



# PROGRESO PARA LA INFANCIA

Un balance sobre la mortalidad materna

Número 7, septiembre de 2008

únete por  
la niñez

unicef 



# ÍNDICE

<b>Prefacio: Mortalidad materna y Objetivos de Desarrollo del Milenio</b>	<b>1</b>
<b>Mortalidad materna: Un problema desatendido durante demasiado tiempo</b>	<b>2</b>
<b>Panorama mundial</b>	<b>4</b>
<b>Un proceso continuo de atención de la salud</b>	
Atención prenatal	7
Asistencia de personal sanitario calificado durante el parto	9
Atención obstétrica de emergencia	11
Cuidados durante el posparto	11
Anticoncepción y planificación familiar	12
<b>Estimaciones e indicadores relacionados</b>	
Tasa de fecundidad	13
Fecundidad entre las adolescentes	13
Matrimonio precoz	14
Ablación o mutilación genital femenina	14
Educación y promoción de la autonomía de la mujer	14
Acerca de los datos	14
<b>África occidental y central: La región con mayor riesgo</b>	<b>15</b>
<b>África oriental y meridional: Progresos mínimos</b>	<b>18</b>
<b>Asia meridional: Progresos desiguales</b>	<b>21</b>
<b>Oriente Medio y África del Norte: Progresos constantes</b>	<b>24</b>
<b>América Latina y el Caribe: Progresos significativos</b>	<b>27</b>
<b>Asia oriental y el Pacífico: Escalar posiciones</b>	<b>30</b>
<b>Europa Central y Oriental y Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI): Baja fecundidad, bajo riesgo</b>	<b>33</b>
<b>Países industrializados: Disparidades en la atención materna</b>	<b>36</b>
<b>El camino a seguir</b>	<b>37</b>
<b>Referencias</b>	<b>40</b>
<b>Tablas estadísticas</b>	
1: Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5	42
2: Comparación entre las tasas de mortalidad materna por regiones de UNICEF, 1990–2005	45
Estimación de la mortalidad materna	45



## MORTALIDAD MATERNA Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Todos los años mueren más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y se calcula que 10 millones padecen lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades que se traducen en una vida llena de sufrimientos. La mayoría de esas muertes y de esos problemas de salud se pueden evitar. El parto asistido por personal sanitario calificado con acceso a atención obstétrica de emergencia, una nutrición adecuada y la disponibilidad de servicios básicos de atención de la salud disminuyen el riesgo de mortalidad materna.

Esta edición de *Progreso para la Infancia*, la séptima de la serie que verifica los avances hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, evalúa el desempeño del mundo en materia de salud materna, describe los progresos que se han realizado en este campo y pone especial énfasis en la mortalidad materna. Así mismo, destaca los aspectos en los que es preciso mejorar.

Se estima que la tasa de mortalidad materna a escala mundial mejoró un 5,4% entre 1990 y 2005, pasando de 430 a 400 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En el mundo en desarrollo, la reducción de la tasa de mortalidad materna se debe, en parte, al aumento de la cobertura de atención prenatal y de asistencia calificada durante el parto.

No obstante, el riesgo de morir por complicaciones derivadas de la maternidad es de 1 en 76 en el mundo en desarrollo; en cambio, en el mundo industrializado es de 1 en 8.000. Se estima que, en el Níger, este riesgo es de 1 en 7.

Los progresos registrados hasta la fecha no bastan para garantizar el cumplimiento de la meta del ODM de reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Para lograr esta meta, la salud materna debe formar parte de un proceso continuo de atención que abarque, de manera coordinada, un conjunto de intervenciones esenciales para la salud de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños. Es necesario ampliar el alcance de estas intervenciones, a fin de que los servicios esenciales se presten durante el embarazo, el parto y el posparto.

Detrás de las estadísticas sobre mortalidad materna que se presentan en este informe hay más de medio millón de tragedias personales. Sin embargo, poner en práctica las recomendaciones que aquí se describen no solo beneficiará a las mujeres cuyas vidas se encuentran en peligro. También repercutirá en las vidas de sus hijos y sus familias, y en la de sus comunidades y países.

**Ann M. Veneman**  
Directora Ejecutiva, UNICEF



## MORTALIDAD MATERNA: Un problema desatendido durante demasiado tiempo

La mortalidad materna es uno de los problemas mundiales que menos atención han recibido, y los progresos para reducir la tasa de mortalidad materna (TMM) han sido demasiado lentos. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 –mejorar la salud materna– atribuye a este tema una importancia central; de hecho, una de sus metas más ambiciosas es reducir la TMM en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La comunidad internacional acordó afrontar este problema y buscarle una solución, dado que mejorar la salud de las madres tiene obvias e importantes repercusiones. Pero no ha sido una tarea fácil.

Al ritmo actual de progreso, y con una tasa media anual de reducción inferior al 1%, el mundo no logrará cumplir la meta sobre mortalidad materna. Existen muchas dudas en torno a la exactitud de los datos; no obstante, éstos sugieren que, para cumplir la meta, la tasa mundial de mortalidad derivada de la maternidad tendría que disminuir todos los años un 5,5%, como promedio, entre 1990 y 2015.

A escala mundial, más de 500.000 mujeres mueren todos los años por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y casi la mitad vive en África subsahariana. No obstante, de todas las regiones, ésta –donde el problema es más agudo– registra la tasa anual de reducción más lenta (0,1%).

Las causas de esta situación no son un misterio para nadie. Estas mujeres pierden la vida porque carecen de acceso a los servicios de salud –o su acceso es muy limitado– o porque la calidad de la atención es mala. Mueren debido a las hemorragias, la sepsis, los trastornos hipertensivos, los abortos practicados en condiciones de riesgo, el trabajo de parto prolongado o la obstrucción del parto –complicaciones que se pueden tratar con éxito cuando el sistema de salud cuenta con personal calificado, instalaciones adecuadas para atender las emergencias y servicios de atención durante el posparto. Entre las causas subyacentes se cuentan el estado nutricional y de salud, incluidos el VIH y la anemia, al igual que factores sociales como la pobreza, las desigualdades, la baja condición social de las mujeres y las actitudes hacia ellas y sus necesidades.

Existen claros nexos entre el mejoramiento de la salud materna y otros ODM. La precaria salud de la madre suele llevar al empobrecimiento de la familia. En cambio, una mejor salud materna puede reducir la pobreza (ODM 1), al ahorrar a la familia las desastrosas consecuencias económicas que acarrea su muerte o discapacidad. La asistencia calificada durante el parto, e inmediatamente

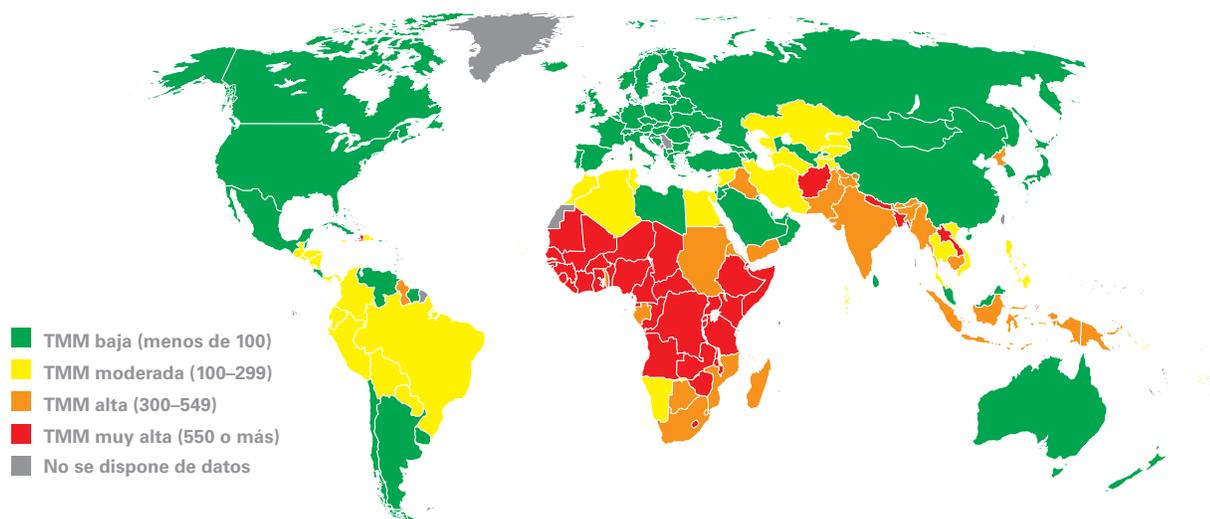
### Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna

Metas	Indicadores
5.A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna.
	5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.
5.B Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015.	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos.
	5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes.
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas).
	5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

## Los progresos en la reducción de la mortalidad materna han sido muy lentos y ahora deben acelerarse

### Las tasas más altas de mortalidad materna se registran en países de África subsahariana y Asia meridional

Tasas de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos (2005)



**Fuente:** OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

**Nota:** Este mapa, como todos los que aparecen en la presente publicación, está estilizado y no está hecho a escala. No refleja la posición de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni respecto de la delimitación de frontera alguna. La línea de puntos de este mapa, como las de todos los mapas de la presente publicación, representa aproximadamente la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes.

después, aumenta la probabilidad de supervivencia de los recién nacidos (ODM 4), no solo porque estos profesionales velan por su bienestar durante el delicado período neonatal, sino porque contribuyen a que más madres sobrevivan y puedan sacar adelante a sus hijos. El acceso a los servicios de salud reproductiva –el aspecto central de la meta 5.B del ODM– también se asocia con la disminución de la pobreza y con la supervivencia infantil. Y una atención materna apropiada ayuda a prevenir y a tratar el paludismo en las madres y sus bebés, así como también a evitar que las madres transmitan a sus hijos el VIH (ODM 6).

La falta de progresos en salud materna tiene implicaciones mundiales para el desarrollo humano. La muerte evitable de cada mujer por causas relacionadas con el embarazo o el parto es terriblemente descorazonadora, pero el problema es mucho más grave y generalizado de lo que muestran las estadísticas sobre mortalidad.

Las consecuencias sobre los niños son enormes. Los datos indican que los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven<sup>1</sup>. Adicionalmente, por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades, como la fístula, que provoca sufrimientos durante

toda la vida<sup>2</sup>. Esos problemas a veces son tan graves que llevan al alejamiento de la mujer o a que su propia familia la excluya y, en consecuencia, a que la salud de sus hijos quede desprotegida. Esto también representa una gran pérdida para las familias y las comunidades, ya que muchas de esas mujeres todavía son jóvenes y tienen por delante sus años más productivos.

El hecho de que las mujeres de algunas regiones del mundo, básicamente África subsahariana y Asia meridional, todavía corran un riesgo tan alto de morir durante el embarazo y el parto constituye una violación de sus derechos. El Artículo 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que 185 países han ratificado hasta la fecha, exige que los Estados Partes “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Debido a que las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas son tan claras –así como los medios para combatirlas–, no es difícil concluir que la razón por la que han permanecido desatendidas durante tanto tiempo es la desventajosa condición social, política y económica de la mujer en muchas sociedades.



## Panorama mundial

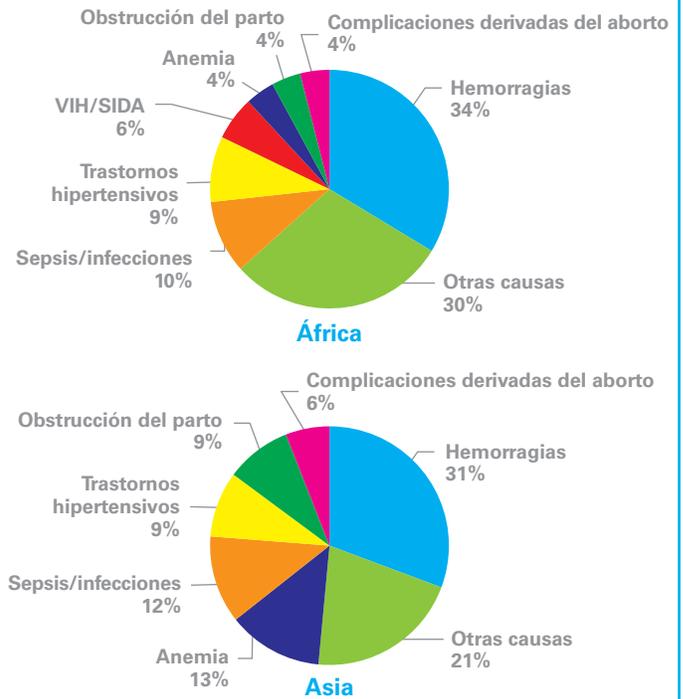
De las 536.000 muertes relacionadas con la maternidad que, según se calcula, ocurrieron en todo el mundo durante 2005, más del 99% se registraron en los países en desarrollo. Cerca de la mitad (265.000) se presentaron solamente en África subsahariana y la tercera parte, en Asia meridional (187.000). Así pues, el 84% de las defunciones maternas a escala mundial se registraron en África subsahariana y Asia meridional, y las hemorragias fueron la principal causa de muerte en estas regiones. Más aún, casi dos terceras partes de todas las muertes maternas ocurrieron solamente en 10 países. Con 117.000 defunciones –es decir, el 22% del total mundial– la India fue el país con el número más elevado.

