



ALBOAN

La reducción de la mortalidad materna. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo

BFA
DFBBizkaiko Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Bizkaia

EUSKO JAURLARITZA

ETXEBIZTZA ETA GEZARTE
GABETAKO SAILA
Gorriko Garapen, Salbuerdiz
Garapen Lankidetzarako Zuzendaritza

GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y
ASUNTOS SOCIALES
Viceconsejería de Asuntos Sociales
Dirección de Cooperación al Desarrollo

Esta publicación forma parte de una colección de 9 cuadernos sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Si tienes interés en profundizar en este tema disponemos también de otros materiales complementarios (cómic, pósters, investigaciones...), que los puedes solicitar en cualquiera de nuestras oficinas o en nuestra página web.

Materiales educativos ALBOAN

- o. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio:
¿Herramienta para el cambio o desarrollo en rebajas? (2007)
- 1. Pobreza cero.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 2. Educación primaria para todas y todos.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 3. La promoción de la igualdad de los géneros.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 4. La reducción de la mortalidad infantil.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 5. La reducción de la mortalidad materna.
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)

**La reducción de la mortalidad materna.
Más que un objetivo,
un derecho para el desarrollo**



Edita:

ALBOAN

Padre Lojendio 2, 2º • 48008 Bilbao
Tel.: 944 151 135 • Fax: 944 161 938
alboanbi@alboan.org

Avenida Barañain 2 • 31011 Pamplona
Tel.: 948 231 302 • Fax: 948 264 308
alboanna@alboan.org

C/ Ronda 7, 4º I • 20001 San Sebastián
Tel.: 943 275 173 • Fax: 943 320 267
alboangi@alboan.org

www.alboan.org

Autoría: Beatriz Zalacain Loyola, Anne-Marie Cuq y **ALBOAN**

Fecha: octubre 2007

Diseño y Maquetación: Marra, S.L.

Imprime: Lankopi S.A.

Depósito Legal: Bi-2938/07

ISBN: 978-84-611-8448-1

Se autoriza la reproducción parcial de esta obra, siempre que ésta no tenga fines comerciales y la fuente sea citada.

Índice

La reducción de la mortalidad materna.	
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. BEATRIZ ZALACAIN	5
I. Antecedentes	6
II. En la salud y la pobreza...	8
III. La brecha de desigualdad marca el límite entre la vida y la muerte	9
IV. Por qué mueren las mujeres	10
V. La realidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: sus verdaderas intenciones	19
VI. Avances en el objetivo	20
VII. Conclusiones	23
Bibliografía	24
Preguntas o cuestiones para el debate	26
El lunes pasado murió Sonia. ANNE-MARIE CUQ	27
Glosario	31



La reducción de la mortalidad materna. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo

Beatriz Zalacain*

“Dios Padre, Espíritu Santo, amén.

*Dios Padre, Apóstol San Pedro y Santa Cruz; vengo aquí en tu casa,
recíbeme con tus brazos abiertos.*

*Aquí vengo con tu hija que has enviado con su regalo... Dios Padre, si llega
los nueve días o los nueve meses, que todo le salga bien, que no lo vaya
a atravesar las envidias o los diablos; Dios Padre, Madre María,
Señor Jesucristo, Madre Virginia, aquí estoy hincada enfrente de ustedes,
en tu sombra, para pedir que no vaya a tener problema de vómito cuando
llega los nueve días o nueve meses, que no vaya a tener calambre,
que todo le salga bien a los nueve días y nueve meses cuando dé a luz...
no vaya a llegar las envidias, no vaya a llegar los demonios;
no vaya a pasar las envidias de tus hijos, no vaya a pasar o atravesar;
y también no se vuelva de hemorragia y no lo vaya dañar a tu hija
cuando dé a luz.*

*Que esté contenta y alegre, que no le vaya doler nada, que no vaya subir
alteración, que no vaya caer, que por dar luz no llegue a cortar su vida.”*

Fragmento de rezo de la hi-lol y partera Margarita Pérez (México)

“Para que vaya bien el embarazo”¹.

* Beatriz Zalacain, trabajadora social y post-voluntaria VOLPA, ha estado durante 7 años en El Salvador colaborando en la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida. Actualmente trabaja en la Asociación Garaipen coordinando la Escuela de Liderazgo para Mujeres.

¹ FREYERMUTH, G. DESACATO: Los rezos, elemento para la prevención de las complicaciones del parto en los Altos de Chiapas. n.º 20, México, 2006.

I. ANTECEDENTES

Ya en 1994, 178 estados ratificaron el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo a 20 años plazo, encaminado a mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres mediante políticas relativas a desarrollo y población. Sus aspectos más relevantes eran:

1. Establece que la equidad y la igualdad entre los sexos y los derechos de las mujeres y el control por parte de las mujeres de su propia fecundidad es la piedra angular de los programas de población y desarrollo.
2. Establece como objetivo prioritario la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes para el 2015.
3. Exhorta a proveer servicios e información integrales de buena calidad sobre salud sexual y reproductiva para toda la población, incluidas las y los adolescentes.

En el 2000, los jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York en la denominada Cumbre del Milenio, comprometiéndose a lograr un mundo más justo, pacífico y próspero, lo cual se plasmó en un documento conocido como la Declaración del Milenio.

Un apartado de este documento hace referencia a una serie de objetivos o metas a alcanzar para el 2015 referidas a la reducción de la pobreza y a indicadores de desarrollo. Si bien este documento no aporta nuevos compromisos en relación a otras Declaraciones o Programas de Acción, su principal valor radica en establecer metas cuantificables y con plazos de tiempo para su cumplimiento. A estos objetivos se les conoce como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Entre ellas figura como meta **mejorar la salud materna**, para lo cual establece como objetivo **reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015**. Lo que hizo la Declaración del Milenio en relación a la salud sexual y reproductiva fue reafirmarse en el compromiso ya establecido en el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo.

Es innegable que hablar de desarrollo humano implica mucho más que los ODM. Si bien es cierto que reflejan progreso, puede considerarse una visión algo simplista y reduccionista. En definitiva, alcanzar estos objetivos no supone superar

las desigualdades de desarrollo que existen entre los pueblos y las personas, pero podemos decir que es un avance.

Los indicadores asociados a la meta de mejorar la salud materna son dos: la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

La mortalidad materna hace referencia a aquellas muertes de mujeres que se producen con motivo del embarazo, ya sea antes, durante o después del parto. La tasa de mortalidad materna se define como el número de mujeres que mueren por esta causa por cada cien mil niños y niñas nacidas vivas.

Este objetivo depende directa o indirectamente del logro de otros objetivos del Milenio, porque indudablemente están interrelacionados. Y, a la vez, lograr mejorar la salud materna se convierte en un aspecto muy importante para el logro de otros ODM. De hecho, la salud materno-infantil es un barómetro de otras áreas del desarrollo humano, como lo demuestra el Documento Final de la Cumbre del Milenio del 2005 donde se recomienda incorporar la salud sexual y reproductiva dentro de las estrategias como pieza fundamental para alcanzar los ODM.

“De parto murió mi mamá, ya no se nació el bebé, se lo llevó con ella. Dice mi papá que la partera no quiso sacarla, está normal el parto le dijo. Le dieron mucha medicina caliente. Meses antes mi mamá sangraba mucho y mi papá preguntó si es normal que se adelante la regla, le dijeron que sí las mujeres de la comunidad, a ellas les pasaba seguido en sus embarazos. Mi mamá murió a los 45 años o algo así, no sé. Diez hijos tuvo. Cuatro hermanas mujeres somos, menos la Rosita que también murió. Yo no quería tener hijos, tengo miedo de morir así.” (Cecilia, mujer tzeltal de Ocosingo, Chiapas, México).

