.2%	6.2%	6.3%
Tasa de mortalidad materna / 10,000 mujeres	9.5%	4.4%	4.2%	3.7%	4.9%	5.5%	4.8%

Fuente: Conde-Agudelo y Belizán, 2000

Conde-Agudelo y Belizán (2000) realizaron un estudio retrospectivo de corte transversal a partir de datos de la región de ALC (1985-1997) y analizaron el impacto del intervalo entre embarazos en la morbilidad materna. Después de controlar los principales factores susceptibles de causar confusión, encontraron que las mujeres con intervalos entre embarazos de 5 meses o menos, en comparación con aquellas que concibieron de 18 a 23 meses después de un nacimiento anterior, enfrentaban mayores riesgos de muerte materna (riesgo relativo: 2.54), hemorragia en el tercer trimestre (riesgo relativo: 1.73), ruptura prematura de membranas (riesgo relativo: 1.72), endometritis puerperal (riesgo relativo: 1.33), y anemia

(riesgo relativo: 1.30). Las mujeres que concibieron después de más de 59 meses tuvieron riesgos significativamente mayores de preeclampsia (riesgo relativo: 1.83), y eclampsia (riesgo relativo: 1.80). Los autores sugieren que los intervalos más largos entre nacimientos le dan a las mujeres el tiempo necesario para recuperar sus reservas nutricionales.

Cuadro 5.2: Porcentaje de mujeres en edad reproductiva casadas que reportan intervalos entre nacimientos de menos de 3 años, múltiples encuestas, 1986–2001

País	Período de encuesta				Años entre la primera y la última encuesta	Reducción entre la primera y la última encuesta*
	1986–1989	1990–1993	1994–1997	1998–2001		
Bolivia	63%		64%	61%	9%	2%
Brasil	63%		51%		10%	13%
Colombia	62%	55%	54%	49%	14%	13%
Guatemala	69%		68%	68%	11%	1%
Haití			65%	66%	6%	-
Perú	66%	61%	55%	48%	14%	18%
Rep. Dominicana	68%	64%	63%		10%	6%

* Algunas de las cantidades mostradas están redondeadas a partir de fracciones y, por lo tanto, su suma no parece ser correcta. Sin embargo, las cifras son correctas con base en cálculos reales.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (STATcompiler)

Aunque el espaciamiento de los nacimientos es esencial para la salud materna, a menudo no se enfatiza de manera suficiente en los programas de SSR. El espaciamiento entre nacimientos requiere de continuidad en la atención, un criterio que los programas de planificación familiar a menudo no cumplen adecuadamente. Las mujeres que desean espaciar sus embarazos requieren de continuidad en la atención para continuar usando dispositivos anticonceptivos y alcanzar sus intervalos entre nacimientos preferidos, para interrumpir su uso con el fin de embarazarse y, luego, después del parto, para iniciar el uso de un método apropiado durante la lactancia. Si estos servicios de buena calidad se encuentran disponibles, le permiten a las personas continuar usando métodos anticonceptivos durante muchos años (Setty-Venugopal y Upadhyay, 2002). Los datos provenientes de las encuestas EDS confirman que, en muchos países en la región de ALC, las mujeres desean intervalos entre nacimientos considerablemente más largos que los que logran, una situación que refleja una gran necesidad insatisfecha de espaciamiento de nacimientos. Los datos de las EDS también indican que muchas mujeres no están concientes de los riesgos y expresan una preferencia por intervalos entre nacimientos más cortos.

5.2.2. Uso de métodos anticonceptivos

La CIPD le dio prioridad a la reducción de la necesidad insatisfecha de anticoncepción como un objetivo principal en lo que respecta a garantizar nacimientos por decisión voluntaria e informada, expresando también que los objetivos de planificación familiar gubernamentales deberían definirse en términos de las necesidades insatisfechas de información y servicios. Siguiendo esta orientación, la Fuerza de Tareas de las Naciones Unidas sobre Educación e

Igualdad de Género recomienda el uso de indicadores sobre derechos y SSR adicionales para el Proyecto del Milenio (2005 b), tales como la proporción de la demanda anticonceptiva satisfecha, que captura la conexión central entre el control de una mujer sobre sus preferencias reproductivas y su capacidad para tomar decisiones.

El término “necesidad insatisfecha” fue acuñado a finales de la década de 1970 y, desde entonces, ha servido para medir las necesidades de planificación familiar en los países menos desarrollados (Ashford, 2003). De acuerdo con Singh et al. (2003), si bien las mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos representan a tres de cada diez mujeres en riesgo de tener un embarazo no planeado, también representan a ocho de cada diez embarazos no planeados reales. Adicionalmente, el estudio también destaca que, en los países en vías de desarrollo, el 29% de las mujeres en riesgo de tener un embarazo no planeado tienen una necesidad insatisfecha; el 63% en el África subsahariana, el 29% en la región de ALC, y el 24% en Asia. ORC-Macro (2004) y la Fuerza de Tareas de las Naciones Unidas sobre Educación e Igualdad de Género sugieren que el *número de mujeres* que desean espaciar o limitar la procreación adicional pero no están usando anticoncepción continúa siendo muy alto en la región de ALC, especialmente en Haití y Bolivia, y ese resultado tiene un impacto tanto en los patrones reproductivos como en la RMM de la región.

“Los niveles de fecundidad no planeada o inoportuna son altos en muchos países. La necesidad insatisfecha de planificación familiar comprende a las mujeres en riesgo de embarazo que no desean otro nacimiento (deseos de limitación) o que desean espaciar su nacimiento por lo menos dos años (deseos de espaciamiento) pero que no están usando un método de planificación familiar. Se estima que el 29% de las mujeres en los países en vías de desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 d: 14)

Cuadro 5.3: Necesidad de planificación familiar en la región de ALC*

País (periodo de encuesta)	15-19 años de edad	Todos los grupos etarios
Bolivia (1998)	33.9%	26.1%
Brasil (1996))	19.1%	7.3%
Colombia (2000)	17.5%	6.2%
Guatemala (1998/1999)	25.4%	23.1%
Haití (2000))	58.4%	39.8%
Nicaragua (1997/1998))	27.4%	14.7%
Perú (2000))	23.6%	10.2%
República Dominicana (1999)	24.6%	11.9%

* Porcentaje – La necesidad de planificación familiar es el porcentaje de mujeres actualmente casadas con necesidad de planificación familiar insatisfecha, necesidad de planificación familiar satisfecha, y las necesidades totales de servicios de planificación familiar.

