

2 Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal



Para mejorar la salud materna y neonatal es preciso prestar unos servicios básicos en momentos críticos y en lugares clave a los que las mujeres, niños y niñas puedan acceder fácilmente. El establecimiento y la consolidación de una atención continuada requiere algo más que una mejora de la atención primaria de la salud: es necesario también que exista un entorno propicio para las madres, los niños y las niñas que salvaguarde y promueva sus derechos. El segundo capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 explora los fundamentos de este entorno propicio y las formas en que sirve para apuntalar los esfuerzos dirigidos a mejorar la atención primaria de la salud.

En octubre de 2008, más de 500 responsables de salud de 65 países se reunieron en Almaty, Kazajstán, en una conferencia internacional que conmemoraba el 30 aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de la salud. Los participantes intercambiaron experiencias de las tres últimas décadas y renovaron su compromiso con los principios de la atención primaria de la salud como vía para fortalecer los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud presentó en vísperas de la conferencia el *Informe sobre la salud mundial de 2008*, que aborda también el tema de la atención primaria de la salud.

La Declaración de Alma-Ata, que surgió de una reunión similar convocada por UNICEF y la OMS en 1978 en la misma ciudad, supuso en efecto un nuevo rumbo en materia de salud pública. Promovía que los países ampliaran las competencias de la atención de la salud más allá de las intervenciones médicas para incluir también las limitaciones sociales, culturales y de infraestructura que dificultan la prestación de servicios de salud de calidad a todos los ciudada-

nos. Una de las esferas de mayor interés de la estrategia sobre atención primaria de la salud resultante de la reunión de Alma-Ata coincide con el tema central de este informe: la atención a las madres, los niños y las niñas. Otras prioridades eran la lucha contra las enfermedades, el acceso a la planificación familiar y el suministro de agua y saneamiento seguros. Se acordó la necesidad de exhortar a los ciudadanos a participar en el cuidado de su propia salud, en particular mediante la atención preventiva y la adopción de unas conductas y prácticas saludables¹ (véase el recuadro en la página 29).

Durante los 30 años siguientes a esa conferencia se han alcanzado logros notables en todo el mundo en desarrollo en lo que se refiere al control de diversas enfermedades importantes, entre ellas la polio y el sarampión, y en la reducción de la mortalidad infantil, en particular durante el periodo posneonatal (entre los 29 días y los 5 años de edad). Sin embargo, debido a las desigualdades crecientes en materia de atención sanitaria registradas entre los distintos países del mundo en desarrollo, y dentro de los mismos, puede

que el programa planteado en Alma-Ata acerca de una atención primaria de la salud integral –que haga hincapié en la importancia de un entorno propicio y de unas intervenciones preventivas y paliativas para lograr unos buenos resultados en materia de salud– sea tan pertinente hoy como lo era en 1978.

Cada vez es un hecho más ampliamente reconocido entre los responsables de la creación de políticas y los profesionales de la salud que las necesidades interrelacionadas de las mujeres y la infancia exigen el tipo de soluciones propugnadas en la Declaración de Alma Ata. Este reconocimiento ha culminado en un interés renovado por los marcos integrados de prestación de servicios de atención sanitaria. El perfeccionamiento periódico de dichos marcos de actuación, que ha dado como resultado iniciativas tales como la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (presentada por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud en 1992), y la colaboración entre aliados nacionales e internacionales durante las dos últimas décadas, se han consolidado recientemente en un modelo integral que engloba los programas –hasta hoy

La naturaleza interrelacionada de las necesidades sanitarias de las mujeres y los recién nacidos exige soluciones integradas de atención primaria de la salud.

por lo general separados— de salud materna e infantil: *la atención continuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas.*

La atención continua

El objetivo de la atención continuada es integrar la atención sanitaria de las madres, de los recién nacidos y de los niños. Su premisa básica podría resumirse como sigue: la prestación de servicios esenciales para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas es más eficaz cuando se realiza a través de módulos integrados en momentos críticos del ciclo vital de las madres, los niños y las niñas, en el contexto de un sistema sanitario dinámico que abarque lugares clave, sustentado por un entorno que defienda los derechos de las mujeres y la infancia.

Los *momentos críticos* para la prestación de servicios son la adolescencia, el periodo previo al embarazo, el embarazo, el parto, el periodo posparto, el periodo neonatal, el periodo de lactancia y la infancia.

Entre los *servicios esenciales para las madres, los recién nacidos y los niños* figuran la atención básica de calidad, la atención sanitaria materna, neonatal e infantil, la nutrición adecuada, unas instalaciones de agua y saneamiento mejoradas, y unas prácticas higiénicas.

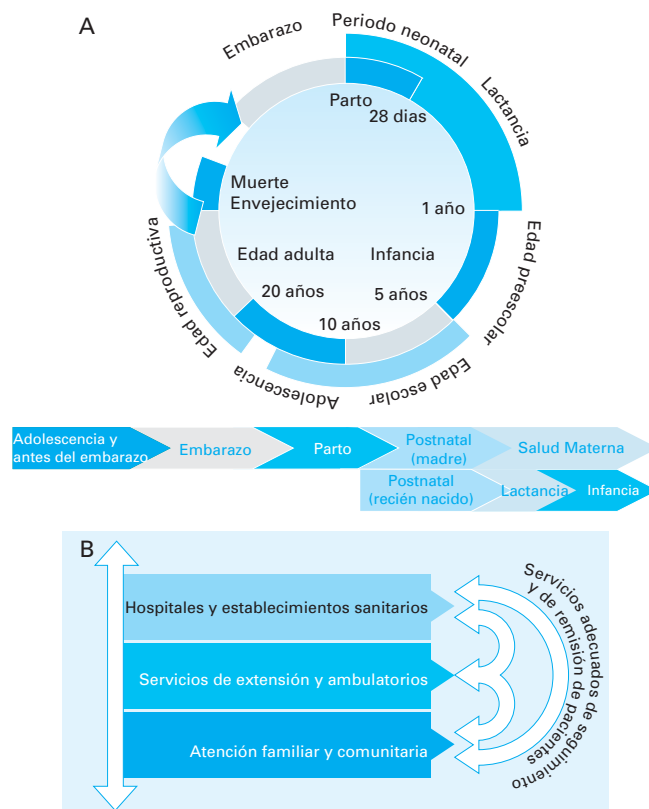
Las *modalidades clave de prestación de los servicios* consisten en servicios en los hogares y en las comunidades, servicios de extensión y ambulatorios, y servicios prestados en establecimientos sanitarios².

Para que se dé un *entorno propicio* es preciso que se respeten los derechos

Gráfico 2.1

La atención continua

Conectar los servicios de atención prestados durante el ciclo vital (A) y en los lugares en que se dispensan (B). Adaptado de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, con autorización.



Fuente: Kevbes, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, número 9595, 13 de octubre 2007, pág.1360.

de las mujeres y la infancia, que exista una educación de calidad, un nivel de vida aceptable, protección contra el maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia, una participación equitativa en el hogar, la comunidad y la vida política y social, que se potencie la autonomía de la mujer, y que haya una mayor participación de los hombres en la atención materna e infantil.

La atención continuada refleja ampliamente una serie de principios estratégicos que se basan en las experiencias

aprendidas a lo largo de un siglo de evolución de los sistemas y las prácticas sanitarias. Estos principios se exploraban de forma exhaustiva en *El Estado Mundial de la Infancia 2008*, y se resumen a continuación.

- Las medidas orientadas a mejorar la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños y niñas resultan más eficaces y sostenibles cuando se integran y se prestan mediante módulos prácticos y rentables orientados a las familias y las comunidades.



Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres durante el embarazo se pueden prevenir, detectar o tratar mediante visitas prenatales. Una trabajadora sanitaria se prepara para tomarle la tensión a una mujer embarazada en una clínica de Bangladesh.

- Los sistemas de salud resultan más útiles cuando las distintas modalidades de atención se integran de forma dinámica: servicios de extensión y ambulatorios, y servicios de atención a las comunidades y familias.
- Para fortalecer los sistemas sanitarios a fin de mejorar los resultados relativos a la salud de las madres y los niños y niñas, es mucho mejor combinar e integrar las ventajas que presentan los enfoques verticales y horizontales de la prestación de servicios sanitarios que elegir cualquiera de los dos enfoques de forma aislada.
- Un enfoque orientado hacia los resultados para el desarrollo de los sistemas sanitarios, centrado en intervenciones eficaces y basadas en las pruebas, es útil para concebir los programas y las políticas y supervisar y evaluar los progresos.
- La mejor forma de lograr resultados es mediante la colaboración entre los programas, las políticas y alianzas que trabajan en aras de mejorar la salud materna, neonatal e infantil³.

Estos principios constituyen la base de los programas, políticas y alianzas cuya finalidad es establecer y ampliar la atención sanitaria continuada de calidad para las madres, los recién

nacidos y los niños y niñas. No obstante, para que sean realmente eficaces y se aproximen más a la meta de una atención primaria de la salud de calidad para todos planteada en Alma-Ata, los servicios esenciales que se prestan a las madres y a la infancia han de contar con el respaldo de un entorno propicio que salvaguarde y promueva sus derechos. Sin unas intervenciones que aborden la discriminación por motivos de género, las desigualdades y los abusos perpetrados contra las mujeres y las niñas en particular, existe el riesgo de que las intervenciones en apoyo de una atención sanitaria mejorada sean mucho menos eficaces, sostenibles o incluso posibles.

Tomemos como ejemplo el problema del bajo peso al nacer, que es un factor subyacente en el 70% de las muertes neonatales. La mayoría de los bebés que nacen con un peso inferior al normal han padecido una restricción del crecimiento intrauterino, normalmente como resultado de la mala nutrición y la salud precaria de la madre antes y durante el embarazo. La mayoría de estos casos se dan en Asia meridional, región que registra los índices más elevados de malnutrición entre las niñas y las mujeres, y la única que presenta pruebas contundentes acerca de la existencia de prácticas discriminatorias en la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años y los adolescentes⁴.

Reducir las muertes neonatales no sólo requiere la prestación de una atención prenatal y la asistencia de personal capacitado en el parto; también es necesario que las niñas y las mujeres reciban una alimentación adecuada y una atención sanitaria desde el momento de su nacimiento, a lo largo de la infancia y en la adolescencia, en la edad adulta y durante la edad de concebir.

Esto no es más que un ejemplo –en lo que resta de este capítulo figuran otros– de cómo la supervivencia y la salud de los recién nacidos y los niños y niñas depende en gran medida de que se respeten los derechos de las mujeres. Por este motivo comenzamos nuestro análisis de la atención continuada de las madres y los recién nacidos examinando los diversos componentes que constituyen un entorno propicio para los derechos de las mujeres y las niñas.