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear. Se calcula que alrededor de quinientas veintinueve mil mujeres mueren cada año en el mundo por complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que significa que cada minuto muere una mujer en el mundo por causas obstétricas y, sin duda, estas muertes son la punta del iceberg. El 99% de estas muertes se producen en países en desarrollo, es decir, por esta causa mueren las mujeres (también las niñas y adolescentes) pobres. En el mundo desarrollado, las mujeres raramente mueren o tienen discapacidades derivadas del embarazo.

Además, al menos ocho millones de mujeres sufren complicaciones graves durante el embarazo y el parto, lo que supone riesgos importantes para su salud y secuelas para toda su vida.

Lo peor de todo es que hay consenso al afirmar que la mayoría de las muertes podrían evitarse. Cerca de tres cuartas partes de las muertes se podrían prevenir mediante intervenciones de bajo costo según el Informe de Desarrollo Humano del 2005.

Las tasas de mortalidad materna para el año 2000 según regiones:

Una de cada seis mujeres en África subsahariana tiene altas probabilidades de morir durante el embarazo o parto, en comparación con 1 de cada 4.000 en los países ricos. Si queremos más concreción, podemos decir que una de cada 18 mujeres en Nigeria tiene riesgo de morir por causas ligadas al embarazo. Por el contrario, eso solo le sucederá a una de cada 8.700 mujeres en Canadá.

Regiones	TMM* 2000
África	830
Asia	330
Europa	28
América Latina y El Caribe	190
América del Norte	0
Oceanía	240
Mundo	400

* **TMM:** Tasa de mortalidad materna

“El microbio no es nada, lo decisivo es el terreno.” (Louis Pasteur).

II. EN LA SALUD Y LA POBREZA...

La falta de acceso a la atención básica de la salud es uno de los principales impedimentos para que las personas pobres salgan de la pobreza. En la mayor parte de los países con bajos ingresos el gasto en servicios de salud es inferior a 10 dólares anuales por persona.

Aunque a nivel mundial se gastan cada año más de cincuenta y seis mil millones de dólares en investigaciones sobre salud, menos del 10% se destinan a problemas de salud que afectan al 90% de la población mundial. Enfermedades que representan un grave problema para países en desarrollo reciben menos del 1% del presupuesto mundial de investigación médica. Es decir, la inversión en estudios relacionados con la salud va dirigida a aquellas personas que pueden pagarlos.

En África, la carga que impone la enfermedad obliga a las familias a utilizar sus escasos recursos. Además se sienten aprisionadas en altas tasas de fecundidad y mortalidad que les impide salir de la pobreza.

El paludismo cobra dos vidas cada minuto del día, sobre todo entre niños y niñas menores de 5 años y mujeres embarazadas.

En las ciudades más afectadas del África Meridional, el 40% de las mujeres embarazadas son seropositivas. En esta misma región, más de un menor de cada 10 pierde a su madre a causa del SIDA. Para el 2010 habrá 40 millones de huérfanos y huérfanas sobre todo por el SIDA. Esos niños y niñas tendrán menos posibilidades de ir a la escuela, de recibir vacunas y sufrirán posiblemente más problemas de desnutrición grave y, por supuesto, riesgo de muerte.

III. LA BRECHA DE DESIGUALDAD MARCA EL LÍMITE ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE

La pobreza acrecienta espectacularmente la posibilidad de que una mujer pierda la vida por causa materna. La mortalidad materna ha sido el indicador que marca las más extremas desigualdades a escala mundial. Un ejemplo claro de ello es que las tasas de mortalidad materna en los países pobres son hasta cien veces mayores que las de los países ricos. Puede decirse que las altas tasas de mortalidad materna han sido el principal problema de salud y la mayor expresión de la inequidad de género.

Las desigualdades en la distribución de los recursos y del poder definen el terreno en el que se dan las muertes materno-infantiles: la desnutrición, la falta de acceso al agua, la falta de higiene, la falta de poder, de recursos económicos, de empleo... Estos impedimentos están íntimamente relacionados con la desigualdad de género y la condición de la mujer.

La experiencia de muchas décadas mejorando la salud pública y las condiciones de salud materno-infantil, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, ha brindado lecciones para lograr la meta de mejorar la salud materna.

Una de las lecciones más importantes es la necesidad de una mayor focalización de los recursos públicos en las personas más pobres y en los grupos socialmente excluidos por razones de género, edad o etnia.

“Trabajo desde hace años como médica en un hospital de Nueva Palmira, Uruguay. Ella tenía 16 años y un bebé de 6 meses que amamantaba por las noches. No tenía novio. Tenía un retraso menstrual. Tenía mucho miedo de estar nuevamente embarazada. Tenía una pastilla, la tenía desde hacía tiempo. Flavia no había tenido nunca acceso a educación sexual y reproductiva.

La recibí en la puerta del Hospital de Nueva Palmira a las once y media de una mañana triste, hoy hace exactamente un año y dos días. Hacía una hora que se había tomado la pastilla. Tenía mucho dolor de barriga, una diarrea abundante y vómitos imparables. El veterinario que le había vendido el veneno y que podía informarme del nombre del plaguicida había emigrado. El ginecólogo lavó la vagina de Flavia. Constató y me mostró la úlcera que había quedado en el lugar donde estuvo la pastilla. Su pulso se iba perdiendo y su presión se hizo intomable. La médica de toxicología estaba tan confundida como nosotras. Flavia tenía mucho frío. “Le duele el pecho”, me informó la madre. “Tranquila, ha de ser la angustia”. Había reservado cama en el CTI² más próximo y mientras hacíamos el papeleo, llega de Montevideo el aviso de que la sustancia era seguramente Fosfuro de Aluminio, un potentísimo plaguicida.

Flavia hizo un paro cardíaco a las 6 de la mañana. Tenía 16 años, un bebé de 6 meses y mucho miedo. No tenía apoyo legal, ni social, ni económico, ni cultural, ni médico. El semanario local informó ese fin de semana que, según la autopsia, Flavia murió por los efectos directos del veneno y reveló, además, que no estaba embarazada.” (Dra. Rosario Echagüe, 16 de agosto 2003, Uruguay).

IV. POR QUÉ MUEREN LAS MUJERES

Las principales causas de mortalidad materna a escala mundial son:

- Las hemorragias severas (25%).
- Infecciones (15%).
- Aborto inseguro (13%).
- La eclampsia³ (12%).

² Centro de tratamiento intensivo.

³ Hipertensión arterial que se da en el embarazo, sobre todo, en madres primerizas o embarazadas mayores. Si no se controla puede acompañarse de convulsiones y riesgo de accidentes cardiovasculares.

- La obstrucción en trabajos de parto (8%).
- Otros problemas relacionados con anestесias, embolias, etc. (8%).

Otro riesgo que sufren las embarazadas es el paludismo. Por otro lado, el VIH se ha convertido en la principal causa de mortalidad derivada de la maternidad en países muy afectados como Sudáfrica.

La meta de reducción de la mortalidad materna se encuentra estrechamente vinculada a acciones que permitan tratar de forma segura estas complicaciones, es decir, dar una atención en salud asequible, adecuada y de calidad a las mujeres que tienen estas complicaciones. Pero, para ello, es necesario también indagar en las causas que llevan a las mujeres a tener hemorragias severas, infecciones, a abortar en condiciones de riesgo, a contraer paludismo o el VIH-SIDA.

A la hora de hablar de las causas, por tanto, debemos profundizar en las causas estructurales que conllevan situaciones de riesgo, que finalmente se convierten en muertes por falta de atención a la salud materna. Para ello, podemos hacer una división entre indicadores determinantes inmediatos, mediatos y de última instancia.

Los **indicadores determinantes inmediatos** son el acceso a los programas y servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.

Los **indicadores determinantes mediatos** están asociados a las condiciones generales de acceso a los servicios de salud, especialmente de salud reproductiva y planificación familiar. Un adecuado acceso a los servicios de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva son esenciales para evitar embarazos no deseados.