Fuente: ORC-Macro 2004

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos puede estar relacionada con diversos aspectos, tales como la falta de servicios accesibles y la calidad de su personal, la falta de opciones de métodos apropiados a la situación de la mujer y su familia, la falta de conocimiento acerca la seguridad, efectividad y disponibilidad de las diferentes opciones,

la interacción cliente/prestador deficiente, los efectos colaterales para algunas mujeres, y las limitaciones financieras (UNFPA, 2004 a).

“Las razones de la falta de uso (de la anticoncepción) tienen que ver con situaciones específicas. Las principales son la falta de comunicación o el desacuerdo acerca de las preferencias de fecundidad (siendo la primera la más importante); la falta de información acerca de las opciones y la disponibilidad de métodos; las inquietudes de salud y el temor de efectos colaterales (algunos basados en la falta de información); la desaprobación por parte de la familia o la comunidad; el bajo poder de toma de decisiones de las mujeres (con sus compañeros o con las familias de éstos); el costo de los servicios y la oportunidad o los costos sociales de su adquisición; y las percepciones de una disponibilidad, acceso o calidad de los servicios limitados como barreras sistémicas al uso de la planificación familiar (incluyendo los métodos de planificación familiar naturales aprobados en un amplio rango de tradiciones culturales).” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006: 120-121)

Para reducir estas barreras, se recomiendan programas de planificación familiar para asesorar a las mujeres acerca del rango completo de métodos anticonceptivos disponibles, de modo que puedan escoger el método que mejor se adapte a sus necesidades individuales, lo mismo que para asesorar a aquellas mujeres que están en el periodo postparto, amamantando, o que acuden a los servicios para saber qué métodos podrían ser los apropiados para sus casos (Ashford, 2003). El UNFPA también destaca la necesidad de que los servicios de SSR ofrezcan múltiples métodos de anticoncepción y el acceso universal a por lo menos tres métodos anticonceptivos durante la prestación de los servicios (UNFPA, 2004 a). Además de los métodos permanentes, los servicios deberían ofrecer métodos temporales, tales como condones, píldoras, métodos inyectables, implantes o DIU. Las opciones para cambiar de un método a otro y elegir un método diferente después de dar a luz son centrales para el uso continuo y satisfactorio de la planificación familiar. Los prestadores deberían aclarar que todas las clientes tienen la opción de cambiar de método en cualquier momento y con la frecuencia necesaria (Setty-Venugopal y Upadhyay, 2002).

En el transcurso de las últimas dos décadas, el uso de los métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado rápidamente. En la década pasada, por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva entre las parejas se incrementó de 55% a 61% (UNFPA, 2004 b). No obstante, el uso de métodos anticonceptivos tradicionales - tales como el retiro y la abstinencia periódica - todavía es alto. Se sabe que los métodos tradicionales tienen altas tasas de falla y que la mayoría de las mujeres que interrumpen su uso cambian a un método moderno (Singh et al., 2003: 18). A medida que se incremente la proporción de mujeres que adopten métodos anticonceptivos modernos, que son más efectivos, este cambio de método contribuirá a disminuir las RMM al evitar los embarazos no planeados o no deseados que pueden poner en peligro su salud reproductiva.

Los MDGR nacionales a menudo no hacen mención al vínculo entre la mortalidad materna y el uso anticonceptivo, pero algunos sí lo mencionan, tal como lo ilustra el MDGR 2003 para Honduras:

“La salud materna está estrechamente relacionada con la salud reproductiva de la mujer, la planificación familiar, el uso de anticonceptivos y la participación activa de la pareja. La tendencia refleja un aumento del uso de anticonceptivos modernos como píldoras, condones, DIU, esterilización e inyectables, y se observa una baja significativa en el uso de métodos tradicionales (Billings, de retiro y ritmo). En 1990/1991, de un total de 46.7% de mujeres en unión (entre los 15- 44 años) que utilizaron métodos de planificación familiar, un 25% usó métodos tradicionales; mientras que en el 2001, del 61.8% que utilizó algún tipo de anticonceptivos, sólo un 5.5% lo hizo con métodos tradicionales.” (Honduras, 2003: 39)

El informe de Jamaica también se refiere brevemente al tema:

“Algunos de los retos que pueden retardar el progreso adicional hacia el objetivo, o revertir el progreso ya alcanzado, son los siguientes:

El acceso a atención obstétrica esencial; asociada a ello se encuentra la necesidad de dotar a las instalaciones de personal capacitado en partería y obstetricia de emergencia con el fin de monitorear y supervisar la labor de parto y el parto.

El acceso a anticonceptivos/planificación familiar para reducir el riesgo de muertes maternas y los malos resultados perinatales.

Reducir las muertes asociadas con las principales causas de muerte: la eclampsia/preeclampsia, la hemorragia y la infección.” (Jamaica, 2004: 32)

A pesar de que la anticoncepción de emergencia ya se encuentra disponible formalmente en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, la República Dominicana, El Salvador, Perú, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Venezuela, en la práctica el acceso a este método todavía es limitado.

5.2.3. Edad materna muy baja o muy alta

En la literatura existe evidencia considerable de que la edad materna muy joven (de menos de 16 años) está asociada con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. El estudio de Conde-Agudelo (2002), mencionado en el capítulo anterior, analizó el tema, al mismo tiempo que controló un amplio rango de factores susceptibles de causar confusión. Estos controles son importantes si se considera que existe poca evidencia sistemática en cuanto a si la ligera elevación de la mortalidad materna en el grupo etario de 15-19 años encontrada en muchos países se debe a un riesgo inherente planteado por el hecho de tener hijos a esta edad, o más bien al hecho de que las madres muy jóvenes pertenecen predominantemente a los estratos más pobres de la población. Siguiendo este procedimiento, se encontró que los riesgos de mortalidad materna en las mujeres de menos de 16 años eran 4.09 veces más altos que entre las mujeres de 20 a 24 años de edad.

Sin embargo, a menudo se asume erróneamente que estos resultados son extensivos a todos los embarazos adolescentes (es decir, entre los 15 y los 19 años de edad). De hecho, el mismo estudio encontró que los riesgos relativos en el grupo de 16 a 19 años, después de hacer los controles apropiados, eran los mismos o incluso marginalmente más bajos que

en el grupo etario de 20 a 24 años. Esta distinción es importante, ya que el primer grupo únicamente comprende al 16% de todos los partos adolescentes y requiere de estrategias de prevención bastante específicas. Sin embargo, aunque el número de adolescentes en esta situación es relativamente pequeño, la diferencia en los riesgos de mortalidad es tan grande que la postergación de todos los nacimientos que tienen lugar entre mujeres de menos de 16 años de edad, hasta después de tener por lo menos 16, reduciría la tasa de mortalidad materna adolescente en general en más de un 25%.