Al revisar la lista de los países con el mayor número de muertes maternas se observa que se trata, también, de los que tienen mayores poblaciones. Sin embargo, el riesgo a lo largo de la vida de morir por causas relacionadas con la maternidad no es necesariamente más alto en estos países. Este riesgo equivale a la probabilidad que tiene una mujer de morir por complicaciones derivadas del embarazo o el parto, y toma en cuenta la tasa de mortalidad materna (probabilidad de muerte por parto) y la tasa total de fecundidad (número probable de partos por mujer durante sus años reproductivos). Por lo tanto, en un contexto de alta fecundidad, la mujer afronta muchas veces el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad, a diferencia de lo que sucede en un contexto de baja fecundidad.

Mientras que, en el mundo en desarrollo, el riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida es de 1 en 76, en el mundo industrializado es de 1 en 8.000. Al comparar los países con los mejores y los peores registros, se observa una diferencia abismal.

## Las hemorragias son la causa principal de muerte materna en África y Asia

Causas de muerte materna (1997–2002)

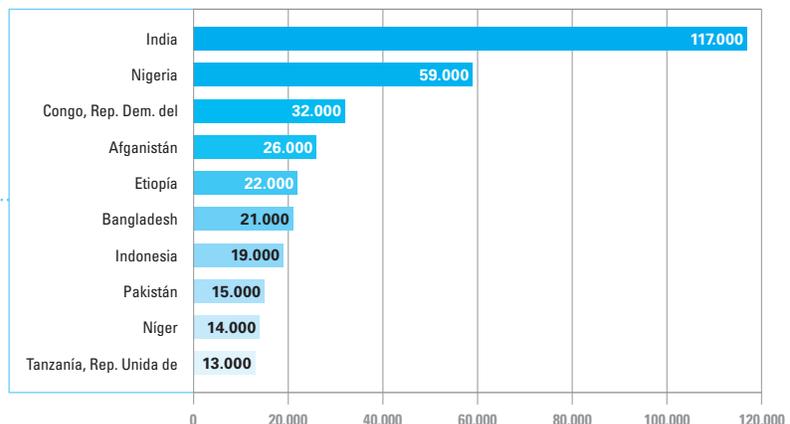


**Nota:** Los porcentajes en los gráficos no suman un 100% debido al redondeo.

**Fuente:** Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, pág. 1069, 1 de abril de 2006.

## Casi dos terceras partes de todas las muertes maternas del mundo en desarrollo ocurren en 10 países

Número estimado de muertes anuales por causas relacionadas con la maternidad (2005)



**Fuente:** OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Para obtener más detalles, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



En Irlanda, donde la TMM es de 1, la más baja del mundo, el riesgo que corren las mujeres de morir durante el embarazo o por causas relacionadas con el parto es de 1 en 47.600; en el Níger, ese riesgo es de 1 en 7.

Al analizar los progresos realizados entre 1990 y 2005 se observan disparidades similares. Estimaciones recientes sugieren que la tasa de mortalidad materna se ha reducido un 5,4% en el mundo entero, pasando de 430 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 400 en 2005. Si bien se trata de un progreso importante, no basta para alcanzar la meta del ODM fijada para 2015.

Este resumen mundial también encubre grandes diferencias en el desempeño de las distintas regiones. En África subsahariana, por ejemplo, no ha habido progresos notables. En esta región, el cálculo para 2005 (920 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) es inferior al cálculo para 1990 (940), pero debido al amplio margen de incertidumbre de las estimaciones, estas cifras podrían no representar cambios significativos desde el punto de vista estadístico (ver recuadro, página 14). Particularmente en esta región, algunos de los países con tasas de mortalidad materna muy altas están envueltos en conflictos, lo que hace aún más

imprecisas las mediciones. Puesto que África subsahariana es la región que más necesita progresar, esta situación es motivo de profunda preocupación.

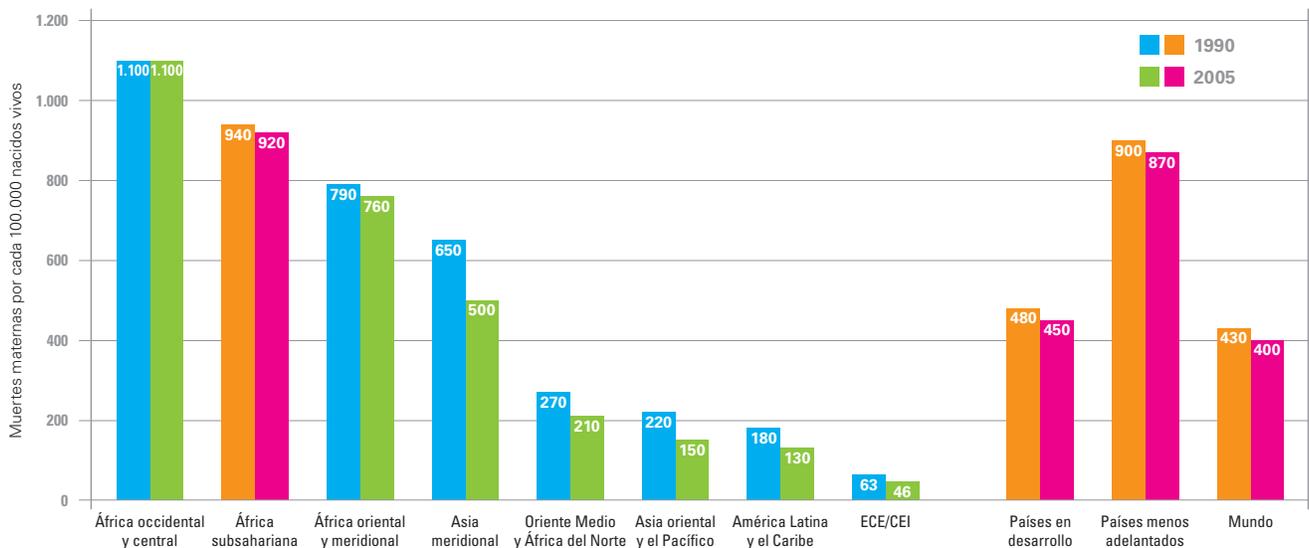
Los datos sugieren que la mayoría de las regiones, con excepción de África subsahariana, están logrando al menos algunos progresos. El camino que se debe seguir está claramente establecido; de hecho, numerosos estudios y datos han ayudado a definirlo. La meta es brindar a las mujeres y a sus hijos una atención continua, que incluya tanto la prevención de los embarazos no planificados como de los abortos practicados en condiciones de riesgo; atención de alta calidad durante el embarazo y el parto que incluya una nutrición sana y cuidados obstétricos de emergencia; atención durante el posparto para la madre y su hijo; y un sistema eficaz de referencia de casos.

### Morbilidad materna

Por cada mujer que muere por alguna causa relacionada con el embarazo, aproximadamente 20 quedan con lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades. Se calcula, pues, que 10 millones de mujeres que sobreviven a sus embarazos sufren estas consecuencias<sup>3</sup>.

### Progresos diversos en la mortalidad materna en las regiones

Tendencias de la tasa de mortalidad materna, por regiones (1990 y 2005)



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



En numerosos países en desarrollo, las mujeres no reciben tratamiento para esta clase de problemas. El resultado es que muchas padecen dolores y trastornos psicológicos a lo largo de toda su vida.

Una de las dolencias más incapacitantes es la fístula obstétrica. Se presenta cuando, durante un trabajo de parto prolongado u obstruido, la presión de la cabeza del bebé restringe el flujo sanguíneo hacia el tejido del canal del nacimiento, que puede necrosarse y producir perforaciones en el tejido después del alumbramiento. El resultado es un goteo incontrolable de la vejiga o del recto hacia la vagina, lo que causa la incontinencia en la mujer. La infección y el daño del nervio son otras complicaciones de la fístula. Se calcula que esta dolencia afecta todos los años por lo menos a 75.000 mujeres, muchas de las cuales no reciben tratamiento. Según algunas estimaciones, por lo menos 2 millones de mujeres viven actualmente con esta devastadora lesión<sup>4</sup>.

Las complicaciones durante el parto producen anemia e infertilidad a millones de mujeres. La hemorragia intraparto y posparto puede ocasionar anemia grave, que contribuye a la morbilidad crónica. La anemia interactúa con el paludismo, incrementando la vulnerabilidad; además, aumenta el riesgo de muerte en casos de hemorragia y, cuando es grave, puede derivar en una falla cardíaca en las mujeres. Una de las consecuencias de los abortos en condiciones de riesgo y de la enfermedad inflamatoria de la pelvis sin tratar con antibióticos es la infertilidad.

### **Anemia y desnutrición maternas**

Se calcula que aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo entero padecen alguna forma de anemia, una condición muy peligrosa y frecuente durante el embarazo, ya que el feto absorbe los nutrientes que necesita para su desarrollo. Las enfermedades infecciosas, especialmente el paludismo y los parásitos intestinales, al igual que una dieta de mala calidad, pueden exacerbar el problema. La anemia se puede tratar durante el período prenatal, a pesar de que los programas de suplementación con hierro que se han aplicado en diversos países en desarrollo no han dado los resultados esperados. La situación de las adolescentes embarazadas es particularmente delicada pues, por una parte, son más propensas a la anemia que las mujeres mayores y, por otra parte, tienen menos probabilidades de recibir atención para este trastorno<sup>5</sup>.

La desnutrición materna reduce la probabilidad de que las mujeres sobrevivan al embarazo, y la incidencia de bajo peso al nacer es más alta entre los hijos de mujeres cuyo peso es inferior al normal. Un índice de masa corporal por debajo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>

denota carencia energética crónica y es prevalente en muchas regiones. La desnutrición materna es grave y frecuente en África subsahariana, Asia meridional y Asia sudoriental, y es crítica en Bangladesh, Eritrea y la India<sup>6</sup>.

### **Paludismo**

Más o menos 50 millones de mujeres embarazadas están expuestas al paludismo todos los años. En las zonas donde esta enfermedad es endémica, hasta el 25% de los casos graves de anemia materna y hasta el 20% de los casos de bajo peso al nacer son atribuibles al paludismo. Contraerlo durante el embarazo también aumenta el riesgo de mortinatalidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte neonatal<sup>7</sup>.

El uso de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo es vital. En la mayoría de los países de África subsahariana donde el paludismo es endémico ya se presta tratamiento preventivo intermitente a las mujeres embarazadas durante el segundo y el tercer trimestre, a fin de prevenir la anemia y la infección palúdica de la placenta en el momento del parto.

### **VIH y SIDA**

Se calcula que 1,5 millones de mujeres que viven con el VIH dieron a luz en 2006 en 108 países de bajos y medianos ingresos<sup>8</sup>. En comparación con las demás mujeres, estas corren un mayor riesgo de presentar hemorragias, sepsis y complicaciones relacionadas con las cesáreas, todas causas de muerte materna<sup>9</sup>.

Las mujeres embarazadas y las madres que viven con el VIH tienen que poder acceder a la profilaxis antirretroviral para sobrevivir y disminuir el riesgo de transmitir el virus a sus hijos. Y en etapas avanzadas del SIDA, algunas necesitan recibir tratamiento en aras de su salud y su supervivencia. Se calcula que, en el momento de ser diagnosticadas, entre el 20% y el 30% de las mujeres embarazadas con VIH necesitan una combinación de medicamentos antirretrovirales<sup>10</sup>.

Se estima que el 33% de las mujeres embarazadas con VIH en países de bajos y medianos ingresos recibieron terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos en 2007, en comparación con apenas el 10% en 2004<sup>11</sup>.