Los **indicadores determinantes de última instancia** están relacionados con aspectos socioeconómicos como: niveles de ingreso y equidad distributiva, infraestructura social de la región (agua y alcantarillado, condiciones sociales, proximidad de los servicios de salud, ambiente doméstico y laboral), niveles de educación, acceso a la alimentación y nutrición adecuada, pertenencia étnica y cultural, equidad de género y otros aspectos que determinan el entorno social donde se generan las condiciones de salud sexual y reproductiva.

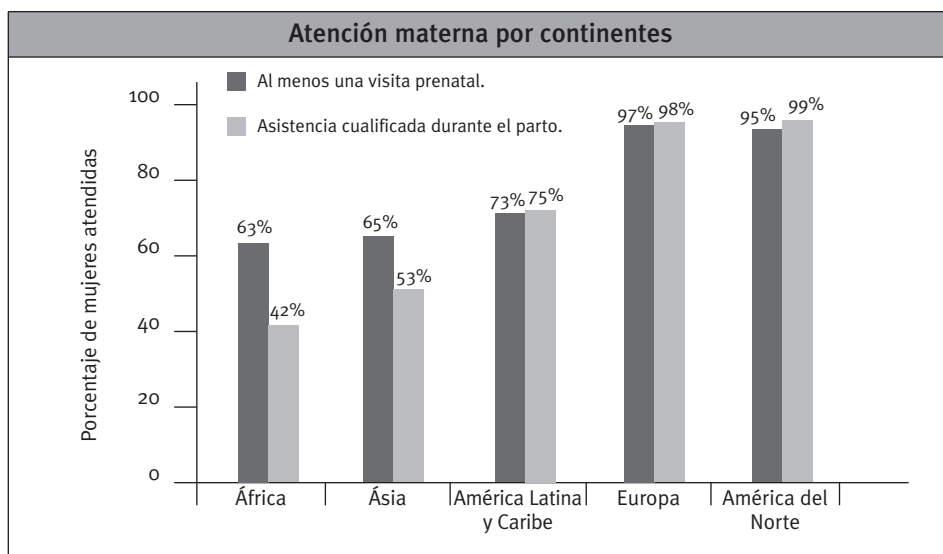
La meta de mejorar la salud materna está, por lo tanto, directamente relacionada con acciones que promuevan mejores condiciones en los determinantes inmediatos, mediatos y de última instancia de las condiciones de salud sexual y reproductiva.

a. Determinantes inmediatos:

El acceso a la atención especializada durante el embarazo, el parto y el primer mes después del nacimiento es fundamental para salvar la vida de las mujeres y la de sus hijos e hijas.

Hay una correlación inversa entre la magnitud de las tasas de mortalidad materna y la cobertura del parto por personal especializado.

Una gran mayoría de las muertes y discapacidades se puede prevenir, ya que sobre todo se deben a una atención insuficiente durante el embarazo y el parto.



Por lo menos el 35% de las mujeres de los países en desarrollo no reciben atención prenatal, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de una persona cualificada, tasa que aumenta hasta un 65% en Asia Meridional. El 70% no recibe atención post-parto en las seis semanas siguientes. Como resultado se producen, entre otros, trastornos hipertensivos del embarazo que pueden provocar enfermedades y la muerte, o casos de desnutrición que pasan desapercibidos. La anemia por carencia de hierro entre las mujeres embarazadas está relacionada con la muerte de ciento once mil mujeres todos los años.

En el mundo desarrollado, las mujeres raramente mueren o tienen discapacidades derivadas del embarazo. Una de las causas principales es que reciben el tratamiento adecuado y sin tardanza.

La falta de atención es más peligrosa para la vida de la mujer durante las etapas de trabajo de parto, el parto y los días que siguen inmediatamente, ya que durante este plazo existe mayor probabilidad de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer.

Por otro lado, alrededor del 15% de los embarazos y de los partos necesitan atención obstétrica de emergencia debido a complicaciones que resultan difíciles de predecir.

Hay dos aspectos que son necesarios tener en cuenta a la hora de hablar de la atención materna: la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud.

¿Por qué las mujeres no acceden a los servicios de salud?

La distancia: la mayoría de las mujeres campesinas viven a grandes distancias del hospital más cercano. Indudablemente, esto tiene que ver con que son insuficientes y con que los que hay se encuentran en las áreas urbanas. La escasez de vehículos (si es que existe alguno), las malas condiciones de las carreteras, la falta de dinero para pagar la gasolina o acordar que un vecino o vecina las lleve, significa que el principal medio de transporte sea a pie.

Alto costo: para millones de mujeres no es factible usar los servicios de salud materna aun cuando las tarifas sean bajas o el servicio sea gratis (lo cual no es muy común). Normalmente los pagos se disfrazan con el nombre de “cuotas voluntarias” para colaborar con el mantenimiento del servicio. Lo cierto es que si no se paga la cuota, no hay servicio. Otros gastos no previstos que acaban influyendo son: el transporte, la comida o el hospedaje para los parientes. Es importante en este ámbito hablar del fenómeno de la privatización de los servicios públicos que se está implementando a escala mundial y, en el caso que nos atañe, de la privatización de la salud, cuya consecuencia es: grandes beneficios para las empresas y reducción de beneficios y derechos para la ciudadanía. Esto es, mayores costos de los servicios y más muerte para las mujeres.

Falta de información: muchas mujeres y miembros de la comunidad no saben reconocer, prevenir o tratar las complicaciones del embarazo, o no saben

cuándo ni a dónde acudir en busca de ayuda. En Ghana, el 64% de las mujeres que fallecieron a causa de las complicaciones del embarazo acudieron a un curandero tradicional en busca de ayuda, en vez de ir a un centro de salud. Entre las principales razones que dieron las familias para no haber acudido al hospital fueron el costo y que no creían que la mujer estuviera tan enferma.

Preferencias culturales: los servicios de salud en muchas ocasiones no tienen en cuenta aspectos culturales de la región en la que se encuentran. Un ejemplo de ello son las indias Saraguro de Ecuador, quienes rehúsan servicios de salud materna que ofrecen los hospitales porque los consideran una intromisión en la privacidad de la mujer durante el parto y porque la mayoría de los que atienden son hombres.

La falta de poder de decisión: en gran parte del mundo el poder de decisión de la mujer es limitado, incluso en los asuntos relacionados con su propia salud. En Bangladesh, por lo general, la suegra o el esposo son los que deciden si se debe buscar atención o no.

Los servicios de salud son inadecuados

Las unidades de salud en los países en desarrollo se ven afectadas primeramente por su escasez en número, pero también por la escasez de equipos, medicamentos, suministros básicos y personal. Las familias de las mujeres que están dando a luz a veces tienen que comprar medicamentos o suministros y traerlos al hospital, lo cual puede ocasionar demoras fatales (siempre pensando en el mejor de los casos, que sería que los pudieran comprar).

Por otro lado, el personal de salud de las unidades médicas con frecuencia no está bien capacitado. Ocurre también que a veces los y las trabajadoras de la salud son descorteses, poco comprensivos y afectuosos, por lo que las mujeres prefieren acudir a los servicios de las parteras tradicionales y los y las curanderas, a las que ven y sienten como personas más cercanas.

La falta de privacidad, las malas condiciones, la falta de higiene, la inconveniencia del horario e, incluso, las restricciones en relación a quién puede quedarse con la mujer en la unidad de salud, son factores que también influyen.

Otro de los impedimentos más grandes para dar atención materna de urgencia son las demoras en el traslado de las mujeres de las unidades de salud de las comunidades a los hospitales.

Por tanto, el mejoramiento en el acceso y la calidad de los servicios de salud materna existentes es la forma más rápida y con menos costo de salvar la vida de las mujeres.

Los principales desafíos están en aumentar las tasas de atención al parto por personal especializado, los servicios obstétricos de emergencia y el acceso a la atención prenatal y postnatal.

b. Determinantes mediatos:

Los países más pobres y con alta fecundidad son los que necesitan de programas integrados para la reducción de la mortalidad materna, ya que existe una correlación entre niveles de mortalidad materna y tasas de fecundidad (coincide que las tasas más altas de fecundidad se dan en las zonas más pobres).