Las RMM más altas se encuentran entre las mujeres de mayor edad, especialmente en aquellas de más de 35 años. De acuerdo con datos del CDC, la RMM para las mujeres de menos de 20 años, en los Estados Unidos, fue de 8.6 por cada 100,000 durante 1991-1999, pero de 12.0 para las mujeres de 35 a 39 años, 21.6 para las mujeres de 40 a 44 años, y 45.4 para las mujeres de más de 45 años. La situación no es muy diferente en los países en vías de desarrollo. Agrupando datos de 25 encuestas EDS, Hakkert (2001: Cuadro VII.2) encontró que, en promedio, las mujeres de 35 a 39 años tienen una RMM un 50% más alta que la RMM en general entre la población; en el grupo etario de 40 a 44 años de edad, esta mortalidad excesiva se incrementa a 155% y en el grupo etario de 45 a 49 años a 525%. También se encontraron cifras similares en las EDS de Bolivia (1998), el Brasil (1996), Guatemala (1998), y Perú (1996). En Haití (2000), la RMM para las mujeres de más de 35 años de edad era de alrededor del doble que el promedio general. Sin embargo, como los embarazos en mujeres de más de 35 años de edad no son tan comunes, su contribución al número de muertes maternas en general sólo fue ligeramente por encima del 25%, es decir, más o menos el mismo que el de las muertes maternas de mujeres de menos de 16 años de edad.

5.3. El vínculo entre el aborto y la mortalidad materna

Durante los seis años examinados en un análisis a nivel mundial realizado por Daulaire et al. (2002), casi 700,000 mujeres murieron como resultado de embarazos no planeados. Si bien más de una tercera parte murieron por problemas asociados con el embarazo, la labor de parto y el parto, la mayoría –más de 400,000– murieron a consecuencia de complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones inseguras y a menudo ilegales. La OMS (2004 a) estima que el 20% de las muertes maternas en la región de ALC (más que el promedio mundial de 13%) son provocadas por abortos inseguros. La OMS también sugiere que entre el 10 y el 50% de las mujeres que se someten a un aborto inseguro experimentan complicaciones tales como desgarros cervicales, perforación del útero, fiebre, infección, shock séptico y hemorragia severa. Otras consecuencias serias a largo plazo enfrentadas por las mujeres que experimentan abortos inseguros incluyen dolor pelviano crónico, problemas para embarazarse y mantenerse embarazadas, infertilidad, bloqueo tubárico y embarazo ectópico (AbouZahr y Åhman, 1998).

En gran parte de la literatura se expresan inquietudes acerca del alto nivel de abortos clandestinos en la región de ALC, una situación que a menudo ha sido considerada como un problema de salud pública crítico:

“Cada año, más de cuatro millones de mujeres en América Latina experimentan un aborto inducido. Como la mayoría de los abortos son ilegales, estos procedimientos son realizados en condiciones clandestinas y a menudo peligrosas. En consecuencia, la región enfrenta un serio problema de salud pública que amenaza las vidas de las mujeres, pone en peligro su salud reproductiva y ejerce una gran presión sobre los sistemas hospitalarios y de salud cuya capacidad ya está extralimitada.” (Alan Guttmacher Institute, 2005: 01)

El MDGR argentino hace énfasis en la seriedad de este problema:

“La causa principal de muerte de las mujeres por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio es el aborto, que concentra más de una tercera parte del total de muertes registradas. Esta práctica se realiza cada vez en peores condiciones: las tasas de internación hospitalaria por complicaciones de abortos crecieron el 46% entre 1995 y 2000. El aborto es un problema social y de salud aún mayor, pues según estimaciones de especialistas, se producirían en el país 500 mil por año. Al igual que con otros indicadores sociales, la distribución de la mortalidad materna entre las diferentes zonas del país muestra una gran heterogeneidad. Son las provincias más pobres las que presentan tasas más elevadas, llegando a observarse diferencias de alrededor de 20 veces entre las jurisdicciones con tasas más bajas y aquellas con tasas más elevadas.” (Argentina, 2003: 43)

Un patrón similar se encuentra en Bolivia, en donde entre el 30 y el 37% de las muertes maternas ocurren como resultado de complicaciones en intentos de aborto. De manera similar, el MDGR brasileño (2004) informa que cada año tienen lugar 260,000 hospitalizaciones para ayudar a mujeres que padecen de complicaciones del aborto. La situación se ve agravada porque las mujeres que abortan son objeto de discriminación en los servicios de salud. El informe también reporta que en el Brasil el aborto es considerado un crimen contra la vida, excepto en casos de violación, o si la vida de la madre se encuentra en peligro, y ella o su representante legal otorgan su consentimiento para el procedimiento. El Supremo Tribunal Federal, sin embargo, a menudo ha reconocido el recurso al aborto si el feto tiene anencefalia.

“Además de estos casos previstos en la legislación, en julio de 2004...el Supremo Tribunal Federal (STF) emitió una orden preliminar con un efecto inmediato y vinculante (es decir, válido para todos los procedimientos que estuvieran en curso en el Sistema de Justicia Brasileño), reconociendo el derecho de la mujer embarazada a interrumpir el embarazo en caso de constatarse, con base en un dictamen médico, que el feto tiene anencefalia (ausencia del cerebro). Esta decisión todavía deberá ser sometida al pleno del STF.” (Brasil, 2004: 54)

El MDGR mexicano (2005) resalta que la Norma Oficial de Servicios de Planificación Familiar ha innovado en lo relativo a la promoción de la anticoncepción de emergencia con el fin de evitar embarazos no deseados propensos a terminar en abortos. El MDGR

nicaragüense (2003) informa que únicamente el 3% de todas las muertes maternas en el país son el resultado de complicaciones del aborto, mientras que el 60% se deben a hemorragias, pero resulta difícil no creer que una proporción considerable atribuida a hemorragias haya tenido su origen en complicaciones del aborto.

Cuadro 5.4: Incidencia del aborto en América Latina*

País/año	No. anual de abortos	Tasa por cada 1,000 mujeres	Promedio por mujer
Total	2,768,150	33.9	1.2
Brasil, 1991	1,433,350	36.5	1.3
Chile, 1990	159,650	45.4	1.6
Colombia, 1989	288,400	33.7	1.2
México, 1990	533,100	23.2	0.8
Perú, 1989	271,150	51.8	1.8
Rep. Dominicana	82,500	43.7	1.5
América Latina*	4,000,000	33.9	1.2

* Estimación basada en la suposición de que los seis países representan el 70% de la población de América Latina, y que todos los países en la región tienen niveles de hospitalización similares; redondeados a los 100,000 más cercanos.

