

Objetivo 5: Mejorar la salud materna



Meta 5.A: Reducir la tasa de mortalidad materna

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

La OMS estima que el 15% de las embarazadas presentan complicaciones obstétricas que, de no tratarse, pueden producirles la muerte o graves discapacidades. Se estima que cada año 530.000 madres siguen muriendo durante el embarazo o el parto, y 8 millones más experimentan complicaciones de salud a lo largo de toda su vida⁹⁹. La meta del ODM pretende una reducción de la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. El Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres informa de que los progresos son lentos. En algunas zonas del África subsahariana, las mujeres tienen una probabilidad de 1 a 6 de morir durante el parto; la cifra correspondiente en los países desarrollados es de 1 a 8.700¹⁰⁰.

En general, la meta está de acuerdo con el derecho a una atención de salud adecuada. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que la no adopción de medidas adecuadas para reducir las tasas de mortalidad materna puede constituir una violación de los derechos humanos¹⁰¹. De este modo, esta meta de los ODM y el derecho a la salud se refuerzan mutuamente. El enfoque de derechos humanos impone a los Estados la obligación legal de alcanzar la meta, mientras

Recuadro 23. Derecho a una atención de salud adecuada

El derecho a una atención de salud adecuada durante el embarazo y el parto ha sido aceptado universalmente.

- La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho de toda persona a la atención médica y, en particular, que las madres y los niños tienen el derecho humano a «cuidados y asistencia especiales» (art. 25).
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos exige al Estado proteger el derecho a la vida, lo que incluye deberes positivos cuando las muertes son evitables.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma el derecho a la salud y hace mención especial del derecho de las madres a «especial protección [...] durante un período de tiempo razonable antes y después del parto» (art. 10 2)).
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se ocupa en profundidad del derecho a la vida en relación con el parto. Su artículo 12 contiene una prohibición general de la discriminación de las mujeres en la prestación de servicios sanitarios y una obligación jurídica específica de los Estados de garantizar «a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo».

que el gran hincapié que se hace en los ODM en la mortalidad materna pone de relieve una cuestión que a menudo pasa desapercibida entre los que trabajan en el campo de los derechos humanos.

En la medición de la meta, se utiliza un indicador complementario del proceso, a saber, el porcentaje de partos que cuentan con asistencia de personal sanitario especializado. Ello se hace porque muchos estudios muestran que los datos sobre la propia tasa de mortalidad materna a menudo son engañosos. En efecto, el informe sobre los objetivos de desarrollo del Milenio de 2006 ni siquiera incluye datos sobre este indicador. La mortalidad materna suele ser más alta en los países donde el acopio de datos es mediocre. Esto quiere decir que un porcentaje bajo puede enmascarar una elevada tasa de mortalidad. El informe sí revela un aumento considerable de los partos atendidos por personal sanitario capacitado en algunas regiones.

A pesar de todo, es discutible que este indicador complementario sea suficiente. Viene utilizándose desde la fecha de referencia de los ODM de 1990, pero se han producido importantes adelantos en la medición del grado de suficiencia de las acciones de un Estado. Por ejemplo, aumentar la dotación de personal sanitario capacitado quizá no sea eficaz si ese personal no está equitativamente distribuido (véase el recuadro 24).

Así pues, tanto los Estados en desarrollo como los donantes deberían utilizar otros indicadores, como los contenidos en las Directrices para supervisar la disponibilidad y el uso de servicios obstétricos¹⁰². Esos indicadores están de acuerdo con un enfoque de derechos humanos en la prestación de atención obstétrica básica y de emergencia. Los seis indicadores clave abarcan la disponibilidad de esos servicios, su distribución equitativa, la proporción de partos en ellos, las necesidades atendidas, el número de cesáreas y las tasas de letalidad.

Las políticas y los programas que se necesitan para abordar la salud materna no son conflictivos desde un punto de vista empírico. Existen pruebas claras de que la mayoría de las complicaciones obstétricas se producen de manera inesperada alrededor del momento del parto en mujeres sin factores de riesgo conocidos, y afectan a aproximadamente el 15% del total de embarazadas¹⁰³. El Equipo de Tareas y muchos otros expertos y organismos de las Naciones Unidas recomiendan que se preste atención prioritaria a garantizar que esas mujeres *puedan acceder y accedan a atención obstétrica de emergencia*.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que la prestación de atención sanitaria a las madres es una obligación básica, que puede claramente abarcar la atención obstétrica de emergencia¹⁰⁴. Pero la prestación de esta atención debe entenderse en un marco del derecho a la salud. Debe ser *disponible, accesible, aceptada y de calidad suficiente*.