Las **altas tasas de fecundidad**, además de su influencia en los niveles de mortalidad, están asociadas a otros comportamientos negativos como son las altas tasas de embarazos entre adolescentes. Cabe resaltar que las tasas son mayores entre grupos indígenas, los cuales, además de su precaria situación socioeconómica, tienen menos acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Un ejemplo de ello es Guatemala, donde la tasa de fecundidad total de las poblaciones indígenas se situó en 6,8 hijos por mujer contra una tasa de 4,3 entre las mujeres no indígenas.

La **falta de información sobre métodos de planificación familiar y uso de contracepción** también influye negativamente en las tasas de mortalidad materna. El uso de medios anticonceptivos está fuertemente determinado por el grado de exclusión social, étnica y cultural. Entre las poblaciones indígenas de Guatemala, solamente el 9,6% utilizan métodos contraceptivos frente al 43,3% entre las poblaciones no indígenas.

El crecimiento de las tasas de embarazo en la adolescencia es otra consecuencia de la carencia de programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas y del acceso a medios anticonceptivos entre jóvenes.

Por el contrario, es indudable el efecto positivo del **espaciamiento de los embarazos** para la reducción de la mortalidad materna. Los países donde la fecundidad es más elevada y el uso de los medios contraceptivos es menor son aquellos donde las tasas de infección por **enfermedades sexualmente transmisibles** son

mayores. Y, por supuesto, las enfermedades transmisibles aumentan considerablemente la incidencia de la mortalidad materna.

Los principales desafíos mediatos para la reducción de la mortalidad materna están en proveer información y medios para la regulación de la fecundidad, aumentando el espaciamiento de los embarazos, favoreciendo la educación de las niñas e incrementando programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas, y evitando el aumento del embarazo en la adolescencia.

c. Los determinantes en última instancia:

Los indicadores determinantes de última instancia están relacionados con aspectos socioeconómicos como niveles de ingreso y equidad distributiva, infraestructura social de la región (agua y alcantarillado, condiciones sociales, proximidad de los servicios de salud, ambiente doméstico y laboral), niveles de educación, acceso a la alimentación y nutrición adecuada, pertenencia étnica y cultural, equidad de género y otros aspectos que determinan el entorno social donde se generan las condiciones de salud sexual y reproductiva.

Como ya se ha comentado anteriormente, el desarrollo económico de los pueblos, el nivel de ingreso de las familias y la exclusión social en el acceso a los servicios básicos forman la base de las altas tasas de mortalidad materna. La pobreza, la falta de acceso al agua, la desnutrición, la falta de acceso a la educación, la violencia doméstica, los conflictos armados, las malas condiciones de vida en general son el caldo de cultivo para que sucedan estas muertes.

La educación tiene una incidencia importantísima en la reducción de factores de riesgo. La educación de las niñas durante seis años o más mejora enormemente su atención prenatal y postnatal. Las madres que han recibido una educación tienen una mayor autoestima, hay más probabilidades de que eviten la infección por VIH, la violencia y la explotación y que difundan y tengan buenas prácticas de salud.

La desnutrición es otro factor importante. Por lo menos el 60% de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo tiene anemia, lo cual, además de ser un factor de riesgo para su salud y su vida, reduce su energía y puede disminuir, por tanto, sus ingresos y su calidad de vida.

Las desigualdades de género también afectan indudablemente en estas muertes. Las mujeres representan el 70% de los 1.300 millones de personas que viven

en la pobreza absoluta. Las mujeres y las niñas acceden en menor medida a los servicios básicos y a los recursos económicos y sociales. Ello se traduce en menos oportunidades para sobrevivir.

Un ejemplo escalofriante de ello es que, en la India, las niñas entre uno y cinco años de edad tienen el doble de probabilidades de morir que los niños. Una razón de ello es que a las niñas se las lleva a los servicios de salud cuando la enfermedad está más avanzada.

La violencia contra las mujeres se traduce en muchas ocasiones en embarazos en niñas, jóvenes y mujeres, producto de una violación o de acoso laboral y social. Los embarazos en niñas son un factor de riesgo muy grande, debido a que su cuerpo no está preparado para parir y las complicaciones pueden ser muchas.

Los embarazos no deseados son de hecho un factor de alto riesgo para la vida de las mujeres. La mujer embarazada oculta su embarazo por miedo a perder su trabajo. Un ejemplo de ello es Centroamérica, donde las mujeres para acceder a un puesto de trabajo en industrias textiles (maquilas) deben entregar un certificado médico que confirme que no están embarazadas; y si a lo largo de su vida laboral se embarazan, son despedidas. Aunque estas prácticas son ilegales, están absolutamente normalizadas por la falta de control por parte de los gobiernos correspondientes. La mujer oculta también su embarazo por presión de la persona con la que mantuvo relaciones, por rechazo social, por rechazo del motivo que provocó el embarazo (en caso de violación), etc. Ocultar el embarazo conlleva en ocasiones no acudir a las unidades de salud e, incluso, parir sin asistencia, en soledad. Además puede querer interrumpir el embarazo, poniéndose en situación de riesgo provocando un aborto en condiciones no seguras.

El aborto en condiciones inseguras es de hecho una de las principales causas de muerte materna. En algunos países, como en Uruguay, se convierte en la primera causa de mortalidad materna. Esto es así en aquellos países en los que el aborto es una práctica penalizada en la gran mayoría de los casos y donde el miedo a ir a la cárcel supone que las mujeres no acudan a los servicios médicos aún cuando se encuentren gravemente enfermas. Por supuesto, son las mujeres sin recursos económicos las que corren mayores riesgos, al provocarse ellas mismas la interrupción del embarazo por medio de técnicas riesgosas o yendo a clínicas ilegales de bajo costo y dudosa reputación, movidas por la desesperación. Las mujeres con recursos económicos acudirán a clínicas seguras dentro del país o incluso acudirán a otro país donde esté permitido el aborto.

La regulación del aborto en el mundo está de la siguiente manera:

- En 49 países del mundo el aborto está permitido sin restricción alguna.
- En otros 51 países sólo está permitido si es necesario para salvar la vida de la mujer.
- En 23 países más ese permiso se extiende también a los casos en que afecta la salud física de la mujer.
- En otros 20 países se permite el aborto por las razones que ya hemos dicho y además cuando afecta a la salud mental de la mujer.
- En 6 países más se le añaden justificaciones económicas para permitir el aborto.
- Y, de los 193 estados que integran la ONU, el aborto está prohibido totalmente en 5.

El tema de la sexualidad de las mujeres (planificación, sexo seguro, aborto...) siempre ha estado y sigue estando en manos de los hombres, tanto en el ámbito privado como en el público. Las políticas públicas y algunos sectores de las Iglesias han tenido y siguen teniendo responsabilidad compartida en las muertes de muchas mujeres, cuando imponiendo sus principios, han promovido la fecundidad sin control y el sexo no seguro, mediante la desinformación, la prohibición y/o falta de acceso a métodos anticonceptivos fiables. En las campañas preelectorales es común que la salud sexual y reproductiva y el aborto sean parte de los temas controvertidos a los que intentan dar respuesta de un lado o de otro, con la intención de sumar votos. Un ejemplo de ello acaba de suceder en Nicaragua, donde en plena campaña preelectoral acaba de penalizarse el aborto terapéutico por un compromiso adoptado entre los partidos políticos y la Iglesia Católica.

Sin embargo, existen algunos avances: el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo reconoce que el aborto en condiciones no adecuadas es un grave problema de salud pública, y establece que los gobiernos deberían de reducir la incidencia del aborto en estas condiciones. El problema es que muchos gobiernos, a la hora de ratificar, hacen reservas justamente en aquellos aspectos más comprometidos, que justamente son los que hacen referencia a la sexualidad.