Es posible prestar servicios de prevención de los embarazos no deseados como parte de un conjunto integral de medidas de atención de la salud para las mujeres con VIH, que incluye atención de la salud sexual y de la reproducción, y servicios confidenciales de asesoramiento y detección voluntaria del VIH.



## UN PROCESO CONTINUO DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Si bien el riesgo de mortalidad y morbilidad por complicaciones antes, durante y después del parto es muy alto para las mujeres, la amplia cobertura de determinadas intervenciones puede reducir ese riesgo. La atención prenatal, la asistencia cualificada durante el parto, la atención obstétrica de emergencia, los cuidados durante el posparto, las medidas anticonceptivas y la planificación familiar como parte de un proceso continuo de atención de la salud –que comienza cuando la mujer todavía no es madre y continúa durante el embarazo, el parto y el posparto– pueden redundar en múltiples beneficios tanto para las madres como para sus hijos.

### Atención prenatal

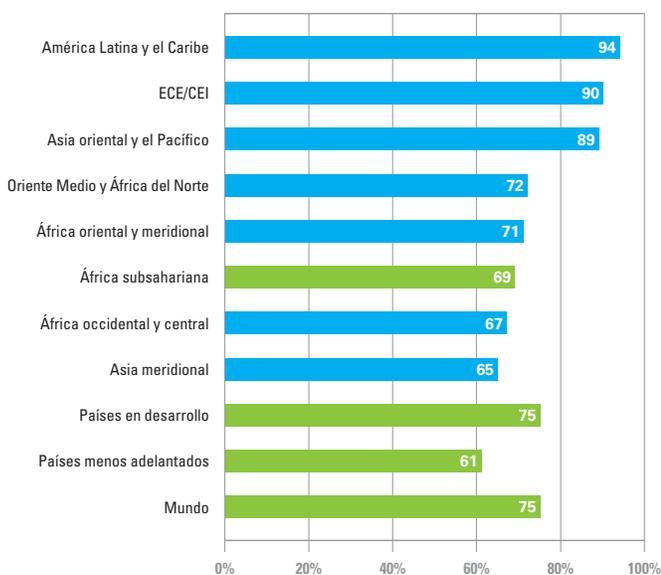
Durante el período prenatal es crucial que las mujeres accedan a información y a intervenciones que favorezcan su salud, bienestar y supervivencia, al igual que los de sus hijos. UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización

Mundial de la Salud (OMS) recomiendan que visiten al profesional de la salud por lo menos cuatro veces durante el embarazo, el número mínimo de visitas necesarias para beneficiarse de los servicios más importantes. Esos servicios incluyen tratamiento contra la hipertensión para prevenir la eclampsia; vacunación contra el tétanos; tratamiento preventivo e intermitente contra el paludismo; distribución de mosquiteros tratados con insecticida; prevención de la transmisión del VIH de la madre a su hijo; suplementación con micronutrientes; y preparación para el nacimiento, con información sobre las señales de peligro durante el embarazo y el parto.

La mayoría de los datos disponibles se refieren a mujeres que recibieron atención prenatal por lo menos una vez. Según las últimas estimaciones, el 75% de las mujeres del mundo en desarrollo consultan con un profesional de la salud como mínimo una vez durante el embarazo, una mejora considerable frente al 60% a mediados de la década de 1990. Aproximadamente 9 de cada 10 mujeres embarazadas reciben atención por lo menos una

### En el mundo en desarrollo, el 75% de las mujeres reciben alguna atención prenatal

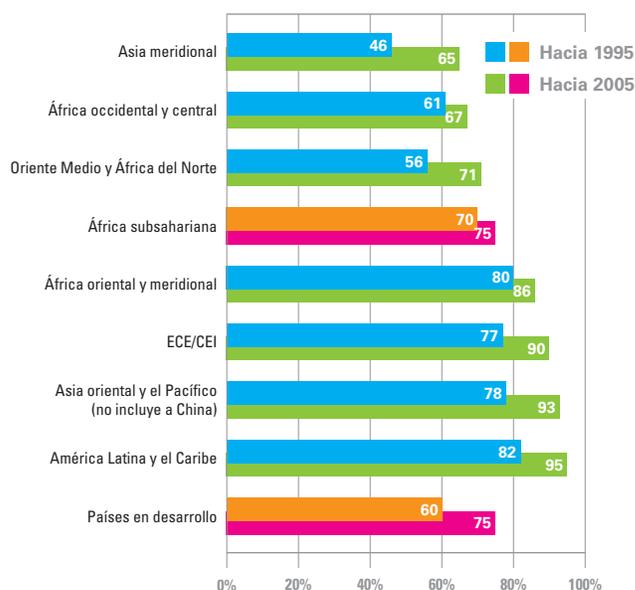
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, por regiones (2000–2006)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <www.childinfo.org>.

### La cobertura de atención prenatal aumentó en todas las regiones en desarrollo durante la última década

Tendencias en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, por regiones, sobre la base de un subconjunto de 67 países con datos sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <www.childinfo.org>.



vez en América Latina y el Caribe, Asia oriental y el Pacífico, y Europa Central y del Este y Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI). En Oriente Medio y África del Norte, el 72% de las mujeres embarazadas reciben atención de personal capacitado; en África subsahariana, el 69%; y en Asia meridional, el 65%. Asia meridional es la región con la cobertura más baja, pero la que con mayor rapidez ha progresado en los últimos años; en efecto, su cobertura aumentó 19 puntos porcentuales desde mediados de la década de 1990.

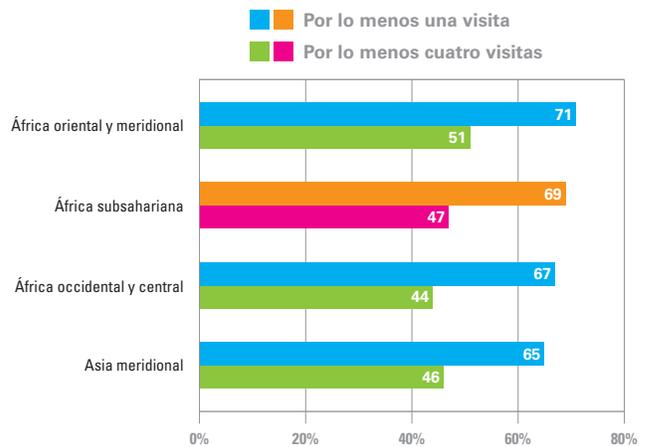
Los países con los niveles más bajos de cobertura de por lo menos una visita de atención prenatal durante el embarazo son el Afganistán (16%), Etiopía (28%), la República Democrática Popular Lao (27%) y Somalia (26%) (véase la tabla en las páginas 42-44).

Solo alrededor de la mitad de todas las mujeres embarazadas del mundo asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas. En un subconjunto de países de África subsahariana que cuentan con este tipo de datos, el 69% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal por lo menos una vez entre 2000 y 2006, en comparación con el 47% que acudió por lo menos a cuatro visitas prenatales.

Estos datos sobre atención prenatal no reflejan su calidad, que es difícil de evaluar. No obstante, es fundamental garantizar la calidad de la atención prenatal para que los servicios que se presten realmente contribuyan al mejoramiento de la salud materna.

### En África subsahariana y Asia meridional, menos de la mitad de las mujeres asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas

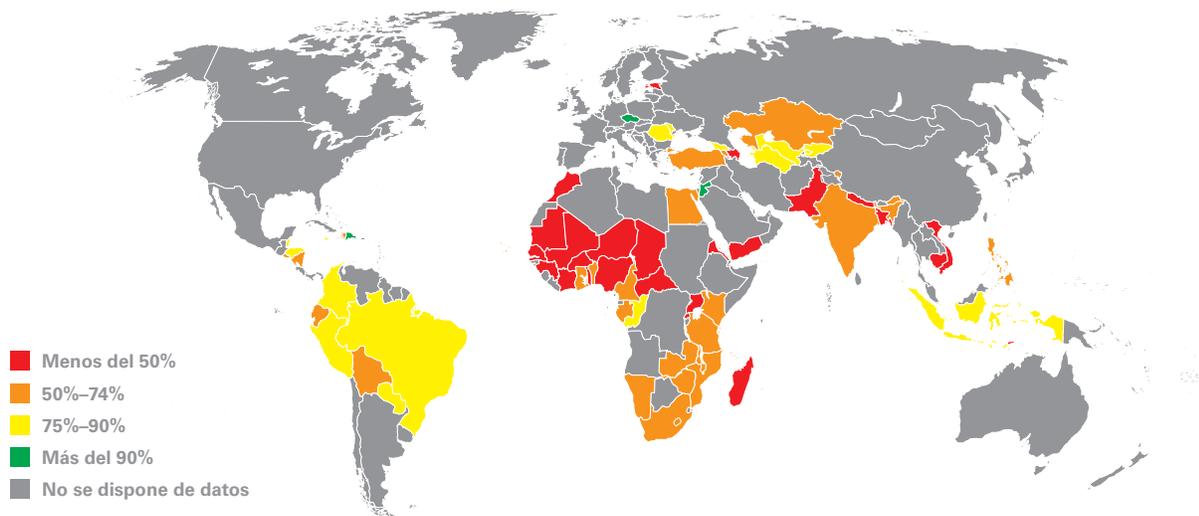
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, y porcentaje que recibió atención prenatal por lo menos cuatro veces (2000-2006)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### La cobertura de cuatro visitas prenatales es insuficiente en el mundo en desarrollo

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos cuatro veces durante el embarazo (2000-2006)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



## Asistencia de personal sanitario calificado durante el parto

Una de las intervenciones más decisivas para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas es garantizar que las mujeres reciban una atención adecuada durante el parto. Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personal capacitado no solo para traer al mundo a los bebés en condiciones de seguridad, sino para reconocer posibles signos de complicación y, o bien prestar el tratamiento necesario si existen los medios, o bien referir a la madre a una unidad de emergencia si no es posible brindarle tratamiento. Para los casos de referencia a una unidad de emergencia, es fundamental que haya un sistema de salud eficiente.

Aproximadamente 50 millones de nacimientos en el mundo en desarrollo, es decir, cerca de 4 de cada 10 nacimientos a escala mundial, no cuentan con la asistencia de personal sanitario calificado. Las regiones con los niveles más bajos de asistencia especializada y la carga más alta de mortalidad materna son África subsahariana y Asia meridional. En cambio, en los países de ECE/CEI, el 95% de los partos cuentan con la asistencia de personal calificado.

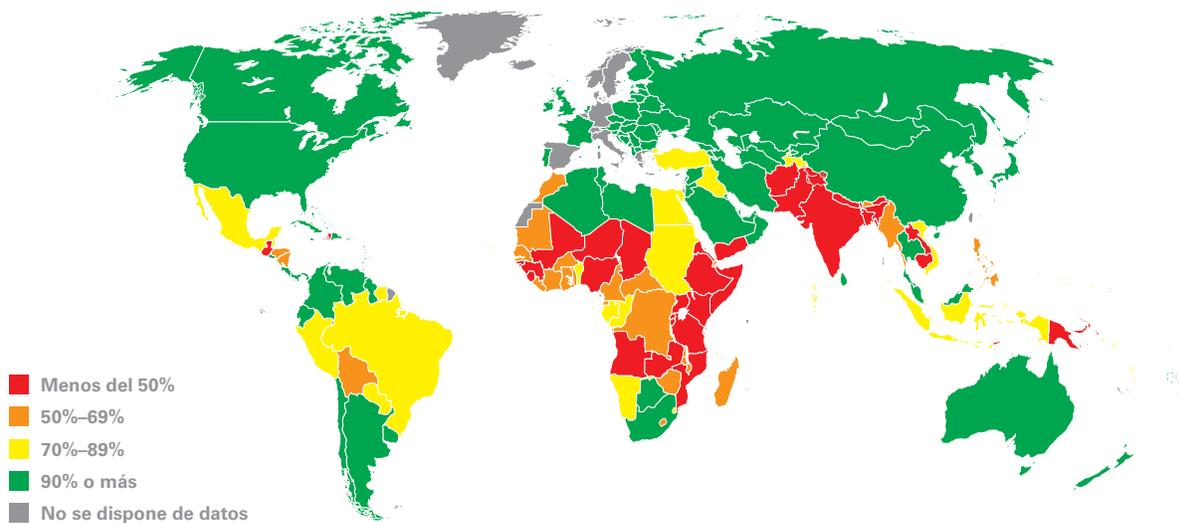
Salvo África oriental y meridional, todas las regiones en desarrollo registraron un incremento en la cobertura de asistencia calificada durante los partos en la última década. El aumento más significativo se observó en Oriente Medio y África del Norte, que pasó del 55% en 1995 al 74% en 2005. A escala mundial, algo más de dos terceras partes de los nacimientos sin asistencia especializada corresponden a 10 países, en tanto que la cuarta parte corresponde únicamente a la India.