Crear un entorno propicio para las mujeres y la infancia

Mejorar la salud materna y neonatal no es simplemente una cuestión práctica de crear, ampliar y mejorar los servicios de maternidad. Consiste también en abordar y revertir la situación de desidia que afecta a los derechos de la mujer, así como la discriminación estructural y el maltrato que a menudo padecen las mujeres y las niñas.

La discriminación por motivos de género –que a menudo se perpetúa de una generación a otra por medio de la tradición cultural y económica, así como de las normas sociales y políticas– tiene varios efectos perniciosos. Puede ser causa de que se deniegue a

Promover comportamientos sanos para las madres, los recién nacidos y los niños: *la guía Para la Vida*

Crear un entorno propicio para la salud de las madres y los recién nacidos requiere alterar los comportamientos que discriminan a las mujeres y las niñas y adoptar prácticas sanas que las protejan contra la enfermedad y las lesiones. Las prácticas sanas, como la lactancia materna exclusiva de un recién nacido durante los primeros seis meses de vida o lavarse las manos con jabón, debe estar basada en pruebas empíricas y establecidas por expertos médicos.

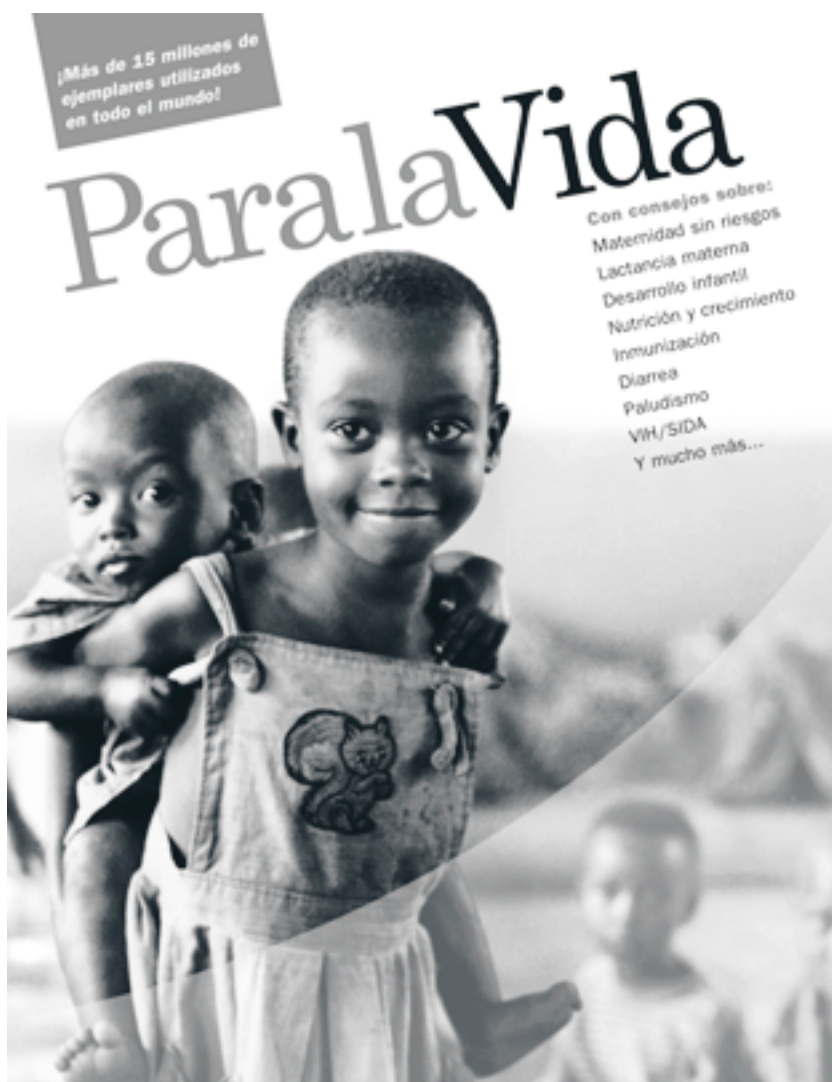
Describir estas prácticas a los progenitores y otros cuidadores mediante un lenguaje sin tecnicismos es fundamental para promover la autonomía de las mujeres y las niñas y apoyar la salud de las madres y los recién nacidos. Hace 20 años, ocho organismos de las Naciones Unidas –UNICEF, OMS, UNFPA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el Programa Mundial de Alimentos y el Banco Mundial– publicaron conjuntamente una guía para difundir este tipo de conocimientos vitales a todo el mundo. La guía, titulada *Para la Vida*, estaba dirigida a comunicadores, trabajadores de salud, los medios de comunicación, funcionarios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, maestros, dirigentes religiosos, empresarios, sindicatos, grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otras personas. En su tercera edición, publicada en 2002, abordó una amplia gama de temas:

- Espaciamiento de los nacimientos
- Maternidad sin riesgos
- Desarrollo y aprendizaje temprano del niño
- Lactancia materna
- Nutrición y crecimiento
- Inmunización
- Enfermedades diarreicas
- Tos, resfriados y otras enfermedades graves
- Higiene
- Paludismo
- VIH y SIDA
- Prevención de lesiones
- Desastres y situaciones de emergencia

Mediante mensajes fundamentales claros, breves y prácticos, se explicaban las medidas recomendadas y se ofrecía información complementaria.

Uno de los principios fundamentales de la guía es que la comunicación requiere algo más que proporcionar simplemente información. Exige también presentar la información de manera interesante y accesible y ayudar a las personas a comprender su pertinencia. La guía analiza también modalidades para adoptar medidas y superar embotellamientos y barreras.

Para la Vida se ha distribuido ampliamente, y en 2002 había más de 15 millones de ejemplares en circulación en 215 idiomas. En la actualidad se está preparando una nueva edición de la guía.



La igualdad entre los géneros produce dividendos dobles, ya que mejora la vida tanto de las mujeres como de la infancia.

las mujeres y las niñas el acceso a una educación, que, según demuestran los estudios, podría disminuir el riesgo de muerte materna e infantil⁵. Puede impedirles que reciban o que busquen la atención médica adecuada, o que adquieran las técnicas de vida necesarias para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (en especial el VIH), del espaciamiento inadecuado de los embarazos, de la violencia, el abuso y la explotación. Puede restringir su capacidad de generar ingresos cuando se convierten en mujeres adultas, condenándolas a una vida de esclavitud y sometimiento cuando contraen matrimonio, lo que a menudo sucede cuando son aún niñas menores de 18 años.

Además, la enorme carga de trabajo que recae sobre las mujeres –que por

lo general trabajan más horas que los hombres– puede privarlas de tiempo para el ocio y el descanso.

Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal requiere hacer frente a las barreras sociales, económicas y culturales que perpetúan la desigualdad y la discriminación por motivos de género. Esto implica diversas intervenciones clave: educar a las mujeres y a las niñas y disminuir la pobreza que las afecta; protegerlas contra el maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia; promover su participación y su presencia en la toma de decisiones relativas al hogar, así como en la vida política y económica; y dotarles de los medios necesarios para que puedan exigir sus derechos y la prestación de unos servicios esenciales

para sí mismas y para su prole. A la hora de establecer un entorno propicio es también fundamental una mayor participación de los hombres en la atención de la salud materna y neonatal, y en la lucha contra la desigualdad y la discriminación por motivos de género. El resto de este capítulo se dedicará a examinar brevemente cada uno de estos retos.

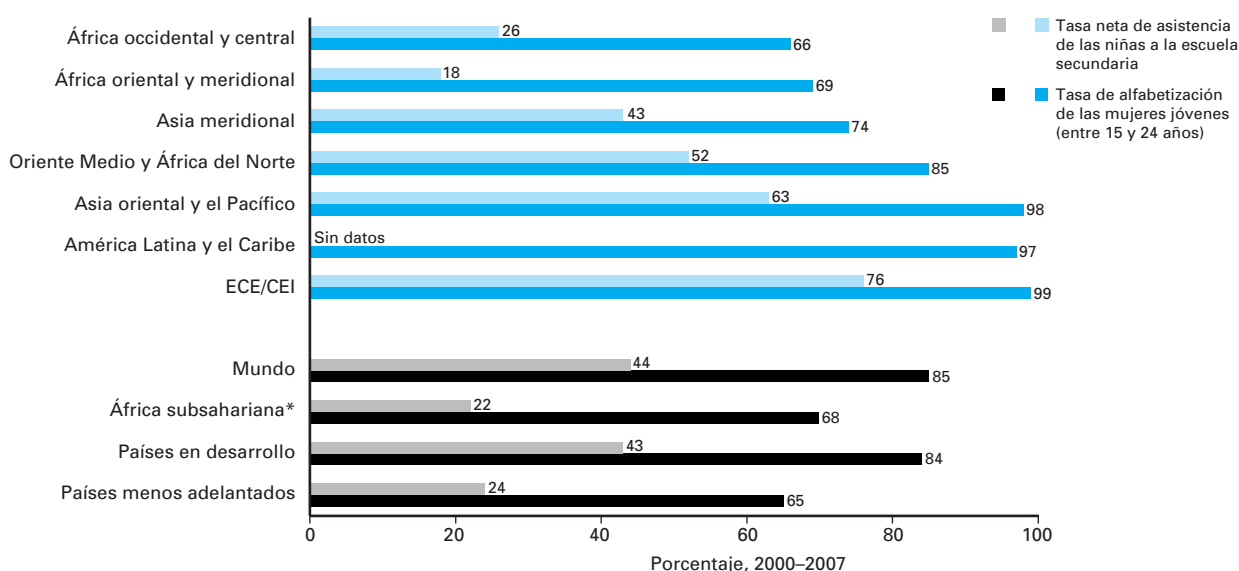
Una educación de calidad y un nivel de vida aceptable

Garantizar una educación de calidad

La educación es un derecho de los niños, niñas y adolescentes en virtud de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, de la Convención sobre los Derechos del

Gráfico 2.2

Si bien está mejorando, la situación educativa de las jóvenes sigue siendo precaria en muchas de las regiones en desarrollo



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuentes: Índice de alfabetización de mujeres jóvenes – Instituto de Estadísticas de UNESCO. Índice neto de asistencia de las niñas a la escuela secundaria – Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata

La Declaración de Alma-Ata de 1978 supuso un hito porque conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable que permitiera su conquista. El documento resultante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria manifestaba que la atención primaria de la salud constituía la clave para reducir las desigualdades en materia de salud que existen entre los países y dentro de los mismos y, por ende, para lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de una “Salud para todos” para 2000. En este documento se define la atención primaria de la salud como unos servicios de “atención sanitaria básica” basados en intervenciones científicamente probadas. Estos servicios serían universalmente accesibles para las personas y las familias, a un coste que se hallara al alcance de las comunidades y los países en su conjunto. La atención primaria de la salud englobaba ocho componentes mínimos: educación sobre la salud, una nutrición adecuada, atención materna y neonatal, saneamiento básico y agua apta para el consumo, control de las enfermedades infecciosas más graves mediante la inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas de cada región, tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, y un suministro de medicamentos básicos.