“Consideramos que la tarea fundamental a la que nos enfrentamos hoy es conseguir que la mundialización se convierta en una fuerza positiva para todos los habitantes del mundo...” (Declaración del Milenio).

V. LA REALIDAD DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: SUS VERDADERAS INTENCIONES

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentran en la Sección III titulada “El desarrollo y la erradicación de la pobreza” y es ahí donde, en el numeral 19, se establecen una serie de metas concretas referidas a la reducción de la pobreza, la mortalidad infantil y materna, la propagación del VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades graves, garantizar el acceso al agua, a la enseñanza primaria, etc. que han de cumplirse para el 2015.

Es importante enmarcar estos Objetivos denominados de Desarrollo en su contexto. La Declaración del Milenio, en sus diferentes secciones, establece los siguientes compromisos: velar por la paz, la seguridad y el desarme; la protección de nuestro entorno; la promoción de los derechos humanos; la democracia y el buen gobierno; la protección de las personas vulnerables; una atención a las necesidades especiales de África; y, por último, el fortalecimiento de la propia institución de las Naciones Unidas.

Si se indaga un poco más en esta declaración de buenas intenciones, encontramos artículos donde se dice: “propugnamos un sistema comercial y financiero multilateral, abierto, equitativo, basado en normas, previsible y no discriminatorio”.

Lo que parece estar diciendo es que la Declaración del Milenio tiene como objetivo expandir la globalización como máximo exponente del desarrollo económico y social, como una fuente de distribución de la riqueza, a través de un sistema comercial que en realidad está basado en la competitividad y donde el más fuerte se come al más pequeño. No es de extrañar que la brecha entre la población más rica y la más pobre sea cada vez mayor. No es cierto que se estén redistribuyendo los recursos, sino más bien que unas cuantas manos (empresas multinacionales del mundo desarrollado) están explotando los recursos y a las personas de esos países para sus propios beneficios, dando la idea de que eso produce beneficio para toda la población.

En el seno de las Naciones Unidas el poder y peso a la hora de tomar decisiones recae en los países desarrollados, los que controlan el capital y, por supuesto, quieren más recursos para explotar. ¿Dónde están actualmente esos recursos? En los países en desarrollo. ¿Dónde consiguen propiedades y mano de obra barata? En los países en desarrollo. Los altos mandatarios de las Naciones Unidas conocen los altos costos de la globalización en los pueblos en desarrollo (y los gran-

des beneficios para ellos); y, por ello, a cambio de introducir sus normas (Tratados de Libre Comercio) ofrecen “caramelos” tales como condonaciones parciales de la deuda externa, mayor financiamiento de la cooperación para el logro del desarrollo de los pueblos, apoyo a ciertos políticos basándose en la justificación de la instauración de democracias... Muestran una imagen de justicia y solidaridad formulando compromisos sociales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los que ponen mucha menos “ganas” e iniciativa que a otras luchas como la lucha contra el “terrorismo”, la implementación de mercados y nuevas tecnologías o el apoyo a la instauración de gobiernos supuestamente “democráticos” en países donde abundan los recursos. El monto de las remesas de migrantes hacia sus países de origen es mayor que el de la cooperación al desarrollo y la inversión privada.

En la Declaración del Milenio aparece también su decisión de prestar una especial atención a África, estableciendo su compromiso de “apoyar plenamente las estructuras políticas e institucionales de las nuevas democracias de África” y “mejorar el acceso a los mercados, incrementar las corrientes de inversión extranjera directa y de transferencia de tecnología”. Como ya se ha visto, no es la única región con grandes dificultades. Asia Meridional también es una región muy afectada por la pobreza, el hambre y condiciones infrahumanas. Una de las posibles explicaciones es que la cercanía de África a Europa, relacionada con el problema de posibles contagios por VIH-SIDA, la llegada masiva de la inmigración a Europa, el reparto de los territorios entre países, así como sus inmensos recursos naturales puede estar influenciando esta decisión.

VI. AVANCES EN EL OBJETIVO

Han pasado ya siete años desde que en el año 2000 se celebró la Cumbre del Milenio en Nueva York. Ha transcurrido la mitad del tiempo definido inicialmente para lograr los objetivos. Los indicadores de mortalidad materna no han mejorado en los últimos 16 años (desde 1990, año inicial de referencia para éste y otros objetivos) y puede decirse que, incluso, en algunos países ha empeorado.

Existe un informe de seguimiento mundial realizado conjuntamente por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, llamado “Global Monitoring Report”, realizado en el 2004, donde se detecta una alta probabilidad de que para 2015 sólo se logre uno de los objetivos del Milenio, que es el de reducir a la

mitad la cantidad de personas que viven con menos de 1 dólar al día; lo cual, a simple vista, tampoco parece un gran logro, ya que no existe ni un solo país donde pueda vivirse con un dólar al día de una manera digna. Este mismo informe señala que entre los más rezagados se encuentra el objetivo de reducir la mortalidad materna. Dice que los avances han sido insuficientes y que las perspectivas para el futuro son poco alentadoras.

Es curioso que en la gran mayoría de los informes de avance de las Naciones Unidas se menciona escasamente este objetivo y, en la gran mayoría de las ocasiones, aparece vinculado a la mortalidad infantil. Esta escasa importancia y mención de dicho objetivo puede dar a entender que la muerte de mujeres tuviera menor importancia que otros objetivos, como es la reducción de la mortalidad infantil, por ejemplo, a la que se le dedican páginas y páginas.

Es importante reseñar además, que revisar las tendencias por objetivo presenta problemas en cuanto que el progreso en un área está condicionado por el progreso en otra u otras y entre un objetivo y otro operan fuertes efectos multiplicadores.

El informe de 2004 del Secretario General sobre la Aplicación de la Declaración del Milenio establece en primer lugar que la incertidumbre con respecto a las estimaciones de la mortalidad materna no permite hacer ninguna evaluación precisa. La escasez de datos no permite seguir con precisión la tendencia de la mortalidad materna, ya que la información en los países en desarrollo es incorrecta o incompleta. El modelo más difundido sugiere que el mundo se ha salido de la senda y los avances se están contrayendo. La tasa de disminución ponderada por la población necesaria para alcanzar la meta es superior a 3%. Es decir, que si bien ha habido algunos avances, la disminución de la mortalidad materna está reduciendo su ritmo, con lo cual es improbable, de acuerdo a la tendencia, que se cumpla la meta para el 2015.

Para lograr un avance significativo sería necesario invertir veintiocho mil millones de euros cada año hasta el 2015 según el Informe “Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio” del proyecto de Milenio de las Naciones Unidas. En esta cifra van incluidos los costes estimados de la provisión de servicios de planificación familiar y otros servicios básicos de salud materna y reproductiva, así como programas de lucha contra el VIH/SIDA.

REGIONES	Tasa de Mortalidad Materna			Variación 1990-2000 (%)	Meta para 2015
	1990	1995	2000		
África	870	1000	830	-4,6	217,5
Asia	390	280	330	-15,4	97,5
Europa	36	28	28	-22,2	9,0
América Latina y El Caribe	190	190	190		47,5
América del Norte	11	11			2,8
Oceanía	680	260	240	-64,7	170,0
Mundo	430	400	400	-7,0	107,5

Fuente: AbouZahr y Wardlaw, 2003.

Es importante decir que estos resultados que aparecen en este cuadro son los promedios a nivel regional, lo cual supone invisibilizar las grandes brechas de desigualdad existentes entre los países que componen una región. Lo mismo ocurre al interior de cada país. Existen zonas o regiones dentro de un mismo país donde las tasas pueden dispararse en relación a otras. Un ejemplo de ello es África subsahariana y Asia meridional, con registros de 445.000 muertes de las 529.000 estimadas en todo el mundo para el año 2000. La tasa en África subsahariana es la más elevada con 920 muertes por cada cien mil niños y niñas nacidas vivas. Asia meridional registra 520. Entre las dos regiones dan cuenta del 75% del total de las muertes que suceden en el mundo.