Las zonas urbanas de todo el mundo tienen más del doble de probabilidades que las zonas rurales de que los partos cuenten con la asistencia de personal sanitario idóneo. También existe una diferencia significativa entre los países ricos y los países pobres que disponen de datos: en el conjunto del mundo en desarrollo, las mujeres de las familias más pobres tienen la mitad de probabilidades que las mujeres de las familias más pudientes de dar a luz con asistencia de personal calificado.

La calidad de la atención que dispensa el personal sanitario es decisiva. Especialmente cuando surgen complicaciones, el personal debe poder acceder a medicamentos esenciales, suministros, equipos y servicios de atención obstétrica de emergencia. Estos profesionales de la salud deben recibir capacitación para afrontar las situaciones difíciles y se les debe supervisar para garantizar que la atención que prestan sea de alta calidad, un aspecto que reviste la mayor importancia.

## Las tasas de asistencia calificada durante el parto en ECE/CEI se encuentran entre las más altas del mundo

Porcentaje de nacimientos con asistencia de personal sanitario calificado (2000–2006)

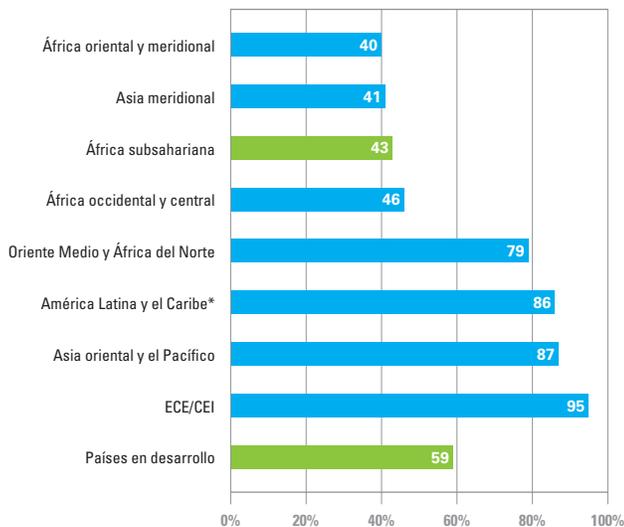


**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



### África subsahariana y Asia meridional, a la zaga de otras regiones en cobertura de asistencia calificada durante el parto

Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado, por regiones (2000–2006)

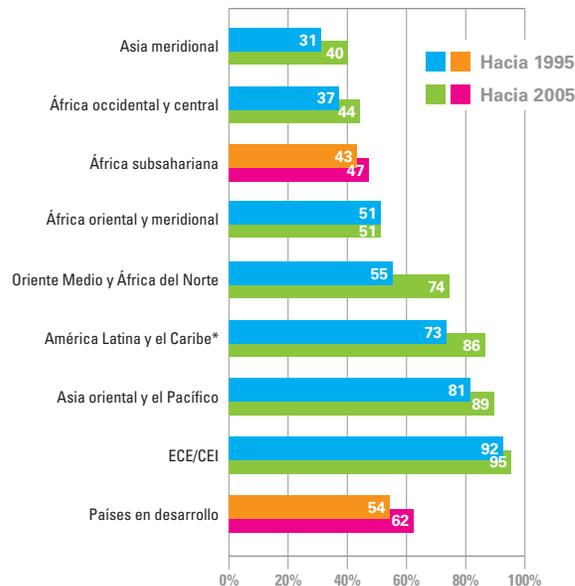


\* Las estimaciones para América Latina y el Caribe se basan en partos en instituciones.

**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### Durante la última década aumentó la cobertura de asistencia calificada durante el parto en todas las regiones

Tendencias en el porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado, por regiones, sobre la base de un subconjunto de 80 países con datos sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)

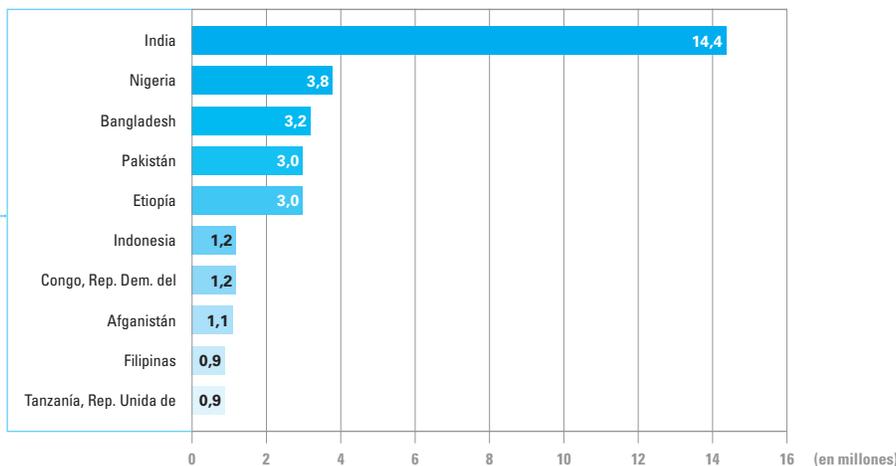


\* Las estimaciones para América Latina y el Caribe se basan en partos en instituciones.

**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### Dos terceras partes de los nacimientos no asistidos por personal especializado tienen lugar en 10 países

Número estimado de partos anuales que no contaron con asistencia de personal sanitario especializado (2006)

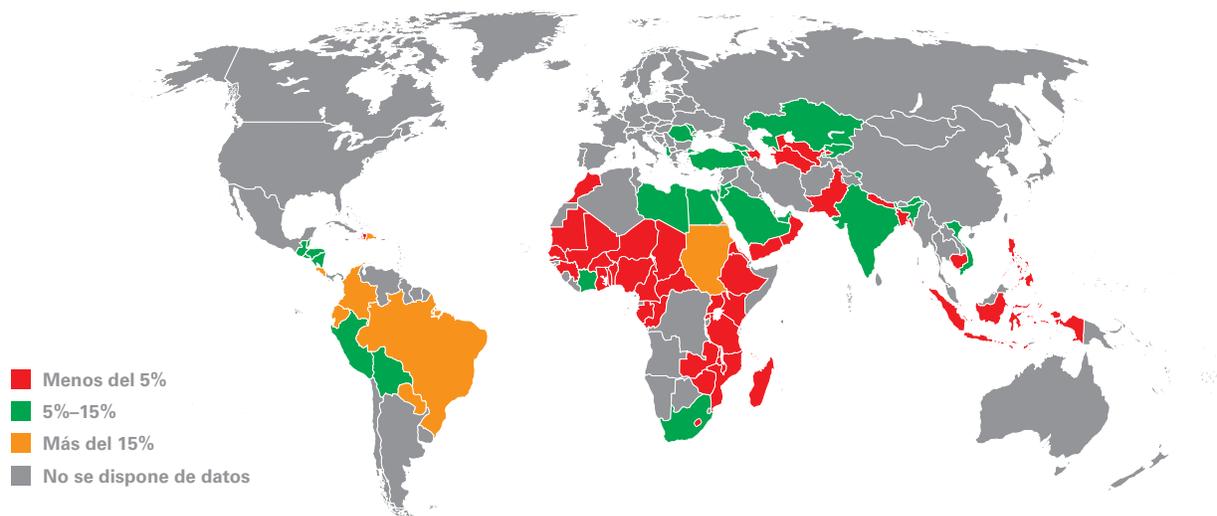


**Fuente:** Análisis de UNICEF basado en DHS, MICS, otras encuestas nacionales en hogares y datos de la División de Población de las Naciones Unidas.



## La cesárea sigue fuera del alcance de muchas mujeres del medio rural de África subsahariana

Tasa de cesáreas en las zonas rurales (2000–2006)



Fuente: DHS y otras encuestas nacionales en hogares.

### Atención obstétrica de emergencia

Cuando surgen complicaciones durante el parto, como hemorragias, sepsis o parto obstruido, las mujeres necesitan recibir atención, con carácter urgente, en una clínica u hospital. Un establecimiento equipado para prestar atención obstétrica básica de emergencia brinda siete servicios fundamentales: administración de antibióticos parenterales, medicamentos oxiócicos y anticonvulsivos; retiro manual de la placenta; remoción de residuos; asistencia durante el parto vaginal; y resucitación neonatal. Además, un establecimiento que preste atención obstétrica de emergencia debe tener la capacidad de practicar cesáreas y hacer transfusiones de sangre.

El indicador “necesidad satisfecha” mide la utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia. Es de esperar que el 15% de los nacidos vivos presenten complicaciones que requieran atención obstétrica de emergencia, y todas las mujeres que sufren complicaciones deben poder acceder a esta clase de atención. Evaluaciones en diversos países de África han descubierto que existen importantes deficiencias en la cobertura<sup>12</sup>.

Algunos obstáculos para acceder a la atención obstétrica de emergencia son la falta de instalaciones hospitalarias cerca de las comunidades rurales, las deficiencias del transporte y, en general, el mal estado de las carreteras. Además de estos obstáculos geográficos, también hay otros de naturaleza financiera y cultural que podrían impedir a la gente procurar ayuda de emergencia.

También es esencial que las instalaciones tengan una infraestructura funcional, equipos y suministros médicos, y personal capacitado. Un estudio que se llevó a cabo en el norte de la República Unida de Tanzania reveló que la principal dificultad es la mala calidad de la atención que brindan esas instalaciones, y no la falta de conocimiento por parte de las mujeres o la imposibilidad de desplazarse hasta estos lugares<sup>13</sup>.

Dado que entre el 5% y el 15% de los nacimientos requieren cesárea, es poco probable que se dispense una atención de emergencia aceptable en zonas cuyas tasas de cesáreas son inferiores al 5%. Las tasas superiores al 15% se han asociado con mortalidad y morbilidad maternas elevadas.

### Cuidados durante el posparto

El posparto es un período de 42 días a partir del alumbramiento, y dentro de ese período la mayoría de las muertes maternas se producen en la primera semana. Sin embargo, no suele haber datos sobre la atención de la salud de la madre después del parto, y en 68 países prioritarios que forman parte de la Iniciativa Cuenta atrás hasta 2015, las visitas posnatales registraron la cobertura más reducida entre los indicadores del proceso continuo de la atención a la madre, al recién nacido y al niño<sup>14</sup>. Incluso cuando las madres y sus hijos reciben atención inmediata, se les descuida durante los días y semanas posteriores.



Los dictados culturales o la falta de acceso a los servicios muchas veces impiden que las madres busquen atención especializada después de dar a luz, aun cuando tengan un problema tan peligroso para su vida como la hemorragia posparto. El personal del centro sanitario local quizás no puede evaluar la gravedad de las complicaciones y brindar tratamiento o derivar a la madre a otra institución. Es indudable que se debe dar mucha más importancia a la atención durante el posparto. También se requiere mayor continuidad y colaboración entre las personas que supervisan los partos y los servicios posteriores en los centros sanitarios y en las comunidades.

### Anticoncepción y planificación familiar

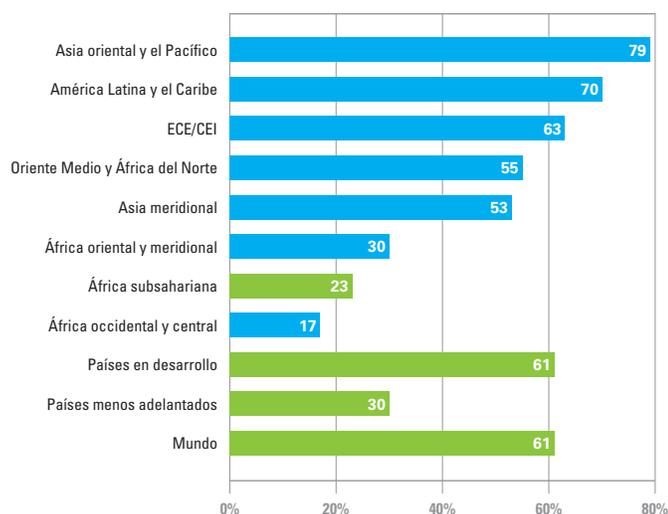
Reducir el número de embarazos no deseados también disminuye el riesgo de mortalidad durante los años reproductivos de las mujeres. Un indicador del ODM es la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos, o porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, que utilizan algún método para controlar la natalidad.