En esta declaración se exhortaba a los gobiernos a formular políticas nacionales que incorporaran la atención primaria de la salud a sus sistemas nacionales de salud, instándoles a dar importancia a la atención sanitaria comunitaria, como reflejo de la realidad política y económica de un país. Este tipo de modelo contribuiría a llevar “la atención sanitaria lo más cerca posible de los lugares de trabajo y residencia de las personas”, posibilitando así su acceso a los trabajadores sanitarios, médicos y auxiliares de enfermería de ámbito comunitario conforme a sus necesidades. Además, se promovía el espíritu de solidaridad entre los integrantes de las comunidades, alentándoles a participar en la planificación y aplicación de los programas de atención sanitaria. Unos buenos mecanismos de remisión de pacientes completarían el alcance de la atención sanitaria haciendo posible el acceso a unos servicios integrales a aquellos que más lo necesitan: las personas más pobres y marginadas.

La declaración de Alma-Ata surgió a partir del mismo movimiento en pro de la justicia social que había generado la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional de 1974. Ambas ponían de relieve la interdependencia de la economía global e impulsaban el intercambio de ayuda y conocimientos con miras a revertir las crecientes desigualdades económicas y tecnológicas que existían entre los países industrializados y los países en desarrollo, cuyo crecimiento se había visto impedido en muchos casos por la colonización. Sirvieron asimismo de inspiración los ejemplos de las innovaciones introducidas en países más pobres después de la Segunda Guerra Mundial. Iniciativas como las clínicas para menores de cinco años de Nigeria, los médicos descalzos de China y los sistemas

sanitarios de Cuba y Viet Nam, hicieron patente que era posible lograr avances en materia de salud sin la infraestructura existente en los países industrializados.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria marcó en sí misma un hito. A ella asistieron 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales, lo que hizo que en su día fuera la conferencia más extensa consagrada jamás a una única cuestión relativa a la salud y el desarrollo internacional. No obstante, había obstáculos que impedían el logro de los objetivos planteados. Por una parte, la declaración no tenía un carácter vinculante. Además, desde el primer momento surgieron disensiones conceptuales sobre la definición de términos y expresiones fundamentales tales como el “acceso universal”, que aún hoy en día persisten. En el contexto de la guerra fría estas disensiones pusieron al descubierto las marcadas diferencias ideológicas existentes entre el mundo capitalista y comunista. La discordia tal vez se vio agravada por el hecho de que la conferencia de Alma-Ata se celebrara en lo que entonces era la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

El agitado clima económico que acompañó a la llegada de la década de 1980 contribuyó a un abandono de la atención primaria de la salud en favor del modelo más asequible de atención sanitaria selectiva, orientada a tratar enfermedades y dolencias específicas. No obstante, a pesar del relativo éxito de la atención primaria de la salud en los países en los que se ha implantado, los avances en la mejora de la salud pública ponen de manifiesto la flexibilidad y aplicabilidad del modelo sanitario de base comunitaria.

El progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en combinación con los peligros que suponen para la salud mundial y la seguridad humana el cambio climático, la pandemia de gripe y la crisis alimentaria mundial han dado paso a un interés renovado por la atención primaria de la salud. Sin embargo, los numerosos obstáculos que impidieron la aplicación de los principios propugnados en Alma-Ata han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que debemos abordarlos si queremos alcanzar esos objetivos en la actualidad. Las pruebas cada vez más abundantes que avalan la eficacia y rentabilidad de las iniciativas que combinan la atención en el hogar y en la comunidad con servicios de extensión y de atención en establecimientos sanitarios –como las descritas en el Capítulo 3 en relación con la salud materna e infantil–, pueden servir de inspiración a los gobiernos, aliados internacionales y organizaciones civiles para dar un nuevo impulso a la atención primaria de la salud.

Véanse las referencias, pág. 108.



Los profesionales sanitarios de los servicios de extensión prestan unos servicios de vital importancia a las comunidades y los hogares. Una trabajadora comunitaria de la salud sujeta un gráfico de crecimiento infantil durante una sesión educativa impartida a un grupo de jóvenes madres en la India.

Niño de 1989 y de otros documentos sobre derechos humanos⁶. Es además un medio fundamental para mejorar la salud materna y neonatal, para reducir la incidencia de los matrimonios prematuros –y sus consecuencias, en gran medida inevitables, del embarazo y la maternidad prematura–, para eliminar la pobreza y el hambre extremas, fomentar el conocimiento de los riesgos para la salud y difundir técnicas de vida. Dado que es bien sabido que la discriminación contra la mujer comienza en una fase temprana de la vida, se deberían poner en marcha ya en la primera infancia programas que fomenten la igualdad entre los géneros y el respeto hacia los derechos de la mujer, y que animen a los padres y madres a desempeñar un papel activo en la atención de sus hijos.

Garantizar una educación de calidad para las niñas y las mujeres jóvenes es un desafío clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya meta es lograr una educación primaria de calidad universal (ODM 2) y eliminar la desigualdad entre los géneros en todos

los niveles educativos para 2015, en el contexto más amplio de las actividades encaminadas a promover la igualdad entre los géneros y a potenciar la autonomía de la mujer (ODM 3).

Si bien los logros en lo que atañe a lograr la paridad entre los géneros en materia de educación primaria han sido notables –actualmente se considera que todas las regiones van camino de alcanzar este objetivo–, aún existen diferencias importantes en diversos países, y en particular en África occidental y central. Estas desigualdades son más persistentes en la educación secundaria⁷.

Los estudios confirman desde hace el tiempo los beneficios de la educación no sólo para las mujeres y las niñas sino también para las familias y las sociedades. Los estudios demuestran que las adolescentes que cuentan con una formación son más proclives a esperar hasta haber superado la etapa adolescente –en la que el riesgo de embarazo es mayor– para formar una familia, y en consecuencia suelen

tener bebés más saludables⁸. Los beneficios derivados de retrasar el embarazo hasta después de la adolescencia son numerosos. De ello dan fe los siguientes datos:

- Las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y 19 años en todo el mundo. Cada año se registran 70.000 muertes por estas causas⁹.
- Cuanto más joven es la niña cuando se queda embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años¹⁰.
- Si la madre tiene menos de 18 años, el riesgo del bebé de morir durante su primer año de vida es de un 60% más que en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años¹¹.

Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal exige abordar las barreras sociales, culturales y económicas que perpetúan la desigualdad entre los géneros.

- Incluso si el bebé sobrevive, tendrá más probabilidades de nacer con un peso inferior al normal, así como de padecer desnutrición y un desarrollo físico y cognitivo tardío¹².

Los beneficios derivados de la educación van más allá de reducir el riesgo de muerte materna y neonatal y de una salud precaria. Los estudios revelan que las mujeres con formación son más propensas a retrasar el matrimonio y a asegurarse de que sus hijos e hijas sean inmunizados, tienen más conocimientos acerca de su propia nutrición y la de su prole, y procuran mantener el espaciamiento entre los embarazos¹³. Como resultado, sus hijos e hijas registran unos índices de supervivencia más elevados que los de

las mujeres que carecen de formación y suelen estar mejor alimentados.

La educación es asimismo esencial para la conquista de los derechos de la mujer. Dota a las mujeres de una mayor capacidad de influir en la toma de decisiones en el hogar y aumenta sus posibilidades de participar en la vida económica y política.

Protección frente al maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia

Prevenir el matrimonio infantil

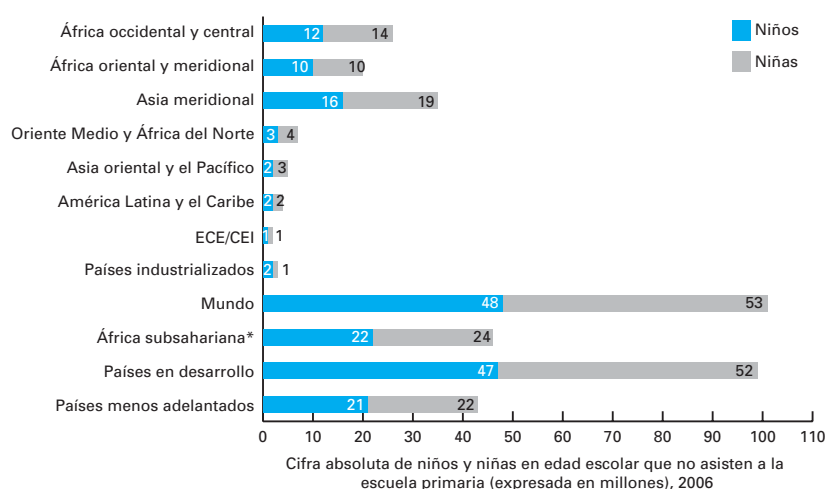
El matrimonio infantil constituye una violación de los derechos de la infancia, pues compromete el desarrollo de

las niñas y a menudo trae consigo embarazos prematuros y el aislamiento social. Aunque el matrimonio infantil no se aborda de forma directa en la Convención sobre los Derechos del Niño, está vinculado a otros derechos y está reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos como el derecho a contraer matrimonio “sólo mediante el libre y pleno consentimiento de los futuros esposos” (artículo 16). La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer manifiesta que “no tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños”, y exhorta a los gobiernos a que fijen una edad mínima para el matrimonio y a que impongan el registro obligatorio del matrimonio (artículo 16). Pese al compromiso internacional con el cambio, muchas sociedades y comunidades continúan casando a sus hijas e hijos cuando aún son jóvenes, debido a la fuerte presión social que ejerce la comunidad. En todo el mundo hay más de 60 millones de mujeres de entre 20 y 24 que contrajeron matrimonio antes de cumplir 18 años¹⁴. En el mundo en desarrollo, con la excepción de China, las estimaciones internacionales más recientes indican que el 36% de las mujeres de entre 20 y 24 años se habían casado o convivían con una pareja antes de haber cumplido los 18 años. En algunas regiones, la incidencia del matrimonio infantil es particularmente elevada, con cifras del 49% en Asia meridional y del 44% en África occidental y central, según las estimaciones más recientes¹⁵.