Fuente: Alan Guttmacher Institute, 2005

En lo que respecta a las características de las mujeres que experimentan un aborto inducido, un estudio realizado en 1990 por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología en cuatro países (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela) encontró que la vasta mayoría de las pacientes de aborto hospitalizadas (el 79%) eran mujeres casadas, el 51% tenían por lo menos dos hijos, y el 50% tenía 7 años o más de educación (Pardo y Uriza, 1993). También, alrededor del 86% tenían 20 años de edad o más. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres latinoamericanas que experimentan abortos inducidos tienen 20 años o más, son casadas y ya son madres, mientras que en la mayoría de los países desarrollados, en contraste, las mujeres que experimentan abortos inducidos a menudo son muy jóvenes, solteras y predominantemente sin hijos.

Cuadro 5.5: Características de pacientes de aborto en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela

Características	Distribución porcentual
Estado civil	
Soltera	21%
Casada o en unión libre	79%
No. de hijos	
0	26%
1	23%
2-4	40%
>=5	11%

Fuente: Pardo y Uriza, 1993

Tal como se muestra en el Cuadro 5.4, el Alan Guttmacher Institute (2005) estima que el porcentaje de embarazos en América Latina que terminan en abortos inducidos varía entre 17% en México y 35% en Chile.

Cuadro 5.6: Resultados de embarazos en seis países latinoamericanos

País (número de embarazos)	Nacimientos deseados	Nacimientos no deseados	Abortos inducidos
Brasil, 1991 (4,693,000)	46%	23%	31%
Chile, 1990 (451,800)	44%	21%	35%
Colombia, 1989 (1,108,400)	50%	24%	26%
México, 1990 (3,112,100)	60%	23%	17%
Perú, 1989 (905,400)	40%	30%	30%
República Dominicana, 1992 (295,500)	52%	20%	28%

Fuente: Alan Guttmacher Institute, 2005

A menudo se ha argumentado que las tasas de aborto inseguro sólo comienzan a descender notablemente en situaciones en las que el aborto es legal por defectos físicos o mentales del feto, por razones económicas o sociales, o a petición (Berer, 2004; Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006). Las muertes maternas en Rumania, por ejemplo, descendieron rápida y notoriamente después de la legalización del aborto en el país en 1989 (OMS, 2004 a).

Si el principal efecto del estado legal del aborto se refleja en su seguridad, y no en su probabilidad, entonces las tasas de aborto en varios países son en su mayor parte el resultado de la medida en la que las mujeres están en riesgo de tener embarazos no deseados y de la prevalencia y la efectividad del uso de dispositivos anticonceptivos. La disponibilidad de servicios anticonceptivos de alta calidad estaría asociada con niveles de aborto más bajos, ya que las mujeres que usan un método de anticoncepción efectivo sencillamente tienen muchas menos probabilidades de enfrentar un embarazo no planeado y la posibilidad de un nacimiento no deseado o un aborto.² Tal como lo afirmó recientemente la Directora Ejecutiva del UNFPA, Thoraya Obaid, en su discurso ante la Tercera Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Implementación del PdA de la CIPD, en Bangkok, el 21 de noviembre del 2006:³

“Necesitamos trabajar dentro del espíritu y las palabras del párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD, en el que 179 gobiernos reunidos en El Cairo, en 1994, afirmaron que el aborto jamás debería ser una forma de planificación familiar, y que expandir los servicios de planificación familiar le permite a las mujeres planear sus embarazos y reducir el aborto. El acuerdo también afirma que, en aquellos lugares en los que el aborto es legal (y en todos los países del mundo, a excepción de cuatro, el aborto es legal bajo ciertas condiciones), este debería ser seguro, y que es la responsabilidad de cada gobierno.”

No obstante, las políticas para evitar el aborto inducido por sí solas no bastan para reducir la mortalidad materna. Las mujeres que experimentan un aborto necesitan recibir una

² Un estudio realizado en Bangladesh (Gillespie, 2004) encontró que las mujeres que con un buen acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad tenían una tasa de aborto de 2.3 por cada 1,000, en comparación con 6.8 en el caso de las mujeres que carecían de dicho acceso.

³ UNFPA news: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=901> (consultado por última vez en marzo del 2007).

asistencia completa dentro de los servicios de SR, con el fin de evitar complicaciones que pongan en peligro su salud y sus vidas. Por lo tanto, la atención integral postaborto debe considerarse una prioridad.

5.4. El vínculo entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR

Satisfacer las necesidades de salud de las mujeres durante la adolescencia, el embarazo, el parto y el postparto es una manera comprobada de salvar sus vidas. El uso elevado de instalaciones para la atención de partos y el nivel de mortalidad materna están inversamente relacionados, ya que los servicios de SSR ofrecen varios beneficios, incluyendo la prevención de enfermedades y la muerte (Koblinsky y Campbell, 2003). Los beneficios médicos son bastante evidentes, y el acceso a servicios de SSR evita muertes provocadas por el SIDA, el cáncer, las complicaciones del aborto y el aborto inseguro (Singh et al., 2003). Un estudio realizado por el Banco Mundial sugiere que si todas las mujeres tuvieran acceso a las intervenciones para hacerle frente a las complicaciones del embarazo y el parto, en particular a atención obstétrica de emergencia, podría evitarse el 74% de las muertes maternas (Wagstaff y Claeson, 2004).

“Probablemente más que cualquier otra condición de salud materna o salud infantil importante, reducir la mortalidad materna depende de un sistema de salud a base de instalaciones que funcione.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 g: 88)

Diversos estudios afirman que las inversiones de los gobiernos en servicios de SR y en políticas relacionadas con los derechos se traducen en ventajas sociales adicionales e incluso en ahorros financieros. Los beneficios económicos de invertir en servicios de SSR son evidentes: en uno de esos estudios se estimó que el costo de evitar un nacimiento no deseado en un país latinoamericano con baja fecundidad típico era de US\$ 133, y el ahorro de US\$ 1,600; lo cual significa que, por cada dólar invertido en planificación familiar, el gobierno ahorra US\$ 12 en costos de salud y educación solamente (Singh et al., 2003). Uno de los primeros estudios realizados en México, por ejemplo, encontró que, por cada peso que el sistema de seguridad social mexicano gastó en servicios de planificación familiar durante 1972–1984, se ahorraron 9 para el tratamiento de complicaciones del aborto inseguro y la provisión de atención materno-infantil. Adicionalmente, se encontró que los servicios de SSR ofrecían otros beneficios médicos, sociales y económicos, incluyendo las mejoras en la posición social de las mujeres y el empoderamiento de las mujeres (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 a: 7).