En conclusión, solamente un 17% de los países están bien encaminados para cumplir sus objetivos. En los países en desarrollo en su conjunto la participación de personal capacitado ha aumentado en más de una cuarta parte, de un 42 a un 53%. En Asia ha aumentado un 35%. Sin embargo, en África subsahariana los niveles han mejorado sólo un 5%.

Seguimos contando con más de 60 millones de mujeres que dan a luz todos los años sin recibir la asistencia adecuada.

¿Y cuántos son los dueños de la democracia? Los pueblos votan, pero los banqueros vetan. Una monarquía de triple corona reina sobre el mundo. Cinco países toman las decisiones en el Fondo Monetario Internacional. En el Banco Mundial, mandan siete. En la Organización Mundial de Comercio, todos los países tienen derecho de voto, pero jamás se vota. Estas organizaciones, que

gobiernan el mundo, merecen nuestra gratitud: ellas ahogan a nuestros países, pero después nos venden salvavidas de plomo.” (Eduardo Galeano en el III Foro Social Mundial, Porto Alegre, 2003).

VII. CONCLUSIONES

Existe un gran consenso entre los diferentes actores en decir que la mortalidad materna se puede evitar y, además, con un coste bastante bajo. Como elementos más fundamentales e inmediatos se requiere de:

- Atención básica integral universal y gratuita para las mujeres antes, durante y después del parto; de fácil acceso, cercana a la población y con personal capacitado.
- Acceso de todas las mujeres a los servicios de planificación familiar.
- Atención a las necesidades nutricionales, en especial de embarazadas y lactantes.
- Retraso del primer embarazo de las adolescentes mediante una buena educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos.

Sin embargo, no hay que olvidar que la problemática de la salud materna va más allá de lo puramente vinculado a la salud. La mortalidad materna es un trágico síntoma de una grave injusticia social, derivada de la desigualdad entre los países, los pueblos y las personas, de la desigualdad de género, étnica, de clase y cultural, que se traduce en la falta de acceso por parte de una gran mayoría de la población mundial a los recursos, a la satisfacción de necesidades y servicios básicos, tales como la alimentación, agua, hogar, salud, educación y empleo. La conjunción de estos factores se traduce en muchos casos en muerte.

Eso supone que la mortalidad materna, al igual que el resto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sólo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema a nivel nacional e internacional dentro de un mundo globalizado y a partir de un análisis detallado de la discriminación contra las personas más vulnerables (mujeres, niños y niñas, pobres, indígenas...).

Requiere por tanto, ir a las causas estructurales de desigualdad y pobreza lo cual se traduce en:

- La focalización de los recursos públicos en las personas más pobres y en los grupos socialmente excluidos por razones de género, edad o etnia; o lo que

es lo mismo, incidir en la distribución a nivel mundial de la riqueza y del poder. Esto supone la aplicación de políticas públicas que incidan en las desigualdades existentes entre personas ricas y pobres, hombres y mujeres, regiones más prósperas y menos prósperas dentro de un mismo país.

- Analizar de una manera más crítica los supuestos beneficios de la globalización, intentando ver sus efectos en los países en desarrollo. Así mismo, y en lo que a este objetivo corresponde, analizar la problemática desde una visión de género y de clase.
- Producir cambios en las estructuras sociales, económicas y culturales que inciden en la discriminación por género, etnia, clase, etc.
- Lograr un verdadero compromiso político de los países, en especial, los países desarrollados en la búsqueda de la justicia y la solidaridad.

Tal vez, para lograrlo, no sea suficiente dejarlo en manos de otras personas. No hace mucho dejábamos nuestros problemas en manos de Dios. Ahora los dejamos en manos de la clase política. Lo cierto es que está en nuestras manos, en las manos de todas y todos lograrlo.

BIBLIOGRAFÍA

Aborto en el Uruguay, en www.chasque.net/frontpage/aborto/01notio03.htm

Brioso, Leonel (2003): “*Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción*” en Revista Médica Uruguay, volumen 19, nº 3.

Campaña del Milenio, en <http://spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp>

Campaña por la defensa de la Salud Reproductiva, en www.chasque.net

Desacatos, en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/139/13902008.pdf>

Díaz Pasten, S. (2004): *La problemática del aborto diez años después de El Cairo*. Asociación de Mujeres en Salud, Costa Rica.

El largo camino para alcanzar los objetivos de desarrollo, en www.bancomundial.org/temas/omd

El parto de mujeres indígenas ante la falta de médicos, en www.cimacnoticias.com
Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. (2006).

Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi>

Informe sobre Desarrollo Humano del 2005.

López, A. y Abrancinkas, L. (2004): *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay: un escenario cambiante.* MYSU, Uruguay.

López Gómez, A. (2004): *La experiencia por la defensa de la salud reproductiva en Uruguay.* MYSU, Uruguay.

Medici, A. *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y El Caribe: Progresos, reveses y desafíos.*

Naciones Unidas (1995): *Población y Desarrollo, Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* El Cairo, 1994. Vol. 1.

Naciones Unidas (2000): *Resolución 54/2000 de la Asamblea General: Informe del Secretario General “Nosotros los pueblos: la función de las Naciones Unidas en el siglo XXI”.*

Naciones Unidas (2000): *Resolución 55/2 de la Asamblea General, Declaración del Milenio.*

Naciones Unidas (2000): *Resolución 55/192 de la Asamblea General, Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio.*

Naciones Unidas (2001): *Resolución 56/326: Guía General para la aplicación de la Declaración del Milenio.*

Naciones Unidas (2002): *Resolución 56/95 de la Asamblea General: Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio.*

Naciones Unidas (2003): *Resolución 57/144 de la Asamblea General: Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio.*

Pizarro, A. M. (2004): *Aborto: Estrategias de acción política.* SI MUJER, Nicaragua.

Pizarro, A. M. (2004): *América Latina: Mortalidad materna, situación legal, cultos religiosos y aborto permitido por diversas causales.* SI MUJER, Nicaragua.

Servicios de salud materna de buena calidad, en www.safemotherhood.org

Velado, M. (2004): *El aborto y las recomendaciones del Comité de la CEDAW.* IV Encuentro Centroamericano de Mujeres “Construcción de alianzas en torno al aborto”, El Salvador.

Zalacain, B. (2004): *Mortalidad materna: más que un problema de salud, una cuestión de derechos humanos.* Las Dignas, El Salvador.



PREGUNTAS O CUESTIONES PARA EL DEBATE Y LA ACCIÓN

- ¿Qué elementos te han parecido novedosos en el texto?
- ¿Qué aspectos te han sorprendido?
- ¿Cuáles añadirías?
- Realiza un mapa conceptual identificando las causas que generan la falta de acceso a la salud materno infantil y las consecuencias de esta falta de acceso. ¿Qué puedes observar? Compáralo y enriquecelo con el resto del grupo.
- ¿Cuáles son los grupos más vulnerables? ¿Qué se puede hacer para facilitarles su situación?
- ¿Qué se te ocurre que puedes hacer tú para mejorar esta situación?
- ¿Conoces la movilización de Pobreza Cero? ¿Y la Marcha Mundial de las Mujeres? Infórmate e informa sobre ella.
- Elabora una carta de opinión con lo que te sugiere el testimonio de Cecilia, mujer indígena tzeltal de Ocosingo.
- Escríbele una carta a la Doctora Rosario Echagüe y a las personas que como ella trabajan en tantas partes del mundo.
- Elabora un poema como el del comienzo del texto pero con las creencias que tú tienes tras leer el texto.
- Difunde tus opiniones por los medios de comunicación a los que tienes acceso: prensa, radio, Internet...