Además del incremento en el riesgo de muerte materna como resultado del embarazo y el parto, las adolescentes casadas se hallan también

Gráfico 2.3

La igualdad entre los géneros en lo que atañe a la asistencia a la escuela ha mejorado, aunque aún hay más niñas que niños que no asisten a la escuela primaria



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Estimaciones realizadas por la Sección de Información Estadística, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, a partir de datos sobre asistencia provenientes de encuestas del hogar (Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados) y del Instituto de Estadística de la UNESCO.

expuestas a sufrir violencia, maltrato y explotación. El matrimonio infantil aumenta también el riesgo de que las niñas adolescentes abandonen la escuela, lo cual incide de forma negativa en la salud materna y neonatal, así como en la capacidad de las jóvenes para generar ingresos, tal como se describía anteriormente. Ello a su vez perpetúa el círculo vicioso de la discriminación entre los géneros, dado que las familias con menos medios son más tendentes a permitir el matrimonio prematuro de sus hijas por necesidad económica¹⁶.

Dados los riesgos para la salud que se asocian al embarazo y al parto en la adolescencia (véase la página 32), la mayor probabilidad de las niñas casadas de quedarse embarazadas, y la elevada incidencia de esta práctica en

varias regiones en desarrollo, es evidente que para mejorar la salud materna es indispensable poner fin al matrimonio infantil. Para ello se precisa, entre otras medidas, que los gobiernos promulguen y aseguren el cumplimiento de unas leyes más firmes en las que se fije la edad mínima legal para contraer matrimonio en los 18 años, y que se promueva el registro tanto del nacimiento como del matrimonio, puesto que el primero permite determinar la edad del niño o niña.

Aunque el matrimonio infantil es cada vez menos habitual, el cambio está siendo muy paulatino. Abordar las actitudes que imperan en relación con el matrimonio infantil requiere asimismo abordar la cuestión de la desigualdad entre los géneros. La intervención de partes ajenas a los gobiernos es

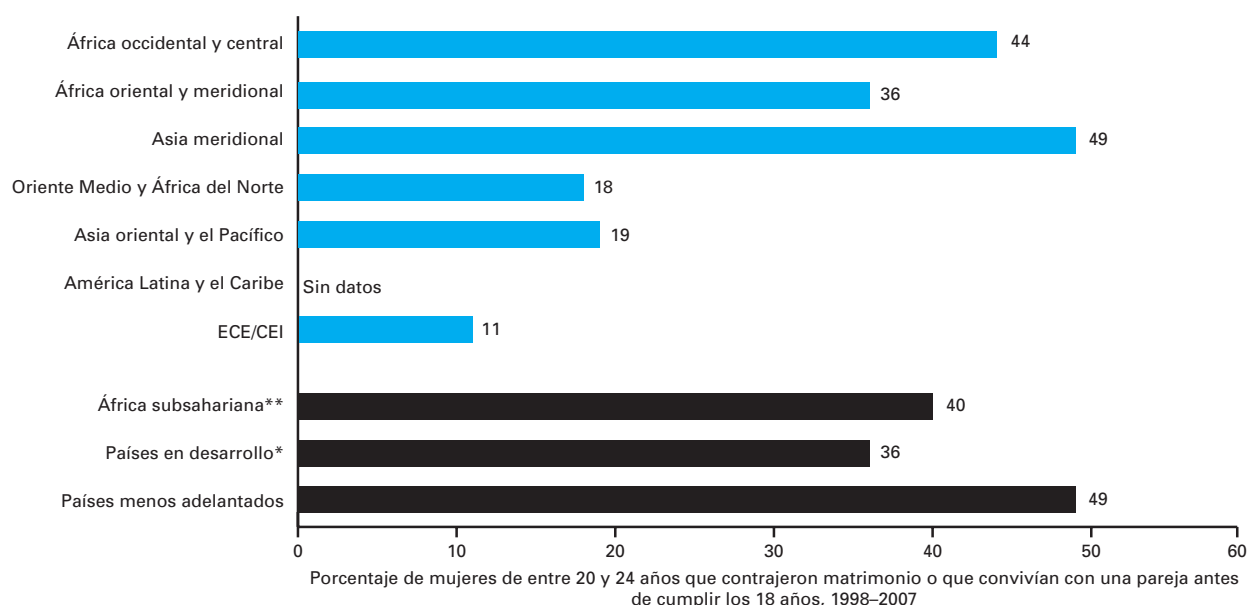
crucial –en especial de los dirigentes religiosos y comunitarios–, al igual que lo es la promoción de la educación, en particular la secundaria. Por su parte, la sociedad civil y los medios de comunicación pueden ayudar a promover el diálogo abierto con el fin de abordar y enfrentar las presiones económicas y las tradiciones sociales que contribuyen a perpetuar el matrimonio infantil.

Abandonar la práctica de la ablación/mutilación genital femenina

La ablación y mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, que las priva de su integridad física y mental, de su derecho a no padecer violencia y discriminación y, en los casos más extremos, de sus vidas.

Gráfico 2.4

El matrimonio infantil presenta una incidencia elevada en Asia meridional y África subsahariana



* Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de ámbito nacional.

Abordar la carencia de personal sanitario: una intervención crucial para mejorar la salud materna y neonatal

Uno de los mayores problemas para la salud materna y neonatal es la escasez de personal sanitario capacitado. Una encuesta practicada en 2006 por la Organización Mundial de la Salud revela que a pesar de que África es el continente en el que se concentran más del 24% de los casos de enfermedad de todo el mundo, sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios de todo el mundo, y el gasto dedicado a sanidad es inferior al 1% del total de los recursos mundiales dedicados a la salud, tomando en cuenta en este cómputo los préstamos y donaciones procedentes del extranjero. En contraste, en la región de las Américas, que comprende América Latina y el Caribe además de Norteamérica, ocurren sólo el 10% del peso de las enfermedades, pero la zona cuenta con el 37% del total de los trabajadores sanitarios de todo el mundo y emplea más del 50% de los recursos mundiales que se destinan a la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo faltan 4,3 millones de trabajadores sanitarios, escasez que afecta a todas las regiones salvo a Europa. Más específicamente, cabe decir que no hay suficientes trabajadores sanitarios cualificados –médicos, enfermeras o parteras– para atender todos los partos que se producen en el mundo. Un estudio realizado por la Joint Learning Initiative concluyó que en cada país se necesita un promedio de 2,28 profesionales sanitarios por cada 1.000 personas para alcanzar el nivel mínimo de cobertura deseado en lo concerniente a la asistencia de personal capacitado en el parto. De los 57 países en que esta cifra mínima no se alcanza, 36 se encuentran en África subsahariana. Aunque los países que registran la mayor escasez de trabajadores sanitarios en términos absolutos se encuentran en Asia –sobre todo en Bangladesh, India e Indonesia–, en términos relativos la necesidad es mayor en África subsahariana. Para alcanzar la proporción deseada sería preciso que esta región incrementara sus cifras de trabajadores sanitarios en un 140%. En un estudio anterior realizado por la OMS se calculaba que en los próximos años sería necesario formar a 334.000 asistentes obstétricos cualificados para atender el 73% de los nacimientos.

La escasez de trabajadores sanitarios se debe a varios factores, entre ellos la falta de inversiones en formación y contratación, la precariedad de los incentivos que se ofrecen a los trabajadores sanitarios, la remuneración reducida y los elevados niveles de estrés. La intensa migración de trabajadores sanitarios capacitados desde los países en desarrollo a los países industrializados –impulsada por la demanda creciente de trabajadores sanitarios en los países industrializados, cuyas poblaciones envejecen– ha contribuido también a agravar el problema. Una encuesta practicada en 10 países africanos revelaba que la cifra de médicos for-

mados en dichos países y que trabajaban en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico representaba el 23% de los médicos que permanecían en sus países de origen desempeñando su actividad.

Las tendencias demográficas registradas en el interior de los países influyen también de forma importante en la escasez de trabajadores sanitarios. La rápida urbanización de los países en desarrollo está agudizando la escasez de trabajadores sanitarios en las zonas rurales debido a que los profesionales con formación prefieren trabajar en las zonas urbanas, más prósperas. Los trabajadores sanitarios, que generalmente reciben su formación en entornos urbanos, suelen mostrarse reacios a trasladarse a un entorno rural debido a que las condiciones de vida son más difíciles y a que hay menos comodidades y menos acceso a actividades de ocio y esparcimiento que en las zonas rurales. Una encuesta realizada en Asia meridional y el Sudeste Asiático concluía, por ejemplo, que los empleos en las zonas rurales se despreciaban debido a que el salario es inferior, a que carecen de prestigio y al aislamiento social que conllevan.

También el SIDA está perjudicando gravemente los sistemas sanitarios de aquellos países donde ha alcanzado proporciones endémicas. En los países con una prevalencia elevada, los trabajadores sanitarios no sólo enfrentan los mismos riesgos en su vida privada que el resto de las personas, sino que con frecuencia se ven expuestos también a importantes riesgos en el trabajo debido a las deficiencias de material y de prácticas de protección. Según un estudio practicado en 2004 en Sudáfrica, los trabajadores sanitarios de dichos países presentaban un índice de prevalencia del VIH del 20%. Estos trabajadores deberían poder contar con una mayor protección y atención, como por ejemplo unos mejores suministros de material de protección, unas medidas de seguridad para evitar los accidentes con las jeringuillas, la profilaxis en caso de posible exposición al virus, y el tratamiento antirretroviral en caso de infección por VIH.

Establecer una atención continuada de calidad para reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal exigirá la puesta en práctica de estrategias orientadas a reducir las carencias de personal sanitario. Si bien algunas de estas carencias pueden suplirse contratando y formando a trabajadores sanitarios de ámbito comunitario –que han demostrado su gran capacidad y potencial para la prestación de servicios básicos– es preciso hacer mucho más a fin de formar y retener a personal sanitario cualificado, en particular en África subsahariana y Asia meridional.

Véanse las referencias, pág. 108.

Se estima que cerca de 70 millones de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años de 27 países de África y Oriente Medio han sido víctimas de esta práctica. Aunque el número de casos ha disminuido, la prevalencia continúa siendo elevada en diversos países y comunidades¹⁷.

Además de constituir una vulneración de los derechos humanos, la ablación y mutilación genital femenina acarrea graves riesgos en el parto, dado que aumenta la probabilidad de que haya complicaciones, como la obstrucción del parto y las hemorragias posparto, cuando el alumbramiento se produce fuera del contexto de un hospital.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud mostraba que la ablación/mutilación genital femenina no sólo afecta a la salud reproductiva de la mujer y ocasiona dolores agudos, sino que además puede ocasionar hemorragias prolongadas, infecciones, una serie de enfermedades relacionadas



© UNICEF/HQ06-2778 Bruno Brioni

La mejora de los establecimientos sanitarios y el fortalecimiento de los mecanismos de remisión de pacientes constituyen medios eficaces de fortalecer la salud materna y neonatal. Una madre observa cómo un trabajador sanitario pesa a su bebé en un centro de salud materna e infantil, Côte d'Ivoire.

con la salud reproductiva, entre ellas la infertilidad, e incluso la muerte. Afecta asimismo a los bebés nacidos de las mujeres que se ven sometidas a esta práctica. El estudio aporta pruebas incontestables de que las complicaciones en el alumbramiento se dan con más frecuencia en mujeres que han sufrido ablación/mutilación genital. Además se concluyó que la mutilación/ablación genital femenina es perjudicial para los bebés, siendo causa de una o dos muertes perinatales más por cada 100 partos¹⁸.