En el caso de los MDGR, el problema más serio es que no abordan las necesidades especiales de las poblaciones menos favorecidas al interior de los países. Desafortunadamente, en el contexto de la región de ALC el acceso a estos servicios todavía se encuentra fuertemente inclinado a favor de los no pobres, y a menudo se le considera la región más desigual en el mundo. El 90% de la población más rica recibe atención durante el parto y servicios de SSR, mientras que el acceso para las mujeres pobres es mucho más precario. No será posible alcanzar el ODM 5 a menos que las intervenciones tanto preventivas (planificación familiar

y suplementación a base de micronutrientes) como de tratamiento (asistencia calificada durante los servicios de atención obstétrica de emergencia y durante el parto) se dirijan a aquellas mujeres por lo general marginadas (Wagstaff y Claeson, 2004), pero no existe la garantía de que esto disminuirá la disparidad entre los diferentes estratos sociales:

“Como los pobres soportan una carga de mortalidad materna desproporcionada, dirigir las intervenciones de modo que lleguen a aquellas mujeres con las necesidades más grandes tendría el mayor impacto potencial en la reducción de la mortalidad materna en general y, con ello, en el avance hacia el logro del ODM 5.” (Bos, 2004: IX-1)

“(…) un objetivo definido en términos de promedios poblacionales (tal como el objetivo de la salud materna) puede ser altamente regresivo, conduciendo a mayores desigualdades, si las intervenciones no son dirigidas para llegar a los pobres.” (Bos, 2004: IX-8)

Esas desigualdades también afectan, en particular, a las mujeres que viven en áreas rurales remotas, a los pobres urbanos que viven en áreas marginales, a aquellos que carecen de acceso a educación y a aquellos que no pueden encontrar trabajo (Limanonda, 1998). Tal como lo sugieren Setty-Venugopal y Upadhyay (2002), el contar con tipos de servicios de salud cercanos y más amplios es crucial para reducir la morbilidad materna y, de la misma forma, el contar con una fuente de anticonceptivos cercana es clave para la continuación de su uso. Es necesario considerar las disparidades intraurbanas en el acceso a los servicios de SSR:

“Las mujeres urbanas pobres tienen resultados de salud sexual y reproductiva peores que los de otras mujeres urbanas, y sus resultados rivalizan con aquellos de las residentes rurales en algunos entornos. (...) Las mujeres urbanas pobres tienen muchas menos probabilidades de usar anticoncepción que otras mujeres urbanas.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 f: 61)

El MDGR brasileño 2005 destaca la diferencia en el acceso a servicios de SSR entre las habitantes de las áreas rurales y urbanas. Mientras que únicamente el 9% de las mujeres que vivían en áreas urbanas carecían de atención prenatal, el número se incrementaba a 32% en las áreas rurales. Con el fin de disminuir el número de muertes maternas en el país, el informe panameño identifica que es necesario reducir la brecha de la atención materna (prenatal y durante el nacimiento) entre las áreas urbanas y rurales, particularmente en relación con las comunidades indígenas. Mientras que en las áreas urbanas la cobertura médica para las mujeres embarazadas alcanza el 99.6%, en las áreas rurales se encuentra rezagada, con un 81.3%. Las discrepancias entre la SR de las mujeres urbanas y rurales y las mujeres más ricas y más pobres en Bolivia son alarmantes. Mientras que casi todas las mujeres ricas en Bolivia dan a luz con una asistente calificada presente, menos de una de cada cinco mujeres pobres lo hacen así. Las mujeres rurales tienen casi el doble de número de hijos que las mujeres urbanas.

Las inversiones en servicios de SSR, especialmente en atención obstétrica de emergencia, deben sin lugar a dudas ser una prioridad. Por lo tanto, es necesario implementar mejoras en infraestructura, incluyendo la construcción de clínicas de salud comunitarias, hogares

maternos, casas de parto, clínicas de salud rurales y hospitales. Tal como lo enfatizan Koblinsky y Campbell (2003), las instalaciones tales como las casas de parto y las clínicas privadas pueden proveer una manera para mitigar el flujo excesivo de pacientes de maternidad sin complicaciones en los hospitales y, junto con los hogares maternos, brindar acceso a la atención de referencia necesitada por las pacientes con complicaciones en los entornos rurales. Estas instalaciones pueden ser un lugar de acceso primario para brindar atención a aquellas mujeres con mayores necesidades clínicas.

Reduciendo la mortalidad materna: el ejemplo de Honduras

Las notables mejoras en las razones de mortalidad materna en Honduras apuntan a la potencia y la efectividad de un enfoque multisectorial. Tal como se sugiere en el estudio de caso que se centra en la reducción de la mortalidad materna en Honduras (1990-1997), realizado por Danel (1998), las estrategias que tuvieron un impacto en la salud materna incluyeron: la asignación de recursos para la promoción de servicios sociales y la salud, un alto nivel de participación comunitaria, el mayor acceso a servicios de atención obstétrica de emergencia (AOE), un incremento en el personal de salud (principalmente en áreas de difícil acceso), nuevos servicios de AOE centrados en las regiones con las RMM más altas, la capacitación de personal de salud, incluyendo a asistentes de parto tradicionales, el uso de casas de parto como un paso intermedio entre los nacimientos en casa y los nacimientos en hospitales, las mejoras en la transportación de emergencia, caminos y comunicaciones, una mejor canalización de las mujeres de alto riesgo para la atención del parto por una asistente calificada, y una mayor utilización de los servicios de atención prenatal. La razón disminuyó de 182 a 108 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, es decir, un 38%, entre 1990 y 1997.

“La historia hondureña resalta la importancia de múltiples estrategias y el hecho de que el éxito de estas estrategias es interdependiente. El éxito de una amplifica el éxito de las otras.” (Danel, 1998: 20)

“Si, como en Honduras, estas políticas son seguidas por la asignación de recursos a las áreas necesitadas, se anticipa que podrían alcanzarse otros éxitos en la reducción de la mortalidad materna relativamente rápido.” (Koblinsky y Campbell, 2003: 26)

5.5. Una nueva Meta bajo el ODM 5: acceso pleno a la SR

La sugerencia de añadir el acceso universal a la SR como una Meta bajo el ODM 5 se hizo explícita en el informe presentado por el Proyecto del Milenio al ex Secretario General en enero de 2005, *Preparing National Strategies to Achieve the Millennium Development Goals: a Handbook*. Esto le permite a las parejas evitar embarazos de alto riesgo, lo mismo que escoger el momento y el tamaño de sus familias. Uno de los resultados positivos rápidos (“quick wins”) identificados por el informe, por lo tanto, fue expandir el acceso a los servicios de SSR, incluyendo información y servicios anticonceptivos y de planificación familiar, y cerrar las brechas del financiamiento para insumos y logística:

“La salud sexual y reproductiva es esencial para alcanzar los Objetivos. Implica elecciones sexuales y reproductivas saludables, voluntarias y seguras; elecciones voluntarias por parte de los individuos y las parejas acerca del tamaño de la familia y la formación de la familia, incluyendo el matrimonio temprano y otras exposiciones a riesgos sexuales. Los temas de salud reproductiva, por lo tanto, tienen que ver con inquietudes vitales (y a menudo sensibles), que incluyen a la sexualidad, los roles de género, las relaciones de poder masculinas y femeninas y la identidad social y personal.” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 d: 14)

La nueva meta sugerida por la Fuerza de Tareas sobre Salud Infantil y Salud Materna consiste en “garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva para el 2015 a través del sistema de atención primaria a la salud, garantizando un progreso más rápido entre los pobres y otros grupos marginados”. Los nuevos indicadores son la proporción de la necesidad de planificación familiar satisfecha y la tasa de fecundidad adolescente.