EL LUNES PASADO MURIÓ SONIA

*Anne-Marie Cuq**

El lunes pasado murió Sonia, hermana menor de Mauricio, el motorista del SAIPE. Sonia llegó por la mañana de Atsakus, la comunidad donde vivía con su esposo y sus 4 hijos. Venía para su control mensual en el centro de salud de Nieva. Tenía atención gratuita por estar asegurada en el SIS, el Sistema Integral de Salud, seguro médico del Ministerio para mujeres gestantes y recién nacidos. Tenía 8 meses de embarazo. Estaba un poco preocupada porque en su último control el médico le había dicho que su bebé estaba atravesado.

Este lunes su esposo la acompañaba. Vinieron en peque-peque¹ con sus dos hijos menores; los dos mayores, de 9 y 8 años, se quedaron estudiando en la escuela primaria de la comunidad. Eran como las 9 de la mañana cuando llegaron a Nieva. Sonia subió primero a la UGEL-C (Unidad de Gestión Educativa Local – Condorcanqui). Ella era profesora pero todavía no tenía su título. Estaba estudiando los veranos en Jaén; en febrero había culminado su tercer año de pedagogía en la especialidad de educación primaria. El director de la UGEL le había hablado de la posibilidad de un contrato para el segundo semestre y quería averiguar.

Bajó de la UGEL y se fue con su esposo al centro de salud para su control mensual. Iba contenta. Pararon a comprar un machete nuevo para que su esposo trabaje la chacra² y también pasaron a saludar a Yuliana, la hermana de Sonia, que trabaja en la Agencia Agraria, justo al costado del centro de salud. Sonia era bien alegre y bromeaba mucho con su hermana. En esta oportunidad, las dos le toma-

* Anne-Marie Cuq, gerente técnico del Servicio Agropecuario para la Investigación y Promoción Económica (SAIPE), organización que trabaja con el pueblo Aguaruna-Huambisa, en la selva amazónica del Alto Marañón, norte de Perú.

¹ Canoa a motor.

² Huerto, granja.

ban el pelo al esposo de Sonia invitándole a que se quedara trabajando en la Agencia Agraria como obrero, como quien estrena su nuevo machete.

En el centro de salud, le dijeron que no estaba la obstetra -participaba en un curso de capacitación en Bagua-, que el médico jefe asistía a una reunión de presupuestos participativos en el local de la gerencia sub regional, al otro lado del río Nieva, y que, por tanto, un enfermero le iba a atender. Le pasó consulta, le dijo que estaba bien, pero que aparentemente el bebé seguía atravesado, y le recomendó trasladarse cuando pudiera a la casa de su mamá, que vive en Nieva, para atenderla mejor cuando llegara el momento de dar a luz. Sonia le dijo que pensaba hacerlo en esa semana, que bajaría a recoger sus cosas en Atsakus y que vendría a esperar de dar a luz en Nieva.

Luego de la visita al centro de salud, Sonia y su familia se fueron a la casa de la mamá de Sonia, almorzaron allí y se prepararon a bajar nuevamente a la comunidad. Se fueron con el peque al grifo³ y, mientras estaban comprando la gasolina suficiente para bajar a Atsakus y volver a subir el día siguiente, según lo que habían acordado en el almuerzo, se encontraron con Mauricio y su esposa Flor que venían de recoger a su hijo a la salida de la escuela. Conversaron un rato y se despidieron hasta el día siguiente. Con ellos también había venido la mamá de Sonia, se despidió de su hija y se fue a la casa de un familiar.

Estaban listos para irse cuando Sonia empezó a sentir dolores en la espalda y en la cadera, no podía sentarse. No entendía qué era. Pensaba que no podía ser el parto porque todavía faltaba un mes para la fecha y nunca había sentido este tipo de dolores en sus anteriores partos. Decidió regresar al centro de salud para que le dijeran qué tenía. Antes, pasó a la casa de su madre para avisar a Flor de que regresaba al centro de salud. Flor le dijo que iba a buscar a su mamá.

Eran casi las dos y media de la tarde cuando ingresó Sonia al centro de salud acompañada de su esposo. Saldría de allí dos horas más tarde desangrándose, evacuada de emergencia hacia el hospital regional de Bagua, a más de 8 horas de camino por una carretera destrozada y en permanente peligro de derrumbes y cortes. Aguantaría solamente poco más de una hora de camino antes de fallecer. La ambulancia devolvería el cuerpo ya sin vida de Sonia a su familia alrededor de las 6:30 pm.

³ Surtidor de combustible.

¿Qué había pasado en el centro de salud? La obstetriz no estaba, el médico generalista, jefe del centro de salud desde hacía un par de meses, había regresado del taller de presupuestos participativos, pero ya no trabajaba allí el médico ginecólogo que el año anterior había practicado las 3 primeras y, hasta ahora últimas, cesáreas, salvando la vida de 3 niños y 3 madres de familia. El ministerio de salud había reajustado los presupuestos y eliminado el sueldo del especialista.

Sonia tenía el bebé atravesado. Aunque a ella le parecía que no era el momento de dar a luz y que sus dolores no eran del parto, el médico diagnosticó los primeros dolores del parto. Había riesgo para el bebé y para la mamá. El médico decidió atender el parto y sacar el bebé lo más pronto posible. El bebé murió al nacer, tenía varias malformaciones congénitas. El parto provocó desgarre de la matriz de Sonia y empezó una hemorragia que no se logró controlar y terminó con su vida. El jefe del centro quiso evacuarla de emergencia pero ¿cómo iba a poder soportar las terribles y larguísimas 8 horas de viaje con una hemorragia?

La familia no entiende qué ha pasado. Su mamá la despidió sonriendo y la encontró dos horas más tarde muriéndose. Los familiares se preguntan por qué no ha sido evacuada antes, cómo no detectaron los síntomas del parto en la visita de la mañana, por qué perdió tanta sangre. Sus familiares piensan que ha sido una negligencia del médico, quieren que el médico reconozca su culpabilidad y asuma la educación de los 4 hijos de Sonia; han puesto una denuncia y otro médico del puesto de salud del seguro social, serumista recién egresado de la universidad, ha realizado una necropsia.

Sonia iba a sus controles, estaba asegurada y tenía atención gratuita, pero muchas veces un enfermero o un técnico la atendía, la obstetriz y el médico tenían otras ocupaciones. Muchos dicen que mejor le hubiera atendido una partera, que mejor no hubiera ido al centro de salud, que no es la primera vez que una persona muere en el centro de salud o camino a Bagua. Nieva es capital de provincia y el centro de salud tiene bajo su responsabilidad las micro redes de salud de los distritos de Nieva, Río Santiago y El Cenepa pero no hay ecografía, ni sala de operación, ni profesional capacitado para practicar una cesárea o cualquier operación de urgencia y el hospital más cercano está a más de 8 horas de una pésima carretera.

Se llamaba Sonia Belisario Timias, tenía 29 años, era alegre, trabajadora y entregada a sus 4 hijos. Falleció junto con su bebé el 22 de mayo del 2006 en Santa María de Nieva, Condorcanqui, Amazonas, Perú.



GLOSARIO

BANCO MUNDIAL: organización internacional creada en 1944 para ayudar a reconstruir la Europa asolada por la segunda guerra mundial. El éxito alcanzado en esa empresa llevó al Banco, al cabo de unos pocos años, a ocuparse de los países en desarrollo. En la actualidad es propiedad de 184 Estados Miembros y su misión es reducir la pobreza en el mundo y mejorar los niveles de vida de las personas, a través de préstamos con intereses bajos, créditos sin intereses y donaciones para proyectos de educación, salud, infraestructura, comunicaciones, etc. El Grupo Banco Mundial está formado por: a) Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que centra sus actividades en países de ingreso medio y países pobres con capacidad crediticia; b) Asociación Internacional de Fomento (AIF), que ayuda a los países más pobres; c) tres instituciones afiliadas: la Corporación Financiera Internacional (CFI), el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (OMGI) y el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI).