Los riesgos tanto para las madres como para los bebés aumentan en proporción a la gravedad de la mutilación, pero pueden incluir conmociones, hemorragias, infecciones, ulceraciones de la zona genital, que a su vez aumentan las probabilidades de sufrir muerte materna y neonatal y traumatismos¹⁹.

Abandonar la práctica de la ablación y mutilación genital femenina es crucial para garantizar una maternidad segura y reducir el número de muertes neonatales. En el Senegal y otros países en los que la ablación y muti-

lación genital femenina es muy habitual se han implantado iniciativas fructíferas consistentes en el abandono colectivo de esta práctica a través de la sensibilización comunitaria y fomentando el diálogo abierto y el consenso común²⁰.

Eliminar la violencia, el maltrato y la explotación de las mujeres y las niñas

La violencia se halla presente en todas las sociedades, minando la salud física y el bienestar emocional y psicológico de las personas que la padecen. La desigualdad por motivo de género que impera en el seno de los hogares, en los lugares de trabajo y en las sociedades puede contribuir a fomentar un clima que condone la violencia.

La magnitud de la violencia contra las mujeres y las niñas y del efecto que tiene sobre ellas se ha reconocido hace mucho tiempo. Sin embargo, hasta hace relativamente poco la valoración de su alcance se circunscribía en su mayor parte a estudios específicos. Estudios a gran escala practicados por la Organización Mundial de la Salud y los estudios de las Naciones Unidas sobre la

violencia contra los niños, las niñas y las mujeres han puesto de manifiesto la existencia de unos alarmantes niveles de violencia contra las mujeres y la infancia, si bien también muestra que estos niveles varían enormemente dentro de los propios países y regiones²¹. La repercusión de la violencia sobre la salud aumenta la probabilidad de unos resultados precarios en materia de salud física y reproductiva. Aunque muchos de los estudios son más indicativos que concluyentes, revelan que existe una correlación entre la violencia contra las mujeres y las niñas y el aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad materna.

- Un estudio realizado en 400 aldeas de la India rural revelaba que el 16% de todas las muertes registradas entre mujeres embarazadas se debían a actos de violencia perpetrados por sus parejas²².
- La violencia sexual, especialmente la violación, puede dar como resultado embarazos no deseados, en particular cuando se emplea como arma de guerra, como ocurrió en los conflictos de Bosnia y

Combatir la violencia contra las mujeres y la infancia es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal.

Herzegovina y Rwanda, en los que las mujeres eran violadas repetidas veces hasta que concebían²³.

- Los datos sugieren que los embarazos no deseados conllevan un mayor riesgo que los embarazos voluntarios y que hay menos probabilidades de que las mujeres que tienen embarazos no deseados reciban atención prenatal temprana, o de que den a luz bajo supervisión médica. Estos embarazos pueden también implicar un mayor riesgo de que se practiquen abortos en condiciones no seguras –lo que constituye una causa importante de muerte materna–, de depresión, de trastornos de ansiedad y tensión emocional, de estrés postraumático y de suicidio²⁴.
- La violencia antes o durante el embarazo puede acarrear numerosos riesgos para la salud de la madre y el bebé, entre ellos el aborto, el parto prematuro, y lesiones y traumatismos fetales. Además podría impedir que las madres busquen atención médica. Un estudio practicado en Nicaragua revelaba que cerca del 16% de los casos de bebés nacidos con un peso inferior al normal estaban relacionados con abusos físicos perpetrados por el otro miembro de la pareja durante el embarazo²⁵.
- La violencia contra las mujeres tiene también consecuencias que afectan a la capacidad reproductiva, entre ellas el dolor de espalda crónico, lesiones y cicatrices genitales, y la pérdida de peso excesiva²⁶.
- Las consecuencias psicológicas de la violencia contra las mujeres pueden

ser también devastadoras: depresión, trastornos de ansiedad y estrés, estrés postraumático y suicidio²⁷.

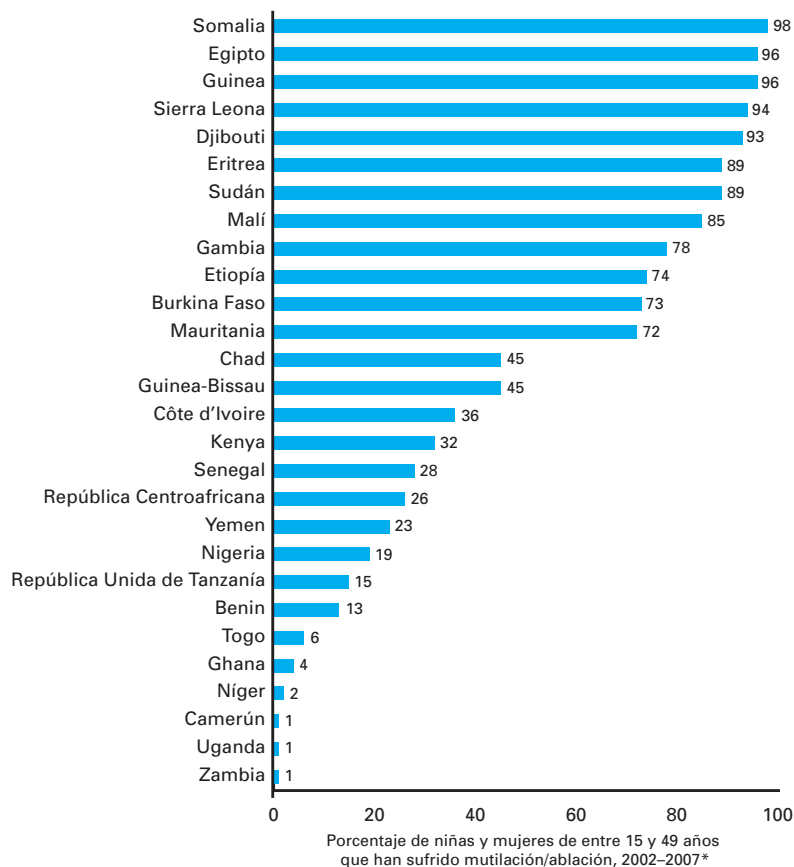
- La violencia contra las mujeres puede ocasionar dificultades a la hora de amamantar y atender al recién nacido. Además, cada vez hay más pruebas que sugieren que los recién nacidos y los niños y niñas de corta edad se hallan también expuestos a padecer violencia, y que el número de muertes deriva-

das de la violencia física se ha subestimado²⁸.

Combatir la violencia y el maltrato contra las mujeres y las niñas es un proceso complejo que requerirá una intervención firme por parte de los gobiernos, la sociedad civil, los aliados internacionales y las comunidades a fin de enfrentar y abordar tanto las causas como las consecuencias directas y subyacentes. Para reducir el nivel de violencia actual será nece-

Gráfico 2.5

La ablación/mutilación genital femenina, si bien está disminuyendo, prevalece aún en varias regiones en desarrollo



* Datos referidos al año más reciente del período especificado para el que se dispone de información.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de carácter nacional.

Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos

por César G. Victora, Profesor de Epidemiología, Universidad Federal de Pelotas, el Brasil

El problema de la igualdad en los resultados en materia de salud y en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud cada vez recibe más atención en el contexto de la salud materna, neonatal e infantil. El número creciente de pruebas y de resultados de investigaciones que hablan del alcance de las disparidades que afectan a la salud y a otros ámbitos del desarrollo suscitan este interés. Las desigualdades se definen como las diferencias sistemáticas entre distintos grupos de población que son injustas y evitables, tratándose generalmente de disparidades relacionadas con la posición socioeconómica, el género, el grupo étnico y el lugar de residencia, entre otros factores.

Contar con la presencia de un trabajador sanitario capacitado durante el parto –una intervención clave para mejorar la salud y la supervivencia materna y neonatal– figura entre los servicios sanitarios de prestación más desigual. El Gráfico 2.6 muestra el promedio de nacimientos asistidos por un profesional sanitario capacitado, calculado a partir de los resultados obtenidos de encuestas realizadas en países con un nivel de ingresos medio y bajo. Existen desigualdades muy acusadas entre las distintas regiones del mundo: Europa y Asia central presentan los niveles más elevados de cobertura en todos los niveles de ingresos, mientras que África subsahariana y Asia meridional, en particular, van muy a la zaga.

Además de las diferencias existentes entre las regiones, dentro de cada región se registran también disparidades importantes en función de la situación socioeconómica, como puede observarse comparando la asistencia al parto de personal capacitado según los distintos quintiles de ingresos. Sólo está presente un trabajador sanitario capacitado en menos del 10% de los nacimientos del 20% de las madres más pobres de Asia meridional, mientras que la cifra correspondiente a las madres del quintil más próspero de

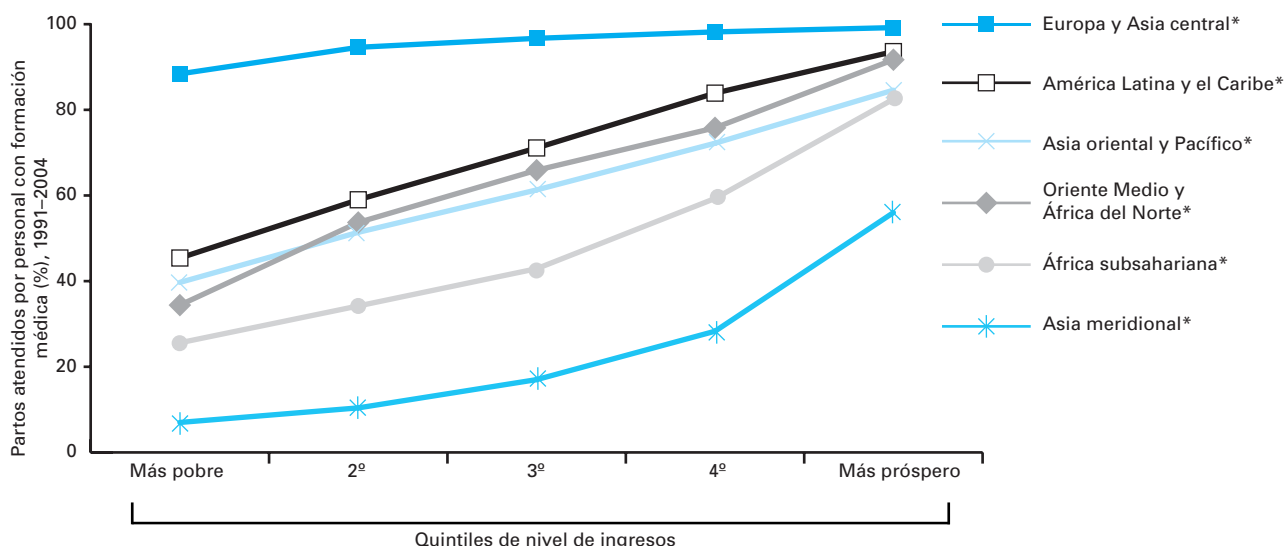
esta misma región es del 56%. El resto de regiones en desarrollo muestran disparidades similares; incluso en Europa y Asia central –donde la mayoría de los países para los que se dispone de información son antiguas repúblicas socialistas– el número de partos asistidos por personal sanitario capacitado es notablemente inferior en el caso de las mujeres más pobres, en comparación con las cifras que registran las mujeres que cuentan con más medios.