“Estos indicadores monitorean dos aspectos claves del mejoramiento de la salud materna no capturados todavía por las metas y los indicadores actuales. También complementan a otros indicadores de salud reproductiva que ya se encuentran en el marco del monitoreo de los ODM. El primer indicador monitorea la capacidad de una pareja para escoger el momento y el tamaño de sus familias, un aspecto importante de la salud materna. El segundo indicador es importante para el monitoreo del Objetivo 5, ya que las adolescentes mueren durante el parto más frecuentemente que las mujeres de otras edades. Adicionalmente, los embarazos adolescentes también le roban a las mujeres otras oportunidades importantes en la vida, incluyendo oportunidades de educación y generación de ingresos (ese indicador es, por lo tanto, importante para el monitoreo del Objetivo 3: promover la igualdad de género).” (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005 b: 78)

La Fuerza de Tareas también propone indicadores que llevan un seguimiento explícito de la cobertura de servicios obstétricos de emergencia y monitorean la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Campbell-White, Merrick y Yazbeck (2006) también se pronunciaron fuertemente a favor de añadir este “ODM faltante”. En septiembre de 2006, el ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, presentó su Informe sobre el Trabajo de la Organización inmediatamente antes de la Asamblea General. El párrafo 24 de este Informe introdujo cuatro nuevas Metas de los ODM, una de las cuales reza lo siguiente: “alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015”.⁴ La adopción de esta Meta es una decisión trascendental y el producto del trabajo incansable de la comunidad de la SR global y, de hecho, reconoce la centralidad de la SR en lo que se refiere a hacerle frente a aspectos centrales de los ODM. Desde el punto de vista del mandato del UNFPA, es probable que esta sea la Meta más significativa de la agenda de los ODM en su conjunto, con implicaciones importantes en lo concerniente a la capacidad de la agencia para transmitir algunos de sus mensajes centrales.

⁴ El Informe se refiere explícitamente a la salud reproductiva, no a la salud sexual y reproductiva.

En su discurso ante la Junta Directiva el 25 de enero del 2007, Thoraya Obaid, la Directora del UNFPA, se refirió al tema en los siguientes términos:

“A nivel global, ahora tenemos una meta sobre el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015 al interior del marco de monitoreo de los ODM. La nueva meta bajo el ODM 5 para mejorar la salud materna es un gran paso. Facilitará la gestión y promoción, el diálogo en materia de políticas, la expansión de los servicios de salud reproductiva, y un mejor monitoreo y rendición de cuentas. Juntos, debemos asegurarnos de que la nueva meta y sus indicadores sobre el acceso universal a la salud reproductiva sean integrados por completo a las estrategias de desarrollo, planes y presupuestos.”⁵

Se está desarrollando un conjunto de nuevos indicadores para ayudarle a las regiones y los países a monitorear el avance. De acuerdo con las recomendaciones de la Fuerza de Tareas sobre Salud Infantil y Salud Materna (2005 g), la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA), que actualmente es un indicador bajo el Objetivo 6, será reasignada al ODM 5.

Bernstein y Edouard (2007) sugieren que deberían dirigirse esfuerzos para garantizar el uso de un indicador de la necesidad insatisfecha como una medida del acceso a los servicios. De acuerdo con ellos, la necesidad insatisfecha es un componente vital para el monitoreo de la proporción de las mujeres con la capacidad para espaciar y limitar sus nacimientos, y sirve como un importante instrumento para mejorar la sensibilidad del diálogo en materia de políticas. Los autores también sugieren que la nueva meta ofrece una gran oportunidad para darle la atención apropiada a la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Adicionalmente, Adam Sonfield (2006: 11) aclara que:

“Ya para el momento de la CIPD en 1994, el concepto de la necesidad insatisfecha también estaba ayudando a mediar entre las inquietudes de los gobiernos y los expertos centrados en el crecimiento poblacional y aquellas de las personas principalmente interesadas en la salud y los derechos de las mujeres. La necesidad insatisfecha fue útil como teoría, ya que la “necesidad” de anticoncepción es en gran medida un asunto de sí, y en qué momento, una mujer desea tener un hijo, u otro. Al basarse en lo que las mujeres quieren, y no en lo que los líderes políticos quieren, la necesidad insatisfecha ayudó a definir la planificación familiar como un tema de derechos individuales”

Aunque sólo queda la mitad del tiempo para la implementación de los ODM, es necesario que los países comiencen a integrar la meta del acceso pleno a la SR a las actividades de sus programas. De hecho, algunas organizaciones gubernamentales nacionales, como el Ministerio de Salud brasileño, ya han comenzado a implementar la distribución dirigida de anticonceptivos, lo mismo a través de los servicios públicos que de farmacias privadas, siguiendo el Programa Farmácia Popular do Brasil. A menudo se ha declarado que estas políticas públicas forman parte de una campaña nacional políticamente comprometida con los ODM, particularmente la reducción de la mortalidad materna.

⁵ UNFPA news: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=926> (consultado por última vez en marzo del 2007).

“Nosotros sostenemos que la salud sexual y reproductiva para todos es un objetivo alcanzable si se escalan apropiadamente las intervenciones costo-efectivas, se revitaliza el compromiso político y se movilizan, se asignan racionalmente y se usan más efectivamente los recursos financieros. La acción nacional deberá estar respaldada por la acción internacional. Es necesario un esfuerzo sostenido por parte de los gobiernos de los países en vías de desarrollo y la comunidad de donantes, las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los grupos de la sociedad civil, el movimiento por la salud de las mujeres, las fundaciones filantrópicas, el sector privado con fines de lucro, la profesión de la salud y la comunidad de la investigación.”
(Fathalla et al., 2006: 01)

“Desde luego, incluir una nueva meta e indicadores pertinentes en los ODM es sólo un primer paso. Para tener un impacto en el terreno, es necesario el apoyo determinado de los países ricos.” (Dinamarca, 2006: 05)

Los ODM, el derecho a la SSR y el enfoque basado en los derechos humanos (con base en Hunt, 2003 y 2004)

Inicialmente, los ODM relacionados con la salud fueron concebidos de manera incompleta, ya que no abordaban aspectos de la salud cruciales que son características esenciales del derecho a la salud, como es el caso de la SR. La SR es un elemento integral del derecho a la salud y debe ser incorporada a cualquier estrategia que refleje esta orientación. Por lo menos tres de los ocho Objetivos aquellos sobre salud materna, salud infantil y VIH/SIDA están directamente relacionados con la SSR.