La tasa de uso de anticonceptivos es del 61% en el mundo en desarrollo y de apenas el 30% en los países menos adelantados. En África subsahariana, solamente el 23% de las mujeres casadas o en unión libre utilizan algún método para controlar la natalidad. De los 11 países donde menos del 10% de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, utilizan algún método, todos excepto 3 pertenecen a esta región.

El acceso a métodos anticonceptivos eficaces favorece la salud materna al evitar una serie de problemas de salud e, incluso, la muerte. Se calcula que promover la planificación familiar de conformidad con las políticas nacionales podría evitar cerca de la tercera parte de las muertes maternas en países con altas tasas de natalidad<sup>15</sup>. Según los datos, los embarazos no deseados conllevan mayores riesgos que los deseados, y las mujeres que esperan un hijo sin desearlo tienen menos probabilidades de recurrir a los servicios de atención prenatal de manera temprana o de dar a luz bajo supervisión médica. Adicionalmente, espaciar los nacimientos por lo menos dos años eleva la probabilidad de

### El uso de anticonceptivos es más elevado en Asia oriental y el Pacífico y más bajo en África subsahariana

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, que utilizaban algún método anticonceptivo, por regiones (2000–2006)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.

### Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos, 2000–2006

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, que utilizaban algún método anticonceptivo, por región (2000–2006)

Países en desarrollo con la prevalencia más baja (%)	
Chad	3
Sierra Leona	5
Angola	6
Islas Salomón	7
Sudán	7
Eritrea	8
Mali	8
Mauritania	8
Burundi	9
Djibouti	9
Guinea	9
Países en desarrollo con la prevalencia más alta (%)	
Costa Rica	96
China	87
Bulgaria	86 x
Uruguay	84 x
República de Corea	81 x
Colombia	78
Brasil	77 x
Cuba	77
Tailandia	77
Venezuela (República Bolivariana de)	77 x

x: Los datos se refieren a años o períodos diferentes de los especificados.

Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.



supervivencia infantil. Es más; las medidas anticonceptivas evitan que las mujeres recurran a abortos practicados en condiciones de riesgo y, por lo tanto, contribuyen a reducir la mortalidad y la discapacidad maternas<sup>16</sup>.

Un indicador relacionado con el ODM es la “necesidad insatisfecha” en materia de anticoncepción. Se refiere a las mujeres que no desean tener un hijo o que desean posponer su siguiente embarazo, pero no están utilizando ningún método anticonceptivo. Unos 137 millones de mujeres que desean espaciar sus embarazos, o limitar su número, no usan método anticonceptivo alguno, mientras que 64 millones solo utilizan métodos tradicionales, como el *coitus interruptus*<sup>17</sup>. Se calcula que todos los años se podrían evitar hasta 100.000 muertes maternas si se resolvieran con eficacia las necesidades en materia de anticoncepción<sup>18</sup>.

## ESTIMACIONES E INDICADORES RELACIONADOS

### Tasa de fecundidad

En 2006, la tasa total de fecundidad en todo el mundo –el número de hijos que tendría una mujer durante toda su vida si la tasa de fecundidad a lo largo de sus años reproductivos fuera la actual– era de 2,6. Esta cifra encubre grandes diferencias entre las

distintas regiones, que van desde 5,3 en África subsahariana hasta 1,9 en Asia oriental y el Pacífico y 1,7 en ECE/CEI, ambas bastante por debajo del nivel de reemplazo.

Las tasas totales de fecundidad en los países en desarrollo muestran variaciones incluso más amplias, desde 7,3 en el Níger y 7,2 en el Afganistán hasta 1,2 en Belarús, Bosnia y Herzegovina, la República de Corea y Ucrania. Las tasas altas de fecundidad significan que las mujeres están expuestas más a menudo al riesgo de muerte por maternidad. Los países con tasas de fecundidad muy altas tienden a pertenecer al grupo de las naciones menos adelantadas (véase la tabla en las páginas 42-44).

### Fecundidad entre las adolescentes

Tener hijos en la adolescencia, algo frecuente en muchas partes del mundo, comporta riesgos especiales. Puede que las adolescentes no estén maduras fisiológicamente, y las adolescentes que dan a luz por primera vez podrían carecer de información esencial y de acceso a los servicios y el apoyo en materia de salud. Todos los años, casi 70.000 jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años fallecen por complicaciones derivadas del embarazo, la causa más común de muerte en este grupo de edad. Las madres menores de 15 años corren un riesgo incluso más alto; de hecho, tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto que las mujeres de 20 años o más. Se calcula que todos los años recurren al aborto en condiciones de riesgo entre 2,2 millones

#### La fecundidad es elevada en la mayor parte del mundo en desarrollo

Tasa total de fecundidad\* (2006)

Tasa total de fecundidad, por regiones (2006)	
África subsahariana	5,3
África oriental y meridional	5,0
África occidental y central	5,6
Oriente Medio y África del Norte	3,1
Asia meridional	3,0
América Latina y el Caribe	2,4
Tasa de fecundidad de reemplazo	2,1
Asia oriental y el Pacífico	1,9
ECE/CEI	1,7
Países industrializados	1,7
Países en desarrollo	2,8
Países menos adelantados	4,7
Mundo	2,6

\* Número de niños que nacerían por mujer si vive hasta el final de su edad de procrear y tiene hijos en cada edad de acuerdo a las tasas de fecundidad prevalentes específicas para cada edad.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

#### La fecundidad entre las adolescentes es elevada en todo África subsahariana

Número anual de nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años, por cada 1.000 mujeres pertenecientes a este grupo de edad (2006)

Tasa de nacimientos entre las adolescentes, por regiones (2006)	
África subsahariana	126
África oriental y meridional	106
África occidental y central	146
Oriente Medio y África del Norte	34
Asia meridional	69
Asia oriental y el Pacífico	19
América Latina y el Caribe	78
ECE/CEI	31
Países industrializados	23
Países en desarrollo	58
Países menos adelantados	121
Mundo	54

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.



y 4 millones de adolescentes, lo que incrementa significativamente el número de muertes y lesiones físicas permanentes<sup>19</sup>.

La fecundidad entre las adolescentes es excepcionalmente alta en África subsahariana. Los 10 países donde se registran las tasas más altas de nacimientos entre las adolescentes pertenecen a esta región, y los encabezan la República Democrática del Congo (225 nacimientos por cada 1.000 niñas y mujeres jóvenes entre 15 y 19 años), Liberia (221) y el Níger (204).

### Matrimonio precoz

El embarazo y la maternidad en la adolescencia son consecuencias previsibles del matrimonio a temprana edad, e implican serios riesgos tanto para la madre, que posiblemente no ha alcanzado la madurez física, como para su hijo. UNICEF calcula que más de 60 millones de mujeres entre los 20 y los 24 años se casaron o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir 18 años, es decir, alrededor del 34% de todas las mujeres de este grupo de edad en el mundo en desarrollo. El matrimonio precoz es más común en Asia meridional y África subsahariana. De las mujeres de 20 a 24 años, el 45% se casó antes de los 18 años en Asia meridional; el 40%, en África subsahariana; y el 26%, en América Latina y el Caribe<sup>20</sup>. Las causas del matrimonio precoz son las desigualdades y la discriminación por razón de género. El registro de los nacimientos, el establecimiento de edades mínimas para casarse y las intervenciones destinadas a modificar las normas sociales y comunitarias son medidas cruciales para desalentar esta práctica y, por lo tanto, para retrasar la edad del primer embarazo.

### Ablación o mutilación genital femenina

La ablación o mutilación genital femenina puede acarrear graves consecuencias durante el parto, aumentando significativamente la probabilidad de que se prolongue, se obstruya o se presente una hemorragia posparto. Las tasas de mortalidad también son más altas entre los bebés de madres que han sido víctimas de esta nociva práctica<sup>21</sup>. Los peligros que afrontan las madres y sus hijos durante el alumbramiento aumentan de manera importante según la gravedad de la mutilación<sup>22</sup>. Esta práctica constituye un reflejo de las desigualdades y la discriminación por razón de género, y una forma de violencia contra las niñas. UNICEF calcula que, en 27 países de África y Oriente Medio, 70 millones de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años han padecido la ablación o mutilación genital<sup>23</sup>.

### Educación y promoción de la autonomía de la mujer

Las estadísticas ponen de manifiesto que, por cada 1.000 mujeres que acceden a un año adicional de estudio, se evitan dos muertes maternas<sup>24</sup>. Según algunas investigaciones, entre los factores que ayudan a reducir la mortalidad materna están conocer las prácticas de atención de la salud, recurrir a los servicios médicos durante el embarazo y el parto, mejorar la nutrición y aumentar el intervalo entre los nacimientos. Y estos factores dependen, en gran parte, de la educación de las niñas<sup>25</sup>. Tener conocimientos apropiados sobre salud reproductiva, sexualidad y VIH/SIDA contribuye a la autonomía de las mujeres y las niñas, y les permite tomar decisiones relacionadas con estas cuestiones.

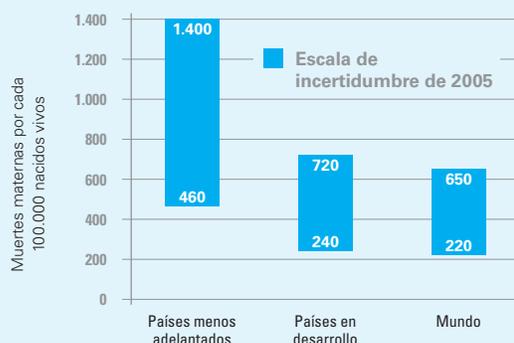
### ACERCA DE LOS DATOS

La mortalidad materna es muy difícil de medir y pocos países en desarrollo saben con certeza cuántas mujeres mueren todos los años durante el parto. Para poder calificar una muerte como materna, se requiere información sobre las condiciones del embarazo, la causa de la defunción y cuándo se produjo la muerte en relación con la terminación del embarazo. Es posible que incluso en los países industrializados –por no hablar de los países en desarrollo, que afrontan la mayor carga de mortalidad materna– no exista esta información, haya sido clasificada erróneamente o no refleje la verdadera magnitud del problema. Por ejemplo, la causa de muerte podría estar erróneamente clasificada si se desconoce el embarazo o si el embarazo o el parto agravaron un trastorno ya existente. También puede haber resistencia a informar sobre una muerte producida como consecuencia de un aborto.

Debido a las dificultades que plantea la medición, las estimaciones de las tasas de mortalidad materna siempre incluyen una escala de incertidumbre. Esto significa que, aun cuando se trata de las estimaciones más precisas de que se dispone, la “verdadera” TMM puede ser más alta o más baja. Si bien esto ocurre con todos los datos estadísticos, la incertidumbre en torno a la TMM es particularmente alta, por lo que estos datos se deben interpretar con cautela. Para obtener más información, véase el recuadro en la página 45.

### El amplio margen de incertidumbre estadística dificulta la estimación de tendencias de la tasa de mortalidad materna

Tasa de mortalidad materna, con una escala de incertidumbre (2005)



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL: La región con mayor riesgo

El 30% de todas las muertes maternas del mundo se presentan en África occidental y central, y 162.000 mujeres fallecieron en 2005 por causas relacionadas con el embarazo o el parto. La tasa de mortalidad materna es considerablemente más alta en esta región que en ninguna otra –1.100 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos– y, lo que es peor, no se ha reducido de manera apreciable desde 1990. De los 23 países de la región con estimaciones comparables, todos menos Cabo Verde tienen una tasa de mortalidad menor de 500, y la tercera parte tiene una tasa de 1.000 o más.

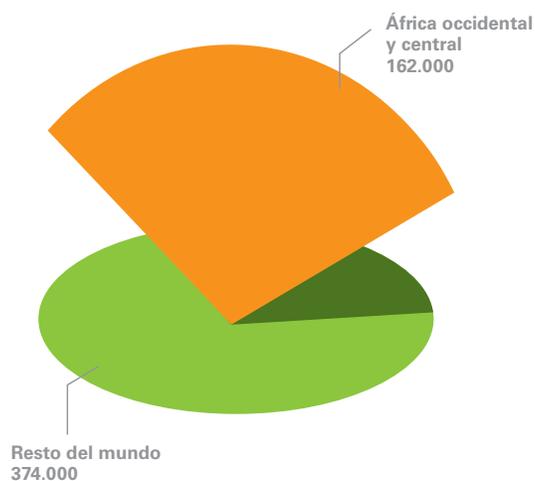
Casi dos terceras partes de las muertes maternas de esta región ocurren en el Níger, Nigeria y la República Democrática del Congo, y aproximadamente el 20% de todas las muertes derivadas de la maternidad a escala mundial corresponden al conjunto de estos tres países.