En cuanto a la disponibilidad y la calidad, debe incluir tanto a los agentes de salud comunitarios como a los servicios de salud *del primer nivel*



de envío de casos, respaldados por parteras capacitadas y una atención obstétrica de emergencia de calidad¹⁰⁵. También es necesario el acceso a atención de salud sexual y reproductiva (véase la nueva meta 5.B más adelante), teniendo en cuenta en particular las elevadas tasas de abortos en condiciones de riesgo que se producen en muchos países.

Recuadro 24. El Proyecto por una maternidad más segura en Nepal

Según un estudio sobre la atención obstétrica de emergencia en Nepal, las principales usuarias de los servicios eran mujeres de la casta alta de los bramanes/chettri; en algunos distritos, su uso cuadruplicaba el del resto de mujeres. Esto ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar las causas subyacentes de esas desigualdades, de manera que las castas más bajas y los grupos étnicos (janajatis) puedan recurrir a los servicios obstétricos de emergencia con la misma frecuencia que las mujeres de castas altas¹⁰⁶.

Si esos servicios obstétricos de emergencia están disponibles, el enfoque basado en los derechos humanos significa también eliminar las barreras a un uso apropiado. La atención obstétrica debe ser asequible, un elemento clave de la accesibilidad como parte del derecho a la salud.

Por lo tanto, el uso de mecanismos orientados al mercado para prestar esa atención debe vigilarse estrechamente. Los Estados también deben prever los costos asociados al transporte y las comunicaciones con los servicios de salud.

Mientras que la prestación de información básica sobre la *accesibilidad* física es importante, no debe considerarse que las mujeres son un grupo homogéneo. Algunas mujeres pueden resistirse a acudir a un hospital o un dispensario para dar a luz si conocen alguna historia de esterilización involuntaria. También puede haber una fuerte tradición de dar a luz en casa, y quizá haya que prestar la atención obstétrica de emergencia de forma culturalmente sensible o adaptada a distintos entornos. Deben desalentarse las políticas que miden el número de partos atendidos por personal capacitado con arreglo al número de partos en centros hospitalarios, pues puede producir efectos perversos, como el acoso de las mujeres que dan a luz en el hogar.

La obligación de no discriminar significa que deben adoptarse medidas inmediatas que garanticen la distribución equitativa de establecimientos y personal de atención obstétrica. Es necesario eliminar la discriminación sistémica en la asignación de establecimientos, la discriminación institucional (por ejemplo, la prohibición de rituales indígenas tradicionales) y la discriminación individual por motivos prohibidos.

Esto incluye abordar las barreras de género y jurídicas al uso de la atención obstétrica de emergencia. Según el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la obligación de respetar el derecho de una mujer a la salud exige lo siguiente:

Los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones¹⁰⁷.

Del mismo modo, la obligación de proteger exige al Estado que impida que los particulares y las organizaciones adopten esas medidas, obligación particularmente importante en los sectores sanitarios muy privatizados. Esto exigirá la promulgación y aplicación de leyes y reglamentaciones del sector de la salud, una capacitación que tenga en cuenta las cuestiones de género y el establecimiento de procedimientos de atención de quejas.

Para garantizar la prestación de atención y la eliminación de las barreras a la demanda, se necesitan mecanismos de rendición de cuentas que sean sólidos y constructivos. El derecho a la atención obstétrica de emergencia podría quedar consagrado como derecho obligatoriamente exigible en la legislación nacional. El enfoque de derechos humanos también exige que el sistema de salud se estructure como un sistema social básico por medio del cual la población ejerce sus derechos, y no simplemente un sistema vertical de prestación de servicios. Se necesitan mecanismos para seguir los resultados

del aumento de la financiación y la corriente de ayuda internacional hacia aquellos grupos que tienen menos capacidad para atender sus propias necesidades de salud, sea por falta de educación, aislamiento geográfico, pobreza u otros factores de ese tipo. Habida cuenta de la necesidad de disponer de una atención que funcione, que tenga calidad, que responda y a la que pueda accederse de manera equitativa¹⁰⁸, es indispensable una supervisión constante e independiente.

Por último, es evidente que la tasa de mortalidad materna disminuirá si las mujeres que quieren tener menos hijos pueden tomar esa decisión libremente. El derecho a determinar con libertad el número y el espaciamiento de los hijos también ha sido reconocido en las grandes conferencias de las Naciones Unidas sobre la población y el desarrollo, celebradas en Teherán en 1968 y en El Cairo en 1994 (véase también la meta 5.B).

Mensajes clave

- Prestar atención obstétrica de emergencia básica y completa.
- Garantizar que los establecimientos estén equitativamente distribuidos y sean accesibles y asequibles o gratuitos.
- Garantizar que las mujeres dispongan de información sobre los servicios y que se eliminen las barreras culturales y legales.
- Establecer sistemas constructivos de rendición de cuentas para vigilar y hacer cumplir las obligaciones de derechos humanos de prestar atención, eliminar las barreras y reducir la tasa de mortalidad materna.
- Garantizar que las mujeres tengan derecho a determinar libremente el número y el espaciamiento de sus hijos.