La CIPD fue un hito para el reconocimiento por parte de los Estados de que la SSR es fundamental para los individuos, las parejas y las familias, lo mismo que para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia colocó a las mujeres en el centro de un enfoque integrado hacia la reproducción, y reconoció que los derechos humanos tienen un papel crucial que jugar en relación con la SSR, lo cual fue reafirmado en Beijing.

La comunidad internacional ha confirmado que la SSR es un elemento integral del derecho de todos al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, ya sea a través de las conferencias mundiales: CIPD, CIPD +5, Beijing y Beijing +5, o a través de los tratados sobre derechos humanos internacionales: la Declaración Universal, la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos del Niño.

“(...) El principio 1 de El Cairo comienza diciendo: ‘Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.’ De acuerdo con el principio 8: ‘Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados

deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. .’ (...) En pocas palabras, los principios suministran un marco de derechos humanos sobre el cual construir leyes, políticas, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva.” (Hunt, 2004: 7)

A través de la perspectiva de los derechos humanos, la SSR incluye el derecho a un sistema de protección de la salud, incluyendo la atención a la salud y los determinantes subyacentes de la salud, que ofrezca igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del nivel más alto posible de salud. Los Estados tienen la obligación de garantizar servicios de SR y salud materno-infantil, incluyendo la existencia de servicios apropiados para las mujeres relacionados con el embarazo, proporcionando servicios gratuitos en aquellos casos en los que sea necesario. Los Estados también deberían mejorar una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a planificación familiar, atención pre y postnatal, AOE, y el acceso a información. Esto también significa que a las mujeres con embarazos no deseados se les debe ofrecer consejería e información confiables, incluyendo información acerca de en dónde y en qué momento un embarazo puede ser interrumpido legalmente. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el manejo de complicaciones derivadas del aborto.

“La aplicación de los derechos humanos a estas cuestiones puede profundizar el análisis y ayudar a identificar políticas efectivas, equitativas y basadas en evidencia para hacerle frente a estos problemas complejos. Crucialmente, la legislación sobre derechos humanos le impone obligaciones a los responsables del cumplimiento de estos derechos en el sentido de que hagan todo lo que puedan para dismantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, las normas de los derechos humanos tienen el potencial de informar y empoderar a los individuos vulnerables y a las comunidades menos favorecidas.” (Hunt, 2004: 7)

Esta perspectiva también ve las obligaciones del Estado a través de un marco analítico de obligaciones específicas bajo la ley internacional: respetar, proteger y hacer cumplir el derecho a la salud, algo especialmente útil en el contexto del diseño de políticas y el refinamiento del análisis legal del derecho a la salud, incluyendo la SSR. Esta relación con la legislación internacional también exige que el derecho a la salud tenga mecanismos de rendición de cuentas, con el fin de garantizar el respeto pleno del derecho a las obligaciones en materia de salud.

Un enfoque basado en los derechos humanos también articula estos derechos con sus políticas de implementación, por ejemplo, con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad:

“Las herramientas o marcos analíticos pueden profundizar nuestra comprensión de los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la salud (...). Un

marco que resulta especialmente útil en el contexto del diseño de políticas es que los servicios, bienes e instalaciones de salud, incluyendo los determinantes subyacentes de la salud, deben encontrarse disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad. Este marco analítico comprende a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones de salud sexual y reproductiva deben encontrarse disponibles en números adecuados dentro de la jurisdicción de un Estado; ser accesibles geográficamente, económicamente (es decir, ser asequibles) y sin discriminación; culturalmente aceptables para, por ejemplo, las minorías y los pueblos indígenas, lo mismo que sensibles al género y los requerimientos del ciclo de vida, y respetuosos de la confidencialidad; además de ser científicamente y médicamente apropiados y de buena calidad.” (Hunt, 2004: 12).

Un enfoque basado en los derechos humanos depende de una participación amplia, de modo que las personas participen en las decisiones que afectan sus vidas. Para poder alcanzar el principio de los derechos humanos de la igualdad y la universalidad, las acciones deben dirigirse a aquellos con la mayor necesidad. El enfoque basado en los derechos humanos estructura las acciones de los responsables del cumplimiento de esos derechos (el Estado, por ejemplo, con su obligación de proveer atención a la salud) y empodera a los titulares de los derechos (aquellos con derecho a reclamar sus derechos). Con el fin de asegurar resultados más sostenibles, es imperativo abordar las causas de origen de las violaciones a los derechos humanos y operacionalizar los procedimientos al nivel de las asignaciones presupuestarias y la rendición pública de cuentas. El enfoque es complementario a un enfoque de igualdad entre los géneros, el cual debe ser culturalmente sensible. Finalmente, como este enfoque incorpora derechos humanos, debe apegarse a los estándares internacionales, las convenciones y los tratados de derechos humanos globales y regionales, lo mismo que a las recomendaciones de los organismos de derechos humanos internacionales tanto legales como políticos (UNFPA, 2006 b).

PRINCIPALES IDEAS ACERCA DEL ODM 5:

Conclusiones generales

- En la región de ALC, se estima que la tasa de mortalidad materna ha permanecido constante en aproximadamente 190 por 100,000 nacimientos en los últimos diez años, mientras que el número muertes maternas se ha mantenido en cerca de 22,000 por año, revelando progreso insuficiente en la Meta de los ODM. En el presente, solamente Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, St. Lucía y Uruguay presentan niveles por debajo de 50 muertes para 100,000 nacimientos. En Haití, la razón de mortalidad materna es alta en 520 por 100,000 y en Bolivia la reducción de 390 para 310 por 100,000 entre 1994 y 2000 todavía deja la mortalidad materna más allá de la meta de la CIPD de 125 por 100,000 fijada para 2005.
- El riesgo de mortalidad materna es marcadamente más elevado para hogares pobres, particularmente si están geográficamente aislados. Parece plausible que la muerte

materna también pueda agravar la pobreza del hogar, aun cuando el número de muertes maternas, en la mayoría de los países, es tan pequeño, comparado con el número de hogares pobres, que es improbable que cause un efecto mayor en la pobreza como tal. Se debe tener cuidado, sin embargo, para no atribuir la alta mortalidad materna primariamente a condiciones adversas de vida, ya que la determinante primaria de la mortalidad materna en países en desarrollo hoy día, así como históricamente en los países hoy desarrollados, es la capacidad del sistema de salud de lidiar adecuadamente con las complicaciones obstétricas.