Existen también otros indicadores de la prestación de atención sanitaria que revelan diferencias acusadas. Las madres de zonas urbanas y los niños y niñas de países en desarrollo suelen tener más acceso a una atención sanitaria y gozan de un mejor estado de salud que los que viven en zonas rurales. De forma similar, existen desigualdades socioeconómicas acusadas dentro de las zonas urbanas, en las que las condiciones sanitarias entre los habitantes de los barrios de tugurios son particularmente adversas. También dentro los propios países se registran a menudo diferencias entre los distintos estados y provincias en lo que atañe a la salud materna e infantil, como demuestran las enormes variaciones que presentan los indicadores de salud correspondientes a los estados del sur del Brasil, más prósperos, y las regiones del nordeste, más empobrecidas.

Las madres pobres y su progenie reciben menos servicios de atención continuada. A partir de datos provenientes de diversos países de África subsahariana fue posible determinar la cantidad de madres, niños y niñas que se habían beneficiado de un módulo consistente en cuatro intervenciones básicas: cuidado prenatal, asistencia profesional durante el parto, atención postnatal e inmunización infantil. La cobertura en relación con estas cuatro intervenciones era de dos a seis veces mayor –dependiendo del país– entre los grupos más prósperos que entre los más pobres. Estas pautas desiguales

Gráfico 2.6

Madres que recibieron asistencia de personal capacitado en el parto, por quintiles de ingresos y regiones



* Véase la página 108 de la sección Referencias.

Source: Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2007, págs. 123–124.

de prestación de la atención sanitaria reflejan, y a la vez consolidan, la exclusión que padecen los grupos sociales más pobres y marginados, y ayudan a explicar por qué la mortalidad materna, neonatal e infantil presenta variaciones socioeconómicas tan acusadas.

Los sistemas de salud desempeñan un papel importante en la lucha contra estas disparidades. Ejemplos procedentes de todo el mundo en desarrollo muestran que es posible hacer mucho –y que se está haciendo– para abordar y disminuir las desigualdades en el acceso a servicios básicos.

- En la *República Unida de Tanzania* se logró un acusado descenso de la mortalidad privilegiando las intervenciones destinadas a combatir las enfermedades que afectan a las madres pobres y su descendencia y dando preferencia a las mismas a la hora de dotar los presupuestos de salud de los distritos.
- En el *Perú*, los departamentos (provincias) más pobres del país son los primeros que reciben las nuevas vacunas; las vacunas se amplían al resto de país sólo cuando se ha logrado un elevado nivel de cobertura en estos distritos.
- En *Bangladesh*, el programa de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia se llevó a cabo de forma sistemática en las zonas más pobres del país. El Programa de Salud Familiar del Brasil empleó una estrategia similar.

Debido a que las poblaciones pobres suelen vivir en zonas rurales y remotas, el empleo de cauces adecuados que les brinden acceso a los servicios esenciales debería ser una preocupación prioritaria del sector sanitario. El Gráfico 2.7 muestra cómo se han logrado reducir las desigualdades en el acceso a la atención prenatal en Malí mediante la

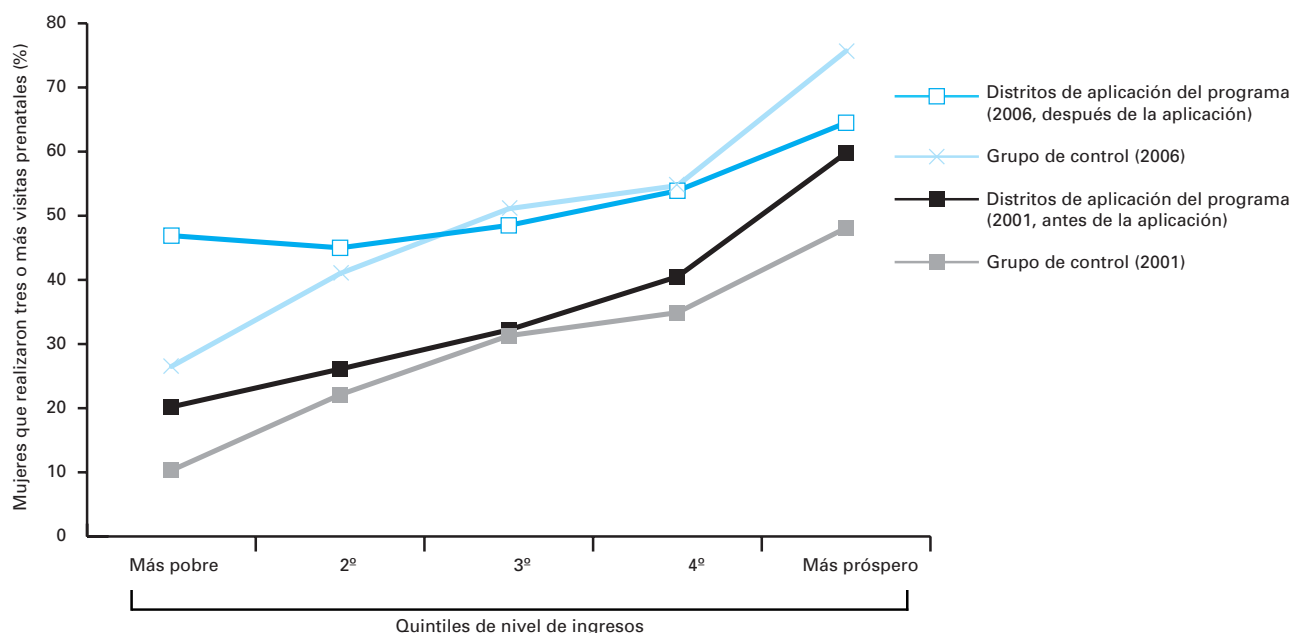
aplicación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo infantil. Si bien antes de desplegarse el programa en 2001 se registraban disparidades sociales acusadas tanto en los distritos de aplicación como en los distritos de control, cinco años más tarde el acceso a la atención prenatal en los distritos en los que se había puesto en marcha este programa era notablemente más equitativo que en los distritos de control. La estrategia consistía especialmente en la prestación de servicios de extensión destinados a mejorar el acceso de las madres de las zonas rurales a la atención sanitaria. No obstante, en otros países en los que se ejecutó este programa se emplearon estrategias distintas que consistían en otro tipo de servicios.

Reducir las desigualdades en materia de salud es esencial para la conquista de los derechos humanos. Dado que los vacíos en la prestación de servicios de atención sanitaria contribuyen a generar esas desigualdades, los sistemas sanitarios desempeñan también un papel importante a la hora de eliminarlas. Esto es especialmente cierto si se tiene en cuenta que el lograr unos mayores beneficios en materia de salud materna, neonatal e infantil depende de que se llegue de forma eficaz a las poblaciones más pobres y marginadas, que son las más castigadas por la enfermedad. Existen numerosos ejemplos de iniciativas fructíferas que, implantadas con el apoyo político suficiente y los recursos adecuados, han dado lugar a una reducción notable de las desigualdades en materia de salud. El reto fundamental que enfrentan los países y las sociedades consiste en difundir estas historias de éxito, en adoptar las prácticas óptimas que se derivan de ellas, y en generar y alimentar la voluntad política a fin de lograr que la igualdad figure a la cabeza de los programas sanitarios.

Véanse las referencias, pág. 108.

Gráfico 2.7

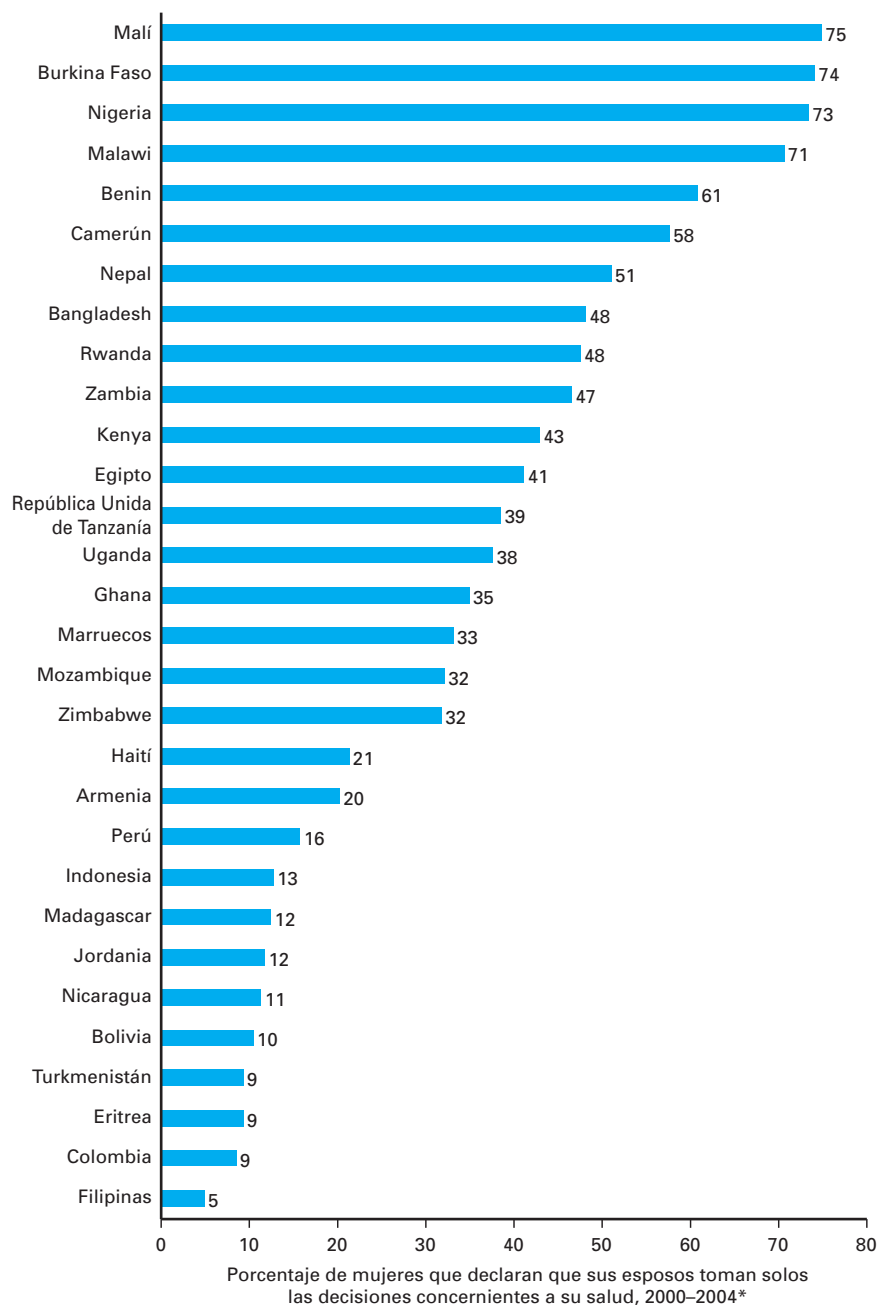
Mujeres de Malí que realizaron tres o más visitas de atención prenatal, antes y después de la aplicación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo infantil



Source: Johns Hopkins University 2008.