Ejemplos de otros indicadores

- Establecimientos que ofrecen atención obstétrica de emergencia.
- Distribución de la atención obstétrica de emergencia en una zona geográfica.
- Número de mujeres que utilizan esos servicios.
- Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que utilizan esos servicios.
- Disponibilidad de servicios críticos.
- Calidad suficiente de los servicios.

Meta 5.B: Salud reproductiva

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

Tras la revisión del marco de supervisión de los ODM en 2007, se añadió al objetivo 5 una nueva meta relativa al acceso a la salud reproductiva. Los indicadores para la meta son los siguientes: 1) tasa de uso de anticonceptivos; 2) tasa de natalidad entre las adolescentes; 3) cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas); 4) necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

La adición de esta meta es acertada, pues estaba incluida en otras declaraciones internacionales, como la Declaración de Beijing y su Plataforma de Acción. Muchos comentaristas han criticado los ODM por su silencio

anterior a este respecto. En muchos países, la falta de control que tienen las mujeres y las niñas sobre su salud reproductiva tiene efectos graves. Por ejemplo, en África, ser joven y mujer entraña correr un riesgo considerablemente mayor de padecer el VIH/SIDA, particularmente porque las mujeres jóvenes tienen menos poder de negociación para negarse a mantener relaciones sexuales o para insistir en que se utilice un preservativo. Cada año dan a luz 15 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y otros 5 millones de embarazos de adolescentes terminan en un aborto. El embarazo es la principal causa de defunción para las niñas de 15 a 19 años.

Esta meta debe interpretarse de acuerdo con el Programa de Acción de El Cairo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995). La salud reproductiva significa que:

Las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y tienen la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si, cuándo y con cuánta frecuencia tenerlos. Implícitos en esta última condición están los derechos de los hombres y las mujeres a ser informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como otros métodos que elijan para regular la fecundidad que no sean contrarios a la ley, y el derecho de acceso a servicios apropiados de atención de salud que permitan a las mujeres vivir sin riesgos el embarazo y el parto, y dar a las parejas la mejor oportunidad posible de tener un hijo sano.

Esta definición ha sido aprobada por los órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que los hombres y las mujeres son libres de decidir si tener hijos y cuándo tenerlos, y el derecho a ser informados y a tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Por consiguiente, este derecho debe ser reconocido en la constitución y las leyes de los países.

Además, el Equipo de Tareas ya había señalado que el objetivo 5 debía incluir el acceso a los anticonceptivos, servicios de aborto sin riesgo e información y servicios para prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Estos conceptos deben ser incorporados en forma de indicadores en cuanto sea posible.

Recuadro 25. La Constitución provisional de Nepal reconoce los derechos reproductivos

El 16 de diciembre de 2006, los dirigentes políticos nacionales acordaron la Constitución provisional de Nepal. En ella se reconoce el derecho a la salud reproductiva y otros derechos relacionados con la reproducción como derechos fundamentales. Es la primera vez que un gobierno de la región ha reconocido explícitamente los derechos reproductivos de las mujeres como derechos fundamentales en una constitución nacional.

El enfoque de derechos humanos en la salud reproductiva exige varios pasos fundamentales que son conformes con los planes de El Cairo y Beijing. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, por ejemplo, ha destacado lo siguiente:

- El derecho a la salud exige un acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación familiar, en particular, con la salud sexual y reproductiva, en general.
- Es discriminatorio que un Estado se niegue a prever en su legislación la realización de ciertos servicios de salud reproductiva para las mujeres. Por ejemplo, si los proveedores de atención sanitaria se niegan a realizar esos servicios argumentando objeción de conciencia, deben introducirse medidas para velar por que las mujeres sean remitidas a otros proveedores de atención.
- Los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes, de ambos sexos, a la educación sexual y sobre la salud reproductiva mediante personal debidamente adiestrado en programas especialmente diseñados que respeten su derecho a la intimidad y la confidencialidad.

Estos derechos se apoyan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y las personas a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y el momento en que quieran tener sus hijos, y a disponer de la información y los medios necesarios para hacerlo.

Mensajes clave

- Reconocer la salud reproductiva como derecho humano en las leyes, las políticas y los programas.
- Proporcionar un acceso efectivo a una gama de servicios de planificación familiar y a otros servicios de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar el acceso de los adolescentes de ambos sexos a la educación sexual y sobre salud reproductiva.
- Garantizar que las mujeres tengan derecho a determinar libremente el número y el espaciamiento de sus hijos.

Ejemplos de otros indicadores

- Calendario y cobertura de una política nacional sobre salud materna y reproductiva.
- Proporción de mujeres de edad fecunda que utilizan métodos anticonceptivos o cuya pareja utiliza métodos anticonceptivos.