1. Metas adicionales en los informes nacionales

- Aun antes de la introducción de la nueva meta de salud reproductiva en 2006, varios países en la región de ALC habían decidido aumentar el ámbito del Objetivo 5, agregando nuevas Metas e indicadores a ser monitoreados dentro de sus informes nacionales de ODM. La situación de la salud de las mujeres, y no solamente salud materna, está recibiendo atención. Brasil, por ejemplo, ha incluido la Meta de garantizar acceso universal a los servicios de SSR y la reducción de mortalidad por cáncer de seno y cervical. Argentina, Colombia, Costa Rica y Perú también adoptaron nuevas Metas o indicadores, que incluyen: asistencia a exámenes de prenatal, partos ejecutados en hospitales, planificación de la familia y prevención al cáncer cervical.

2. La relación entre patrones reproductivos y salud materna

- Los cambios en los patrones reproductivos pueden tener un fuerte impacto en la reducción de la mortalidad materna y la mejoría de la salud de la mujer en general.
- La morbilidad y mortalidad maternas son asociadas a los intervalos entre embarazos. Intervalos muy cortos han sido asociados hace mucho con el aumento del riesgo de varios resultados adversos de salud, tanto para las madres como para sus hijos. Ellos aumentan los riesgos de muerte materna, hemorragia de tercer trimestre, ruptura prematura de las membranas, endometritis puerperal y anemia. Convencionalmente, el límite crítico ha sido fijado en 24 meses, pero recientemente hay una tendencia para mover dicho límite hacia los 36 meses.
- Datos de encuestas DHS confirman que, en muchos países de la región de ALC, las mujeres desean intervalos considerablemente más largos de lo que alcanzan, lo cual demuestra una gran necesidad no satisfecha de espaciamiento de nacimientos. El espaciamiento óptimo de nacimientos requiere una continuidad de atención y acceso a programas de planificación familiar.
- Existe evidencia sobre el aumento sustancial de la mortalidad materna en órdenes altas de nacimientos (5 o más) pero, debido a la escasez de información específica por orden de nacimiento sobre la mortalidad materna, el tema no ha recibido tanta atención, particularmente en la región de ALC, como el tema del espaciamiento de nacimientos.

- La relación entre la mortalidad materna y el uso de contraceptivos también ha sido enfatizada en la literatura de salud materna. Reducir la necesidad no satisfecha de contracepción debe ser (y lo fue recientemente) reconocido como una importante Meta para la realización del ODM 5 en la región de ALC.
- Las edades maternas muy bajas o muy altas (menos de 16 o más de 35 años) son asociadas con riesgos de mortalidad materna sustancialmente más altos. Datos de las encuestas DHS de varios países de ALC dan soporte a esa afirmación. En términos del número de muertes maternas involucradas, la importancia de cada uno de los extremos es básicamente la misma, pero en la práctica el primer fenómeno ha atraído mucho más atención que el segundo.

3. La relación entre aborto y mortalidad materna

- La OMS estima que 20% de las muertes maternas en la región de ALC (superior al promedio mundial de 13%) son causadas por abortos inseguros. La OMS también sugiere que 10-50% de las mujeres que se someten a abortos inseguros tienen complicaciones, tales como rupturas cervicales, perforación del útero, fiebre, infecciones, choque séptico, y hemorragia severa.
- Concerns over the high level of clandestine abortion in the LAC region are presented in much of the literature, and it has often been considered a critical public health problem.
- MDGRs from Argentina, Brazil, Mexico, and Nicaragua have emphasized the seriousness of health complications due to unsafe abortions.
- Un estudio de 1990 de cuatro países (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela) sugiere que la mayoría de las mujeres latinoamericanas que tienen abortos inducidos tienen 20 años o más de edad, son casadas y ya son madres. Eso es un contraste con el patrón típicamente encontrado en los países desarrollados, donde es más común que las mujeres jóvenes, solteras sin hijos busquen abortos.
- La disponibilidad de servicios contraceptivos de alta calidad sería asociada a niveles de aborto más bajos, puesto que las mujeres que usan un método efectivo de contracepción simplemente son mucho menos propensas a enfrentar un embarazo no deseado y la posibilidad de un nacimiento no deseado o abortos.
- Por sí solas, las políticas de prevención del aborto inducido no son suficientes para la reducción de la mortalidad materna. Mujeres que se han sometido a abortos necesitan ser asistidas integralmente en los servicios de SR, para evitar complicaciones que amenazan su salud y sus vidas. Asimismo, la atención comprensiva pos aborto debe ser considerada una prioridad.

4. La relación entre la mortalidad materna y el acceso a servicios de SSR

- El alto uso de instalaciones para nacimientos y el nivel de mortalidad materna son inversamente relacionadas. Servicios de SSR proporcionan varios beneficios para el parto, incluyendo la prevención de enfermedades y muerte.

- Un estudio de caso sobre la reducción de la mortalidad materna en Honduras demostró una correlación entre la mejoría en la salud materna y la mejoría de la disponibilidad de servicios de atención obstétrica de emergencia. Un estudio del Banco Mundial sugiere que, si todas las mujeres tuviesen acceso a intervenciones para tratar de complicaciones del embarazo y nacimiento, en particular la atención obstétrica de emergencia, 74% de las muertes maternas podrían ser evitadas.
- Las inversiones gubernamentales en servicios de SR y políticas de derechos resultan en más ventajas sociales e incluso ahorros financieros.
- En la región de ALC, muchas veces considerada la más desigual del mundo, el acceso a servicios de SSR es todavía fuertemente sesgado a favor de los no-pobres.
- El Informe brasileño de ODM del 2005 señala la diferencia de acceso a los servicios de SR entre las personas que residen en áreas rurales y urbanas. Mientras que solamente 9% de las mujeres que vivían en áreas urbanas no tuvieron atención prenatal, el número crecía para 32% en las áreas rurales. El informe de Panamá también identifica que es necesario acercar las brechas de la atención materna (prenatal y parto) entre las áreas urbanas y rurales, particularmente con relación a las comunidades indígenas.

5. Una nueva Meta en el ODM 5: acceso pleno a la salud reproductiva

- La nueva Meta de alcanzar el acceso universal a la SR hasta 2015, introducida por el ex Secretario-General en 2006, reconoce la centralidad de la SR en tratar de temas centrales de los ODM. También estimulará el mejor monitoreo, diálogo político y disponibilidad de servicios de SR.
- Más particularmente, dicha Meta ofrece una gran oportunidad para proveer atención apropiada a necesidades no satisfechas de anticoncepción.