África occidental y central registra las tasas de fecundidad más altas del mundo. Su tasa total de fecundidad es de 5,6 y su tasa promedio de nacimientos entre las adolescentes es de 146 nacimientos por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años. En 17 países, menos de la quinta parte de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, utilizan algún método anticonceptivo. Además, los niveles de alfabetismo de las mujeres adultas de esta región, un indicador relacionado, se encuentran entre los más bajos del mundo.

Altos niveles de fecundidad significan que las mujeres están expuestas con mayor frecuencia al riesgo de morir por causas derivadas del embarazo y el parto. El riesgo promedio de muerte materna a lo largo de la vida para las mujeres de esta región es de 1 en 17. En el Níger, este riesgo es de 1 en 7, el peor del mundo; en Sierra Leona es un poco menor, 1 en 8.

En África occidental y central, solamente el 46% de las mujeres reciben asistencia de personal calificado durante el parto. Las mujeres de las zonas urbanas tienen el doble de probabilidades que las de las zonas rurales de dar a luz con asistencia calificada y, en el Chad, tienen ocho veces más probabilidades.

Número anual estimado de muertes maternas en África occidental y central (2005)

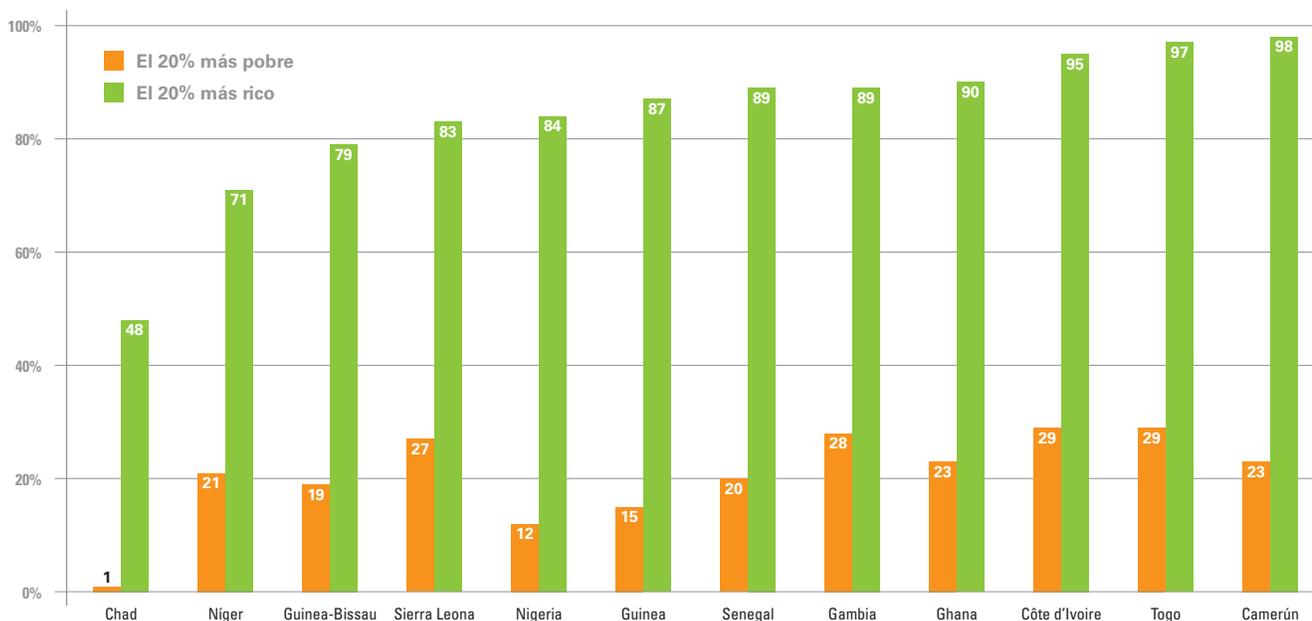


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## La región tiene los niveles más altos de mortalidad materna del mundo y no ha habido mayores progresos desde 1990

### Las mujeres de las familias más pobres tienen menos probabilidades de dar a luz con asistencia de personal sanitario calificado

Porcentaje de partos asistidos por personal sanitario calificado, por quintil de ingresos familiares, en países con una diferencia de, por lo menos, 50 puntos porcentuales (2004–2006)



Fuente: DHS y MICS; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

Las disparidades basadas en la capacidad económica de las familias son aún más marcadas. En 16 países que disponen de datos, las mujeres que pertenecen al quintil más rico de la población tienen tres veces y media más probabilidades de dar a luz con asistencia de personal especializado que las mujeres del quintil más pobre. De nuevo, la disparidad es más evidente en el Chad, donde apenas el 1% de las mujeres más pobres reciben asistencia calificada, en comparación con el 48% de las mujeres más ricas.

La tasa general de mortalidad materna aún no refleja los progresos realizados en los últimos años. El porcentaje de partos asistidos por personal calificado en el conjunto de la región pasó del 37% en 1995 al 44% en 2005, lo que representa uno de los avances regionales más importantes del mundo desde el punto de vista de la cobertura. Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y el Togo han avanzado notablemente y su cobertura ha ascendido por lo menos 10 puntos porcentuales. Hoy en día, más del 50% de todos los nacimientos en esos países tienen lugar con asistencia de personal especializado.

Los datos sugieren, no obstante, que la falta de acceso a atención obstétrica de emergencia sigue planteando un problema serio. En 15 de 16 países que disponen de datos, menos del 5% de las mujeres de las zonas rurales dieron a luz mediante cesárea, lo que permite deducir que esta cirugía, que tiene la capacidad de salvar vidas, sigue fuera del alcance de muchas mujeres del medio rural.

Datos recientes de Burkina Faso, Camerún, Ghana y el Níger muestran que la mayoría de las mujeres que no tienen a sus hijos en una clínica u hospital tampoco se benefician de controles durante el posparto, e incluso entre la minoría que sí recibe esta clase de atención, los profesionales de la salud solamente examinan a menos de la mitad en el curso de las 24 horas posteriores al parto, cuando más complicaciones se presentan.

Pese a que, en África occidental y central, el 67% de las mujeres asisten por lo menos a una visita prenatal, este promedio general encubre amplias variaciones en la cobertura: desde el 39% de las mujeres en el Chad hasta el 99% en Cabo Verde. En esta región, únicamente el 44% de las mujeres asisten a las visitas prenatales



recomendadas, que son cuatro, como mínimo. La mayor diferencia se observa en Burkina Faso, donde el 85% de las mujeres acuden por lo menos a una visita, mientras que solamente el 18% asiste a las cuatro visitas prenatales recomendadas, o incluso a más.

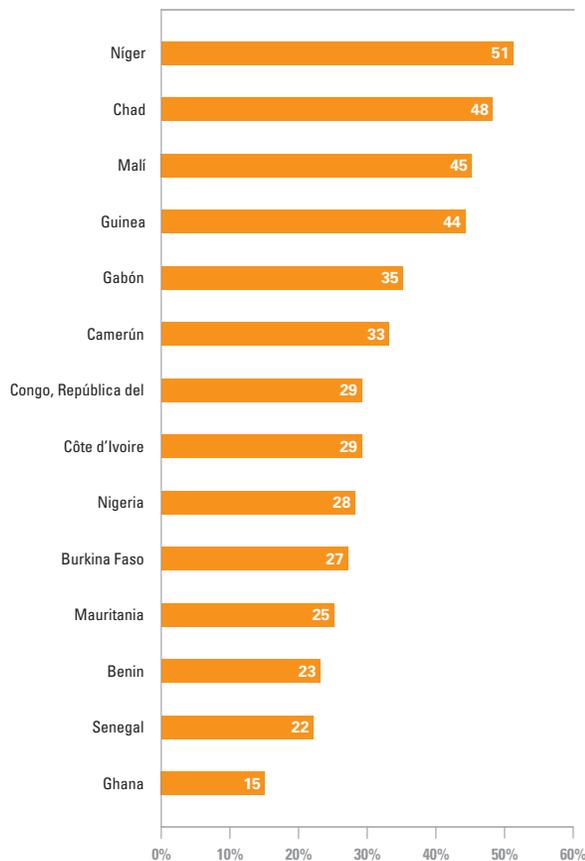
El paludismo es endémico en esta región, y África es el hogar de más del 60% de los 50 millones de mujeres embarazadas que están expuestas a esta enfermedad todos los años. En África occidental y central, el porcentaje de mujeres embarazadas entre los 15 y los 49 años que reciben tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo durante las visitas prenatales

sigue siendo bajo. En los países que obtienen información sobre este indicador mediante encuestas domiciliarias, la cobertura no llega al 10%, excepto en Gambia (33%), Ghana (27%) y el Togo (18%)<sup>26</sup>.

Una encuesta realizada en 2007 halló que por lo menos cinco países de la región –incluidos Burkina Faso, el Congo, Ghana, Malí y el Senegal– han adoptado políticas que incluyen exámenes de la mortalidad materna como mecanismo para mejorar la calidad y la confiabilidad de los servicios de atención de la salud materna<sup>27</sup>.

### Las altas tasas de fecundidad entre las adolescentes implican que muchas madres jóvenes corren un riesgo alto

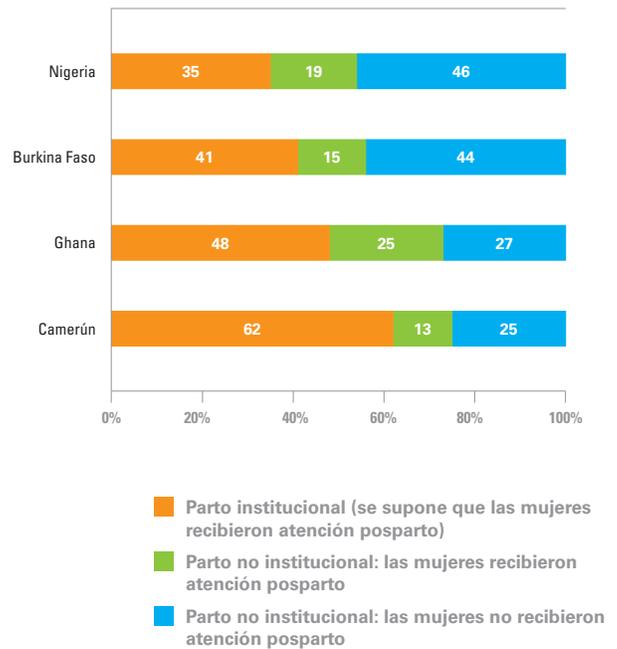
Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que ya habían dado a luz a los 18 años (2000-2006)



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud seleccionadas, <www.measuredhs.com>.

### Un porcentaje significativo de mujeres no reciben atención posparto

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz, por lugar del parto, y cobertura de atención durante el posparto cuando los partos no tuvieron lugar en un centro sanitario (2003-2004)



Fuente: Fort, Alfredo L., et al., 'Post-partum Care: Levels and determinants in developing countries', *DHS Comparative Reports 15*, Macro International, Inc., Calverton (EUA), diciembre de 2006, pág. 11.

## ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL: Progresos mínimos

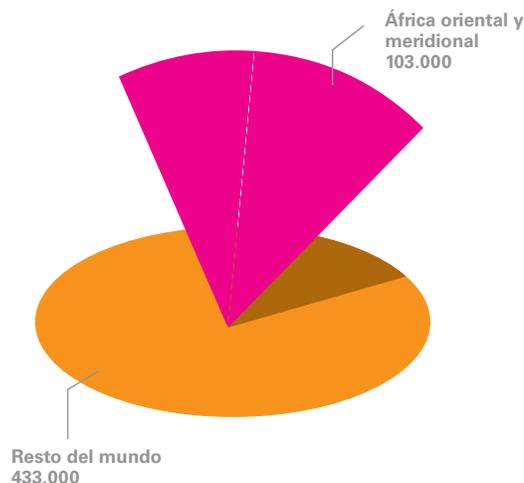
La quinta parte de las muertes maternas a escala mundial corresponden a África oriental y meridional, la región con la segunda tasa más elevada de mortalidad materna. Los datos indican que esta tasa ha variado muy poco: 790 en 1990 contra 760 en 2005. En cinco países de esta región, la TMM es superior a 1.000: Angola y Somalia (1.400 en ambos), Rwanda (1.300), Burundi y Malawi (1.100 en ambos). En general, el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1 en 29, y en todos los países de la región, salvo en seis, el riesgo es mayor de 1 en 50.