Gráfico 2.8

Muchas mujeres de los países en desarrollo no tienen voz ni voto en lo que atañe a sus propias necesidades sanitarias



* Los datos se refieren a los últimos años del periodo especificado para los que se dispone de datos.

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos obtenidos a partir de Encuestas Demográficas y de Salud.

sario poner en marcha unos mecanismos integrales que comprendan la promulgación de leyes y su cumplimiento y la creación de programas de investigación y de presupuestos, así como fomentar el protagonismo de las mujeres en el debate, manteniendo vivo el interés por este problema.

Participación en la vida familiar, comunitaria, económica, social y política

La discriminación por motivos de género puede impedir que las mujeres –las principales cuidadoras de los niños y niñas en todas las sociedades– participen plenamente en las decisiones e intervenciones críticas adoptadas en los hogares y comunidades y que pueden afectar a la salud materna y neonatal. Esta cuestión se examinó de forma exhaustiva en *El Estado Mundial de la Infancia 2007: el doble dividendo de la igualdad de género*, que mostraba que en una serie de países de África subsahariana, Asia meridional, Oriente Medio y África septentrional, más de una tercera parte de las mujeres encuestadas manifestaron que eran sus esposos quienes tomaban las decisiones relativas al cuidado de su propia salud. Un porcentaje considerable de las mujeres encuestadas de 30 países pertenecientes a seis regiones declararon que no participaban plenamente en la toma de decisiones en el hogar²⁹.

Facilitar que las mujeres participen de forma más equitativa en la toma de decisiones –sean de carácter grave o normales– que afectan a sus vidas y a las de su prole es fundamental a la hora de crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal. Los estudios demuestran que cuando

Animar a las mujeres a participar más plenamente en la toma de decisiones es fundamental con miras a crear un entorno propicio para las madres y los recién nacidos.

las mujeres tienen la oportunidad de participar en las decisiones clave es más probable que velen por que sus hijos e hijas reciban una buena alimentación y que busquen la atención médica adecuada para sí mismas y para su prole³⁰.

Promover la capacidad de las mujeres para participar en las decisiones del hogar no es más que una parte de la solución. Los resultados obtenidos de las Encuestas Demográficas y de Salud indican que gran parte de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones se ejercita en el ámbito comunitario³¹. Cuando las mujeres tienen la oportunidad de participar en sus comunidades pueden desafiar las actitudes y prácticas que perpetúan la discriminación entre los géneros, compartir trabajo, aunar recursos, y generar y poner en práctica iniciativas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal. Una de las razones que más contribuyen a que los recién nacidos y las madres sobrevivan al embarazo y el parto es las dotes de las mujeres cuando actúan colectivamente.

Incrementar la participación de la mujer en los procesos clave de toma de decisiones relativas al empleo y la vida política es también fundamental para lograr unos mejores resultados en materia de salud materna y neonatal. Mejorar la situación económica de las mujeres puede resultar vital para fomentar su participación en la toma de decisiones, lo cual a su vez repercute en la salud de su prole. Cuando las mujeres tienen una mayor influencia en las decisiones concernientes al hogar, son más proclives que los hombres a velar por que sus hijos e hijas estén bien

alimentados y reciban atención médica³². El hecho de que las mujeres posean sus propios activos puede potenciar también su influencia en la toma de decisiones en el hogar: un estudio realizado en zonas rurales de Bangladesh revelaba que las mujeres que poseen más activos que sus esposos antes de contraer matrimonio tienen una mayor influencia en las decisiones que se toman en el hogar³³.

Pese al progreso alcanzado en lo que se refiere a incrementar su protagonismo en los procesos de legislación nacional, en mayo de 2008 las mujeres seguían representando menos del 19% de los parlamentarios de todo el mundo³⁴. Según la organización Ciudades y Gobiernos Locales Unidos, que desde 2003 publica datos acerca de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones, la presencia de éstas en los gobiernos municipales es también escasa: en 60 países encuestados representaban sólo el 9% de los alcaldes, y el 21% de los consejeros en 67 países encuestados³⁵. Dada su incorporación limitada y relativamente reciente a la política parlamentaria, la influencia de las mujeres parlamentarias a la hora de determinar los resultados en materia de salud materna e infantil sigue siendo incierta. Las pruebas sugieren, no obstante, que las mujeres parlamentarias tienen más probabilidades de promover y apoyar firmemente medidas orientadas a ayudar a las mujeres y la infancia, dando prioridad a iniciativas cuyo objeto es mejorar la atención infantil e impulsar los derechos de las mujeres³⁶.

Las agrupaciones femeninas también pueden marcar una diferencia a escala local. En 2004 las actividades de

sensibilización emprendidas por activistas femeninas lograron convencer al Gobierno de Marruecos de que apoyara una innovadora ley sobre la familia cuyo objeto era combatir la disparidad entre los géneros y proteger los derechos de la infancia. En el mismo año agrupaciones femeninas de Mozambique emprendieron una campaña a resultas de la cual consiguieron que se fijara la edad legal para el matrimonio en 18 años (hasta entonces era de 16 años, con el consentimiento de los progenitores)³⁷.

Potenciar una participación más plena de las mujeres en las decisiones del hogar y en la vida política y económica es clave a la hora de crear un entorno propicio para las madres y los recién nacidos. Pero los beneficios de la participación de las mujeres van mucho más allá de su influencia en los resultados en materia de salud, ya que su presencia posibilita que las comunidades y sociedades centren su atención en cuestiones críticas que afectan a dos tercios partes de sus ciudadanos –mujeres, niños y niñas–, alcanzándose así decisiones que se basan en un mayor aporte de influencias y consideraciones.

Promover la autonomía de las mujeres y las niñas

Existen abundantes pruebas que dan fe de los efectos multiplicadores de invertir en la igualdad entre los géneros y en la promoción de la autonomía de la mujer.

Las inversiones específicas en educación, en salud de la reproducción y en los derechos económicos y políticos de las mujeres pueden traer consigo avances en lo que se refiere a

Adaptar los servicios de maternidad a las culturas del Perú rural

El Perú, un país con un nivel de renta medio-bajo donde el 73% de la población vive en zonas urbanas, ha logrado enormes avances en la reducción del número de muertes infantiles, que ha pasado de ser de 1 por cada 6 niños en 1970, a 1 por cada 50 en 2006. Entre 1990 y 2007, el índice nacional de mortalidad de menores de cinco años disminuyó en un 74%, lo que supone el descenso más acusado registrado en toda América Latina y el Caribe en ese periodo. Por lo que se refiere a la salud materna, en cambio, el éxito alcanzado ha sido menor: el índice de mortalidad materna, calculado en 240 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, se sitúa entre los más elevados de la región. Además, las mujeres peruanas enfrentan un riesgo de por vida de morir por razones derivadas de la maternidad, que en 2005 se situaba en 1 por cada 140 mujeres, el doble de la media regional, de 1 por cada 280.

Debido a la relativa falta de progreso de este país en lo tocante a reducir las muertes maternas, el Perú ha sido incluido en la lista ampliada de países prioritarios de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015, cuyos criterios se han amplificado en la actualidad para incluir unos umbrales de mortalidad materna, además de los umbrales de mortalidad infantil que se fijaron en 2005. Según el Ministerio de Sanidad, las mujeres de las zonas rurales presentan el doble de probabilidades que las de las zonas urbanas de morir por causa relacionadas con el embarazo. En 2000, sólo en el 20% de los partos se contaba con la presencia de un trabajador sanitario capacitado, mientras que en las zonas urbanas la cifra era del 69%.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío mayor que enfrenta el Perú a la hora de mejorar la salud materna y neonatal –y de aumentar por ende su potencial para el progreso– reside en abordar las disparidades debidas a motivos étnicos y geográficos o a la pobreza extrema. Para ello será necesario prestar servicios de atención a las mujeres y los bebés en sus lugares de residencia, así como dispensar unos servicios integrados de atención materna y neonatal, tanto habituales como de emergencia.

Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales –que por lo general consisten en servicios prestados en establecimientos sanitarios o en servicios de extensión– a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, según la tradición y las prácticas culturales, las mujeres de las zonas rurales suelen preferir dar a luz de pie y en sus casas, bajo supervisión de una partera tradicional, antes que hacerlo en la sala de partos de un centro sanitario. Además, incluso si estas madres decidieran buscar atención médica, la distancia hasta el establecimiento sanitario, el coste de los servicios, las barreras lingüísticas y otros obstáculos probablemente las disuadirían.

Garantizar que las madres tengan la opción de dar a luz en sus hogares contando con la presencia de un trabajador sanitario capacitado y, de ser necesario, con un sistema eficaz de remisión de pacientes a los servicios de atención ginecológica de emergencia, puede ser un método adecuado de integrar los servicios de carácter público con las prácticas tradicionales. A tal fin, el Ministerio de Sanidad, en conjunción con la oficina de UNICEF

en el Perú, ha concebido un proyecto de salud materna que comprende cuatro estrategias clave:

- Crear casas de espera materna con el fin de subsanar la dificultad que supone la distancia geográfica de los establecimientos sanitarios.
- Fomentar el apoyo familiar y comunitario al objeto de hacer de la maternidad y del estado de salud de la madre una prioridad.
- Incrementar el acceso de las familias pobres al Servicio Integral de Salud, que abarca los gastos de la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención posparto.
- Adaptar los servicios de maternidad con miras a eliminar las barreras existentes entre el personal de los establecimientos sanitarios y las madres que poseen costumbres muy arraigadas con respecto al alumbramiento.