[www.bancomundial.org]

CONFERENCIA SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE EL CAIRO (1994): promovida por Naciones Unidas. Representantes de gobiernos de más de 180 Estados, agencias, organismos especializados de la ONU, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales reconocieron expresamente que población y desarrollo están indisolublemente unidos, y que dotar de mayor poder a la mujer y tener en cuenta las necesidades de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, permiten un desarrollo integral y sostenible. Esto exige avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra las mujeres y capacitar a las mujeres para controlar su propia fertilidad. Se fijaron medidas concretas dirigidas a promover la educación universal y el cuidado de la salud reproductiva, que incluye la planificación familiar y la reducción de la mortalidad maternal e infantil. Se adoptó un Programa de Acción para

veinte años en el que se especificaban un conjunto de metas precisas que todos los países se comprometían a conseguir, en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer, y del desarrollo social.

[www.cinu.org.mx]

CUMBRE DEL MILENIO / DECLARACIÓN DEL MILENIO: en septiembre del año 2000 se celebró en la sede de la Naciones Unidas en Nueva York lo que se llamó la Cumbre del Milenio. Allí, 189 líderes y jefes de Estado convinieron en establecer una serie de compromisos mensurables y con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. En el año 2001 se sistematizaron estos compromisos y se les dio el nombre de “Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

Revista Mensajero, “Levántate contra la pobreza”, diciembre 2006

[www.millenniumcampaign.org]

DESIGUALDAD DE GÉNERO: se refiere a la diferencia de trato y de oportunidades que reciben las personas en función de los atributos asignados culturalmente a su sexo y de la valoración que se hace de lo masculino sobre lo femenino. En nuestras sociedades, la discriminación de género establece límites diferentes para el desarrollo e integración de hombres y mujeres en las esferas de la vida pública y en el espacio familiar, circunscribiendo a las mujeres principalmente a este último; determina la menor participación femenina en la esfera pública y el acceso desigual de hombres y mujeres a los recursos productivos, e incide así en el escaso acceso de las mujeres a las instancias de toma de decisiones y ejercicio del poder.

[www.oit.org.pe/ipec]

EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA: se refiere al proceso de formación de personas libres, conscientes y responsables de sí mismas, capaces de su propia determinación en relación a su sexualidad, y capaces también de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos e hijas. Asimismo busca alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

[<http://dicc.hegoa.efaber.net>]

[www.who.int/topics/reproductive_health/es/]

EQUIDAD: la equidad introduce un principio de justicia en la igualdad. Equidad e igualdad son dos principios estrechamente relacionados, pero distintos: una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, ya que no tiene en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. Pero al mismo tiempo, una sociedad donde las personas no se reconocen como iguales, tampoco podrá ser justa. El aumento de las desigualdades en nuestro planeta, en el acceso de los países y las personas al uso y disfrute de los recursos, lleva a plantear los objetivos de equidad como sustanciales al desarrollo.

[www.bantaba.ehu.es/obs/ocont]

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI): institución multilateral creada en 1945 con el fin de velar por la estabilidad del sistema monetario y financiero internacional (el sistema de pagos internacionales y tipos de cambio entre las monedas nacionales que hace factible el comercio entre países). Cuenta con la participación de 184 países. Las actividades del FMI pretenden: fomentar la cooperación monetaria internacional; facilitar la expansión y el crecimiento equilibrado del comercio internacional; fomentar la estabilidad cambiaria; coadyuvar a establecer un sistema multilateral de pagos; poner a disposición de los países miembros con dificultades de balanza de pagos –con las garantías adecuadas– los recursos de la institución. Para lograr estos objetivos, el FMI emplea tres mecanismos principales: la supervisión, la asistencia técnica y la asistencia financiera.

[www.imf.org]

MEDIOS ANTICONCEPTIVOS: son recursos que impiden que se produzca la fecundación ya sea porque evitan que el espermatozoide llegue al óvulo o porque impide la maduración de éste antes de ser liberado de los ovarios. Atendiendo a sus características se distinguen de diferentes tipos: a) hormonales, como las píldoras, inyecciones, parches o implantes; b) de barrera, como el condón o el diafragma; c) dispositivos intrauterinos, como la T de cobre; d) naturales como la abstinencia o la temperatura basal; e) definitivos como la ligadura de trompas o la vasectomía.

MORTALIDAD MATERNA: en muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas, y un total de 585.000 mujeres mueren cada año (OMS 1996). Menos del 1% de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto podría evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles. El riesgo de morir al que están expuestas las mujeres durante el embarazo y el parto se estima: 1/1.400 en países desarrollados; 1/48 en los países en desarrollo; 1/16 en África.

[www.matres-mundi.org]

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU/NN.UU.): organización intergubernamental fundada en 1945, que tiene como objetivo mantener la paz y la seguridad internacional y promover, a través de mecanismos de cooperación internacional y multilateral, los derechos humanos y el desarrollo sostenible de todos los pueblos del mundo. Cuenta con 192 Estados Miembro.

Hegoa (2006) “Las mujeres en las conferencias mundiales.
De lo local a lo global”

[www.un.org/spanish]

PALUDISMO O MALARIA: enfermedad febril producida por un protozoo, y transmitida al hombre por la picadura de mosquitos anofeles. La zona de riesgo se extiende por toda el área tropical y subtropical, en su mayoría, países pobres y muy pobres. Si no se aplica un tratamiento adecuado, la enfermedad puede evolucionar hacia un cuadro grave, afectar a la circulación sanguínea cerebral y de otros órganos vitales y convertirse en una amenaza para la vida. Cada año entre 350 y 500 millones de personas padecen la enfermedad, que provoca al menos un millón de muertos. Mata un niño o niña africana cada 30 segundos.

[www.paho.org]

SALUD MATERNO-INFANTIL: se refiere a la mejora de la atención sanitaria de la mujer durante el embarazo y el parto, así como del o de la recién nacida y del niño o niña. En esta línea afronta cuestiones referidas a la supervivencia, morbilidad (infecciones agudas), y crecimiento y desarrollo del niño o niña, así

como conductas maternas de riesgo, prevención higiénico-sanitaria (incluyendo inmunización) y el acceso y disponibilidad de servicios sanitarios.

[www.paho.org]

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR): fue definida por consenso internacional en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994. La definición promueve la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en la vida sexual y reproductiva de las personas, la igualdad y la equidad de género en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, aspectos todos ellos fundamentales para el desarrollo humano. La Conferencia adoptó la meta de garantizar acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.

[www.unmillenniumproject.org/documents/MP_SRH_Exec_sum_SP.pdf]

[www.who.int/reproductive-health]

TASA DE FECUNDIDAD: las tasas expresan las relaciones de un acontecimiento demográfico (nacimientos, matrimonios, defunciones, etc.) de un período y la población media durante ese mismo período. La tasa de fecundidad general es una medida de medición de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año). Se considera edad fértil, entre los 15 y los 49 años.

TRATADO DE LIBRE COMERCIO (TLC): es un contrato entre dos o más países, o entre un país y un bloque de países, de carácter vinculante y cuyo objeto es eliminar obstáculos al intercambio comercial y consolidar el acceso a bienes y servicios, así como favorecer la captación de inversión privada. Con el fin de profundizar la integración de las economías, el TLC incorpora, además de temas comerciales, temas económicos, institucionales, de propiedad intelectual, laborales y medio ambientales, entre otros. En teoría, para resguardar a los sectores más sensibles de la economía, el TLC apunta al fortalecimiento de las capacidades institucionales de los países que lo negocian y establece foros y mecanismos para dirimir controversias comerciales;

en la práctica, son los intereses económicos de la parte con más poder los que dirimen la controversia.

[www.tlcperu-eeuu.gob.pe]

VIH-SIDA / SEROPOSITIVA: el SIDA es una enfermedad producida por el virus VIH. Consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El proceso suele desencadenarse así: en situación normal, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. El virus VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4; les inyecta su propio material genético y los utiliza para replicarse. Las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscando otras células para atacarlas. Las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez y el número de células CD4 disminuye. Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH (persona seropositiva) y padecer SIDA. Una persona pasa a desarrollar un cuadro de SIDA cuando su nivel de Linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.