Las mujeres de Angola y Somalia corren el riesgo más alto a lo largo de sus vidas (1 en 12), mientras que el caso de Mauricio es excepcional, ya que el riesgo (1 en 3.300) se aproxima al extremo inferior de la escala en algunos países industrializados. El riesgo a lo largo de la vida combina la tasa de mortalidad materna y la tasa total de fecundidad; así, los altos niveles de fecundidad en esta región –cuya tasa total de fecundidad es de 5,0– inciden en el alto riesgo de muerte a lo largo de la vida.

Apenas el 40% de las mujeres embarazadas en África oriental y meridional tienen a sus hijos con asistencia de un profesional calificado, y no se registraron aumentos apreciables en la cobertura entre 1995 y 2005. Rwanda, Sudáfrica y Swazilandia han progresado en los últimos años. La cobertura actual de Sudáfrica es del 92%, por lo que ocupa el tercer lugar después de Mauricio, con el 98%, y Botswana, con 94%.

En esta región, las mujeres del medio urbano tienen dos veces y media más probabilidades que las mujeres del medio rural de que sus partos sean asistidos por personal calificado, con coberturas del 73% y el 30%, respectivamente.

Número anual estimado de muertes maternas en África oriental y meridional (2005)

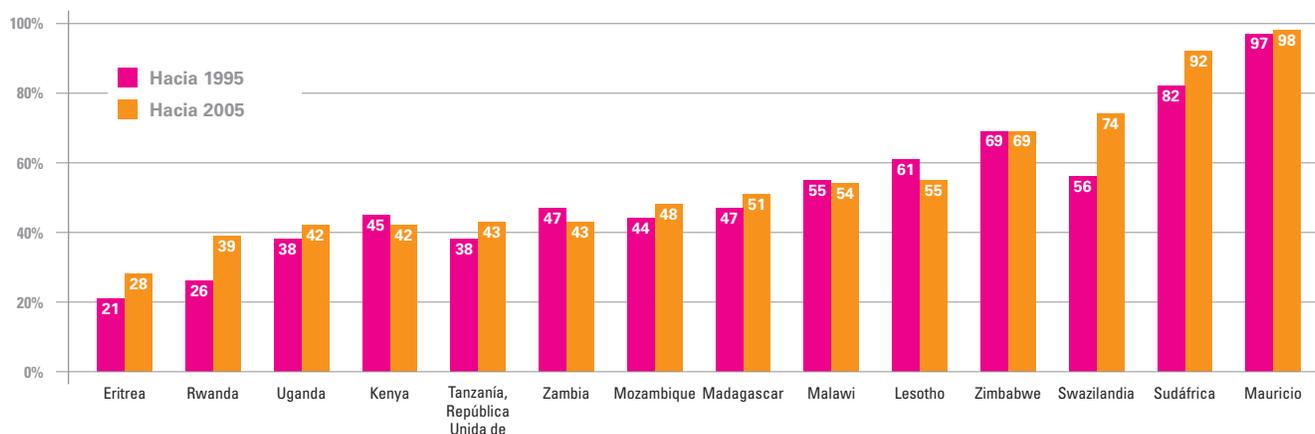


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## Las tasas de fecundidad y mortalidad materna de esta región son las segundas más altas del mundo

### En la última década mejoró la cobertura de asistencia calificada durante el parto en varios países

Tendencias en el porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado, en países con datos comparables sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)



**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

Las diferencias entre quintiles de ingresos familiares también son muy marcadas. Entre los países que disponen de datos, Eritrea, Kenya, Madagascar, Mozambique y Somalia tienen niveles de cobertura superiores al 75% para las mujeres del quintil más rico, pero una cobertura muy baja para las mujeres más pobres. En Eritrea, la diferencia es pasmosa: 12 a 1.

Sudáfrica es el único país de la región con una tasa de cesáreas en las zonas rurales superior al 5%. Esto podría significar que muchas mujeres del medio rural no tienen acceso a servicios obstétricos de emergencia. Encuestas efectuadas recientemente en establecimientos de salud de Kenya y la República Unida de Tanzania indican que no disponen de servicios obstétricos de emergencia al nivel recomendado y que esta situación debe ser remediada<sup>28</sup>.

El 71% de las mujeres de esta región reciben atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo. Al menos dos terceras partes de las mujeres aprovechan este nivel básico de atención en todos los países, excepto en Etiopía y Somalia, que van a la zaga,

con coberturas del 28% y el 26%, respectivamente. En la mayoría de los países con datos, por lo menos el 40% de todas las mujeres asisten a las visitas prenatales recomendadas, que son cuatro, como mínimo. En Rwanda, solamente el 13% de las mujeres embarazadas asisten a cuatro visitas, aunque el 94% asiste por lo menos a una.

La tasa total de fecundidad, de 5,0, es la segunda más alta del mundo después de África occidental y central. Existen grandes diferencias entre los países: desde 1,9 en Mauricio hasta 6,8 en Burundi. Las tasas totales de fecundidad de Angola, Burundi, Rwanda, Somalia y Uganda son de 6,0 o más. La tasa de nacimientos entre las adolescentes, 106 nacimientos por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años, también ocupa el segundo lugar después de África occidental y central.



Tres de cada 10 mujeres casadas o en unión libre utilizan algún método anticonceptivo. En Angola, Burundi y Eritrea, menos de una de cada 10 mujeres recurre a estos métodos. El país con la mayor necesidad insatisfecha en esta materia es Uganda (41%), donde la mayoría de las mujeres expresan el deseo de retrasar su siguiente embarazo.

Otro factor que contribuye a la mortalidad materna es la anemia. Encuestas efectuadas recientemente en hogares de esta región midieron la hemoglobina, a fin de determinar los niveles de anemia entre las mujeres en edad reproductiva. Casi la mitad de las mujeres encuestadas en la República Unida de Tanzania y Uganda presentaban alguna forma de este trastorno y el 16% y el 14%, respectivamente, sufrían de anemia moderada o grave.

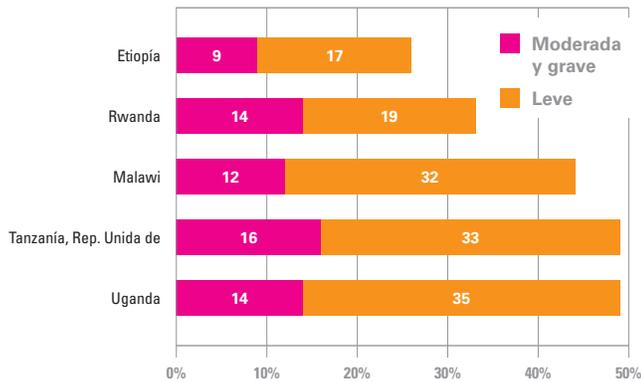
El VIH y el SIDA contribuyen al aumento en la tasa de mortalidad materna en África subsahariana. África oriental y meridional es la región con la prevalencia más alta de VIH y el mayor número de

niños menores de 15 años infectados con el virus, que la mayoría adquirió de sus madres durante el embarazo o el parto. Se calcula que el 13,5% de las mujeres embarazadas que viven en las ciudades capitales están infectadas. Entre las mujeres embarazadas con VIH de la región, la cobertura de profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos se elevó del 11% en 2004 al 31% en 2006<sup>29</sup>.

Sudáfrica fue el primer país de África subsahariana que incluyó el examen de la mortalidad materna en su sistema de salud, con la adopción, en 1997, del Sistema Confidencial de Investigación sobre Muertes Maternas. Botswana, Kenya, la República Unida de Tanzania y Zambia ya adoptaron diversas políticas entre las cuales se incluye este examen<sup>30</sup>.

### La mitad de las mujeres de Uganda y la República Unida de Tanzania sufren de anemia

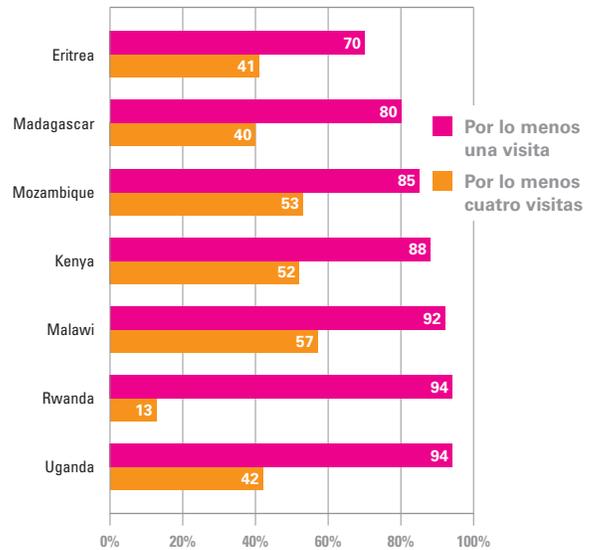
Prevalencia de anemia entre las mujeres de 15 a 49 años en países que disponían de datos (2004–2006)



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud seleccionadas, <www.measuredhs.com>.

### En la mayoría de los países que disponen de datos, más del 40% de las mujeres asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, y porcentaje que recibió atención prenatal por lo menos cuatro veces (2002–2006)



Fuente: DHS y MICS; para obtener más información, véase <www.childinfo.org>.

## ASIA MERIDIONAL: Progresos desiguales

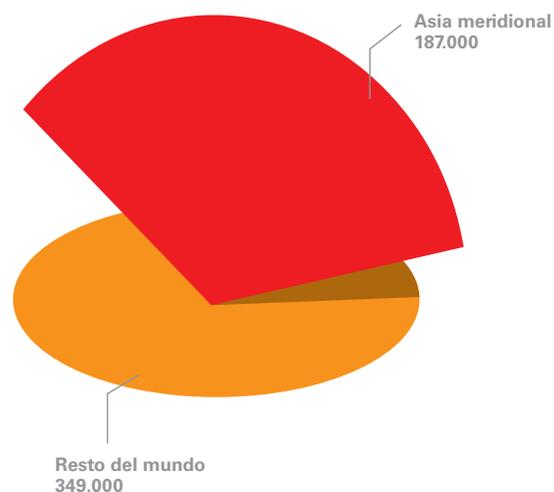
En Asia meridional se registró más de la tercera parte de las 536.000 muertes ocurridas en 2005 por causas derivadas de la maternidad, una proporción más alta que en ninguna otra región. Se calcula que solamente en la India ocurrieron 117.000 defunciones en 2005, es decir, cerca de una quinta parte de todas las muertes maternas a escala mundial. La tasa de mortalidad materna en Asia meridional es de 500 por cada 100.000 nacidos vivos. En términos generales, el riesgo que tienen las mujeres de Asia meridional de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es de 1 en 59. Si bien este riesgo es bastante alto en la mayoría de los países, existen grandes diferencias en la región, que van desde 1 en 8 en el Afganistán hasta 1 en 850 en Sri Lanka.

A pesar de ello, las tasas de mortalidad materna han descendido desde 1990. Según las estimaciones más confiables de que se dispone, la tasa en esta región era de 650 en 1990, mientras que en 2005 era de 500, lo que representa una disminución del 22%.

Las mujeres de Asia meridional se encuentran entre las que menos probabilidades tienen en el mundo de dar a luz con asistencia de personal capacitado. Apenas el 41% de todos los nacimientos cuentan con la presencia de un profesional de la salud. Se calcula que, solamente en la India, 14,4 millones de nacimientos anuales tienen lugar sin asistencia calificada. Sin embargo, la cobertura ha mejorado notoriamente en esta región, pasando del 31% hacia 1995 al 40% hacia 2005.

En las zonas rurales de toda la región ha habido avances importantes. La proporción de mujeres del medio rural de Nepal cuyos partos fueron atendidos por personal calificado se elevó del 8% en 2001 al 14% en 2006. En las zonas rurales de la India, los datos también muestran un leve incremento en la cobertura entre 1999 y 2006.