Las casas de espera materna, popularmente conocidas como “Mamawasi”, tienen como propósito animar a las mujeres a que opten por dar a luz en un establecimiento sanitario en lugar de hacerlo en sus hogares. Actualmente existen casi 400 de estas casas situadas en parcelas pertenecientes a los establecimientos sanitarios u hospitales; otras se encuentran en edificios arrendados en las regiones de Aupurimac, Ayacucho y Cusco. Las mujeres embarazadas procedentes de comunidades cercanas y distantes pueden alojarse en las habitaciones de estas casas hasta que dan a luz. Las mujeres de aldeas remotas pueden permanecer en ellas durante semanas o meses. Los Mamawasi están pensados siguiendo el modelo de una típica casa indígena de una aldea rural. Las futuras madres están autorizadas a llevar consigo a miembros de su familia, lo cual las hace sentirse más confiadas y seguras al hacer uso de este servicio.

Los centros sanitarios han modificado también sus prácticas, por ejemplo admitiendo la posición de parto vertical, permitiendo que un miembro de la familia o una partera tradicional acompañen a la mujer durante el alumbramiento, y manteniendo una temperatura ambiente más elevada en los centros.

Este programa ha transformado los servicios de salud habituales fomentando la sensibilidad cultural en materia de atención sanitaria. El distrito de Huancarani, situado en la provincia andina de Paucartambo, en la región de Cusco, es el que ha experimentado un mayor éxito con la aplicación de esta nueva estrategia. En términos generales, actualmente casi 3 de cada 4 mujeres embarazadas visitan los establecimientos de salud existentes en las regiones en que operan, sobre todo para recibir servicios relacionados con el parto, mientras que anteriormente la proporción era de 1 de cada 4 mujeres. Este programa se ha incorporado a los seguros sanitarios de distrito y provinciales, y en 2004 fue adoptado por el Ministerio de Sanidad como norma nacional para su aplicación en todo el país. El Ministerio de Sanidad ha creado asimismo unos módulos de formación para instruir al personal sanitario sobre cómo lograr la adecuación cultural de los servicios prestados.

Véanse las referencias, pág. 108.

Objetivo

El Sudán meridional: después de la paz comienza una nueva batalla contra la mortalidad materna

La guerra civil que enfrentó al norte y el sur del Sudán terminó en 2005 después de 21 años de conflicto. Aunque en su mayor parte los enfrentamientos han cesado, el Sudán meridional se enfrenta ahora a otro adversario que combatir, la mortalidad materna y neonatal. Según la Encuesta de Salud en los Hogares del Sudán, practicada en 2006, la tasa de mortalidad materna en Ecuatoria Occidental, una provincia del sur del Sudán, se situaba en 2.327 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, siendo una de las más elevadas del mundo. En 2006 la tasa de mortalidad neonatal fue de 51 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, bastante superior al índice nacional del Sudán, de 41 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos.

La cobertura sanitaria general, gestionada en su mayor parte a través de unas pocas organizaciones no gubernamentales, se calcula en tan sólo un 25%. E incluso cuando existe atención sanitaria, los servicios de salud materna son escasos y a menudo no se hace uso de ellos. Parte del motivo puede ser la falta de formación. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calcula que en 2006 la tasa de alfabetización de las mujeres del Sudán meridional era de tan sólo el 12%, frente al 37% que registraban los hombres. En consecuencia, las mujeres poseen un acceso limitado a la información sobre la salud.

Otra razón posible es que las mujeres embarazadas tienen que viajar largas distancias para llegar a los centros de atención prenatal, por lo cual el índice de asistencia varía drásticamente dependiendo de la localidad, desde el 17,4% registrado en 2006 en el estado de Unidad, al 80% de Ecuatoria Occidental. Menos del 15% de los nacimientos que se producen en el Sudán meridional cuentan con la presencia de personal sanitario capacitado, y el 80% de los partos tienen lugar en los hogares bajo la supervisión de familiares, parteras tradicionales o parteras de aldea (comadronas que por lo general han recibido aproximadamente nueve meses de formación). Sin embargo, la mayoría de las causas de muerte materna –en especial la obstrucción del parto, las hemorragias, la sepsis y la eclampsia– podrían ser tratadas por trabajadores de asistencia al parto más capacitados.

La calidad precaria de los servicios existentes de atención prenatal y de asistencia al parto se debe a la escasez de personal sanitario con formación técnica. En los 10 estados del Sudán meridional, las comadronas, parteras tradicionales y otros profesionales de la atención materna y neonatal carecen de la formación adecuada necesaria para practicar técnicas sencillas de enfermería o de atención en emergencias. La falta de material y de equipos, unos mecanismos precarios

de remisión de pacientes y unas infraestructuras y transportes inadecuados impiden también la prestación de atención sanitaria. Los servicios de atención postnatal son prácticamente inexistentes, pese al hecho de que la mayoría de las muertes maternas y neonatales del Sudán meridional se producen durante el periodo postnatal.

Ante esta perspectiva, el Gobierno del Sudán meridional y sus aliados están realizando esfuerzos encaminados a fortalecer los servicios de salud materna. La Política Provisional de Salud para 2006–2011 es un breve resumen de un enfoque integrado en el que se reconoce la necesidad de mejorar los servicios de atención sanitaria a la vez que se salvaguardan los derechos de la mujer. El Ministerio de Sanidad se ha comprometido a crear más establecimientos de atención primaria y de salud reproductiva y materna, apoyando al mismo tiempo el empleo de los medios de comunicación y de los servicios de asesoramiento para difundir información sobre nutrición, sobre prácticas tradicionales perjudiciales y sobre salud sexual. Con el fin de hacer frente a las demandas inmediatas de atención sanitaria, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas se están impartiendo cursos intensivos a las parteras de las comunidades que ya cuentan con una capacitación básica. En junio de 2006 se inauguró el primer centro de tratamiento de la fístula ginecológica en el Hospital Universitario de Juba.

Con miras a acelerar la aplicación de esta iniciativa, el Gobierno ha creado ya una Dirección de Salud Reproductiva y está reclutando coordinadores que faciliten, supervisen y coordinen las actividades de salud materna y neonatal en cada uno de los estados. UNICEF está apoyando la expansión de los servicios de atención prenatal y de atención ginecológica de emergencia en numerosos estados, así como la difusión de mensajes clave sobre salud a través de la radio y de campañas de información en las comunidades.

Quedan muchos retos por delante. El regreso de los refugiados y los movimientos migratorios ocasionados por las poblaciones desplazadas, el elevado índice de mortalidad del Sudán (6,7), y las tasas crecientes de prevalencia del VIH entre determinados grupos de población hacen necesaria la aplicación de un programa sanitario sistemático. Puede que la batalla sea larga, pero quienes se han comprometido a ganarla ya han puesto manos a la obra.

Véanse las referencias, pág. 108.

reducir la pobreza, a lograr un desarrollo sostenible y a alcanzar la paz.

Comprensiblemente, los informes internacionales se centran en los beneficios económicos y sociales, dado que con frecuencia han de competir con otras esferas prioritarias para el desarrollo en la captación de unos fondos limitados. Pero es fácil perder de vista los beneficios que atañen puramente a la promoción de la autonomía de la mujer. Las mujeres independientes son más capaces de asumir el control de su propia vida, de actuar como agentes del cambio en sus comunidades y de emprender una defensa activa de los intereses de su hijos, hijas y familias; esto lo hacen, por ejemplo, velando por que los ingresos que llegan al hogar se invierten en las cuestiones más importantes, como una alimentación nutritiva, una educación y una atención sanitaria, o exigiendo aquellos servicios que les proporcionen la mejor atención posible durante el embarazo y el parto y que salvaguarden la salud de sus bebés.

La cooperación entre las mujeres a escala local a menudo supone un poderoso acicate para promover la autonomía de la mujer. Las agrupaciones femeninas de carácter no oficial generalmente se reúnen para fines prácticos, tales como la creación de un huerto que les proporcione una fuente de ingresos propios. Pero el sentimiento de solidaridad y los problemas que se comparten en estos grupos pueden contribuir a alimentar el deseo de las mujeres de ser autónomas y animarlas a exigir unos mejores servicios de salud materna, neonatal e infantil.

Alentar la participación de los hombres y los jóvenes adolescentes en la salud y la atención materna y neonatal

La ausencia de los hombres de los informes que abogan por la igualdad entre los géneros suele ser notoria, salvo cuando ellos mismos son la causa del problema, ya sea como maltratadores o tiranos en el hogar, como compañeros sexuales irresponsables que eluden su parte de responsabilidad en la contracepción, o porque derrochan los preciados ingresos familiares en gastos innecesarios.

Por lo general, los hombres tienen una escasa presencia en las publicaciones e informaciones relativas a la salud materna y neonatal. Como resultado de ello, es posible perdonar a los cientos de millones de padres y compañeros sentimentales que asumen por completo su responsabilidad por el bienestar de sus hijos y que tal vez piensan que sus esfuerzos se pasan por alto. Pero la otra cara de la moneda es que el no prestar atención a la responsabilidad de los hombres puede hacer que de algún modo se crean eximidos de ella, validando así su falta de participación en este aspecto tan esencial de la vida familiar.

El nacimiento de un hijo –sobre todo cuando se trata del primer hijo– es por lo general un momento crucial en la vida de un hombre, dado que puede consolidar la imagen que tiene de sí mismo como un ser humano afectuoso y responsable de quien los demás pueden depender. En términos más generales, involucrar a los hombres en el

cuidado de sus compañeras embarazadas y de sus recién nacidos puede suponer una oportunidad importante para establecer una relación positiva y propicia que dure toda la vida. Las pruebas demuestran que los hombres son más propensos a involucrarse cuando se sienten bien consigo mismos y en sus relaciones, y cuando las familias y amigos respaldan su participación en la vida de su progenie. El hombre que comparte la responsabilidad de la paternidad tiene también más probabilidades de compartir las decisiones relativas al hogar con su compañera, contribuyendo así a potenciar su autonomía³⁸.

Los programas que alientan la participación tanto de los hombres como de las mujeres pueden contribuir a este proceso fomentando la comunicación entre los géneros y exhortando a un reparto más igualitario de las obligaciones relativas al cuidado infantil. Además, es preciso que en los lugares de trabajo se reconozca el papel que ambos progenitores desempeñan en la crianza de su descendencia, a fin de que tanto los hombres como las mujeres se sientan estimulados a conciliar su trabajo y sus responsabilidades familiares.

Vincular el entorno propicio con la atención continuada

La creación de un entorno propicio para la salud materna y neonatal tendrá por consecuencia unos cimientos firmes que faciliten la ampliación de intervenciones esenciales en el contexto de una atención continuada, lo cual constituye el tema central del Capítulo 3.