Número anual estimado de muertes maternas en Asia meridional (2005)

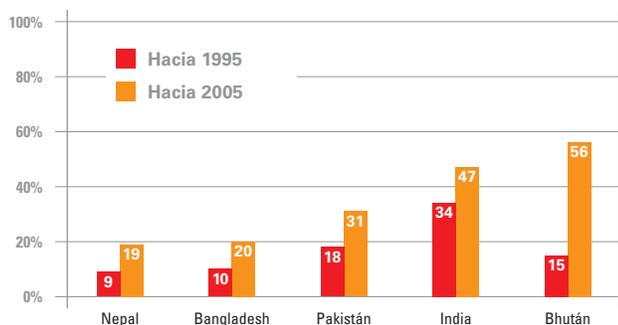


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## Aunque los niveles de mortalidad materna en la región siguen siendo muy altos, hay motivos de optimismo

### Muchos países de Asia meridional han aumentado la asistencia calificada durante el parto...

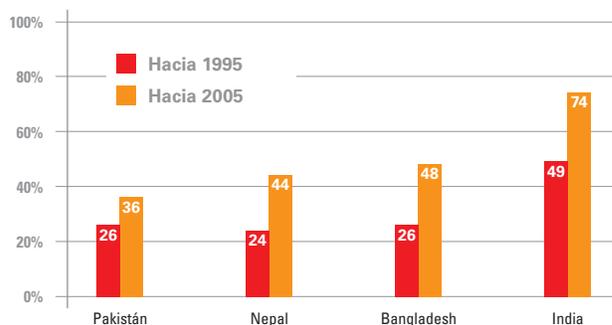
Tendencias en el porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario capacitado, en países con datos comparables sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### ... y la cobertura de atención prenatal

Tendencias en el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que acudieron por lo menos a una visita con un profesional calificado durante el embarazo (hacia 1995 y 2005)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

Sin embargo, en general, las mujeres del medio urbano siguen teniendo el doble de probabilidades que las mujeres del medio rural de dar a luz con asistencia de un profesional capacitado. Esa probabilidad es cinco veces mayor en el Afganistán. En las zonas rurales de Bangladesh, Nepal y el Pakistán, en menos del 5% de los nacimientos se practica la cesárea, lo que parece suponer una grave falta de acceso a atención obstétrica de emergencia.

Las disparidades basadas en los ingresos familiares son aún más marcadas. En la India, la probabilidad de tener asistencia calificada durante el parto es cuatro veces mayor entre las mujeres de las familias más pudientes que entre las mujeres de las familias más pobres. Esa probabilidad es ocho veces más alta en Bangladesh y 11 veces más alta en Nepal.

La escasez de médicos, enfermeras y parteras es crítica en la mayoría de los países de esta región<sup>31</sup>. La falta de personal y de políticas y estrategias eficaces de recursos humanos en algunos países obstaculizará su progreso hacia el logro del ODM 5.

Hay ciertas dificultades que también impiden buscar atención médica de emergencia. En una encuesta nacional que se llevó a cabo en Bangladesh en 2001, el 61% de las mujeres informaron haber sufrido por lo menos una complicación relacionada con el embarazo, el parto o el posparto en los tres años anteriores, y solo en el 62% de los casos se buscó tratamiento cuando se consideró que esas complicaciones podían representar un peligro para la vida. La razón que más se adujo para no procurar atención fue el costo<sup>32</sup>. Sin embargo, en Bangladesh ha habido avances

alentadores, como el aumento en el nivel de asistencia calificada durante el parto en la última década, el tratamiento a escala de las comunidades de la sepsis materna con antibióticos, según informes incidentales<sup>33</sup> y la tasa de utilización de anticonceptivos del 58%.

La cobertura de atención prenatal en Asia meridional es la más baja del mundo, pese a lo cual la situación está mejorando más rápidamente que en ninguna otra región. Mientras que, a mediados de la década de 1990, el 46% de las mujeres asistían a una visita prenatal, hacia 2005 lo hacía el 65%. Bangladesh, la India y Nepal han avanzado 20 puntos porcentuales o más, y las mejoras en el ámbito rural superan las del ámbito urbano.

Pese a lo anterior, algunos factores impiden progresar a un ritmo constante. La última Encuesta Nacional sobre Salud Familiar realizada en la India muestra que las mujeres no siempre están en libertad de buscar atención prenatal. Por ejemplo, el 40% de los maridos cuyas esposas no acudieron a visitas prenatales informaron que no lo consideraban necesario o, sencillamente, impidieron a sus esposas acudir a las visitas. Otro 15% de los maridos dijeron que algún miembro de la familia no lo consideraba necesario o desaprobaba la asistencia a esas visitas médicas<sup>34</sup>.

La tasa total de fecundidad de Asia meridional es de 3,0, con diferencias que oscilan entre el 1,9 en Sri Lanka y el 7,2 en el Afganistán. La tasa de nacimientos entre las adolescentes también presenta variaciones: desde 24 nacimientos por cada 1.000 niñas y mujeres jóvenes de 15 a 19 años en Maldivas



hasta 132 en Bangladesh, donde el 46% de las mujeres de 20 a 24 años que respondieron una encuesta reciente informaron haber dado a luz antes de cumplir 18 años<sup>35</sup>.

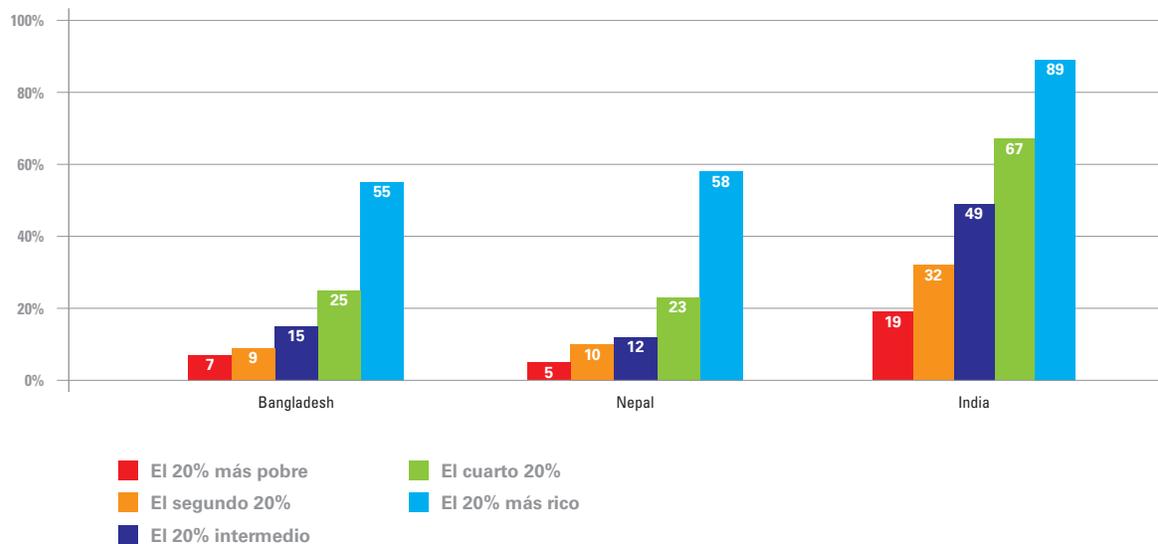
El uso de anticonceptivos varía ampliamente dentro de la región: desde el 10% de las mujeres casadas o en unión libre en el Afganistán hasta el 70% en Sri Lanka. Algo más de la mitad de las mujeres de Asia meridional con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, casadas o en unión libre, utilizan algún método anticonceptivo.

Los niveles de desnutrición materna en Asia meridional se encuentran entre los más altos del mundo. Este factor contribuye al riesgo de mortalidad materna, así como también a la alta proporción de bebés con bajo peso al nacer. En la India, una de cada tres mujeres adultas pesa menos de lo normal<sup>36</sup>.

Bangladesh, la India y Nepal han incorporado transferencias condicionales en efectivo y otros esquemas innovadores para superar los obstáculos financieros en el acceso a los servicios de salud de las madres, entre ellos los pagos en efectivo para cubrir los costos de transporte de las mujeres a los establecimientos sanitarios y la contratación de clínicas privadas para proporcionar atención obstétrica a las mujeres más pobres. Los resultados iniciales son alentadores; entretanto, las autoridades supervisarán de cerca los esquemas para establecer si ofrecen una mejora fundamental en la calidad y la utilización del servicio.

### Tres países con datos sobre ingresos registran grandes disparidades en el acceso a asistencia calificada durante el parto

Porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado, por quintiles de ingresos familiares (2005–2006)



**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



## ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE: Progresos constantes

Más de 20.000 mujeres murieron por causas relacionadas con la maternidad en el Oriente Medio y África del Norte en 2005. Las estimaciones más confiables indican que la tasa de mortalidad materna en la región ha descendido un 21%, de 270 en 1990 a 210 en 2005. Sin embargo, existen enormes diferencias entre los países. Los niveles de mortalidad materna de algunos de los Estados del Consejo de Cooperación del Golfo, incluidos la Arabia Saudita, Kuwait y Qatar, son similares a los de muchos países del mundo industrializado. Pero en el extremo opuesto, las tasas de Djibouti (650 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos), el Sudán (450) y el Yemen (430) se asemejan a los de sus vecinos del Cuerno de África.

Estas grandes diferencias se reflejan en el riesgo de muerte materna a lo largo de toda la vida; el promedio de la región es de 1 en 140, pero oscila entre 1 en 35 en Djibouti y 1 en 9.600 en Kuwait. Reducir las tasas de mortalidad materna en Djibouti, el Sudán y el Yemen es un verdadero reto para la región.

El 68% de los nacimientos tienen lugar en un centro sanitario. El 79% de los partos son asistidos por personal médico especializado y, en cuanto a este indicador, la región del Oriente Medio y África del Norte ha progresado más que en ninguna otra. Entre un subconjunto de países que disponen de datos, el porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado pasó del 55% alrededor de 1995 al 74% hacia 2005. Varios países, entre ellos Argelia, el Iraq y la República Árabe Siria, se destacan por las altas tasas de cobertura que han alcanzado en los últimos años.

Número anual estimado de muertes maternas en el Oriente Medio y África del Norte (2005)

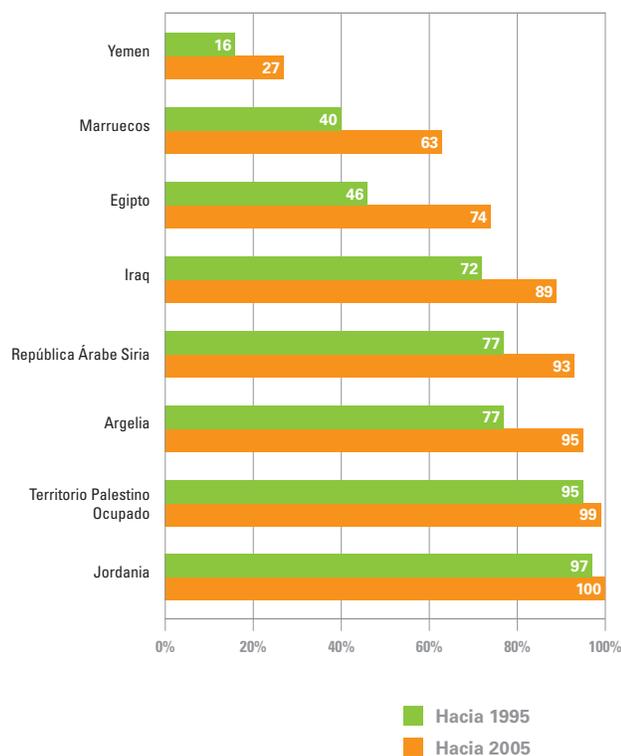


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## Dos terceras partes de los nacimientos de la región tienen lugar en un establecimiento sanitario, y se ha progresado con rapidez en materia de atención prenatal y asistencia calificada durante el parto

### La cobertura de asistencia calificada durante el parto ha mejorado en varios países

Tendencias en el porcentaje de partos asistidos por personal sanitario calificado, en países con datos comparables sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)



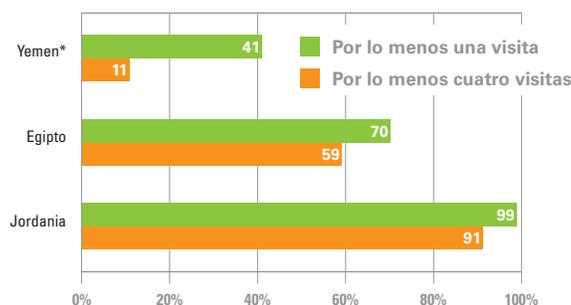
**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

En 14 de los 20 países de la región, por lo menos el 90% de las mujeres dan a luz con asistencia de un profesional especializado. El único país con una cobertura inferior a la mitad es el Yemen, cuya tasa es de apenas el 27%. Las disparidades entre las zonas urbanas y rurales suelen ser menos acusadas que en muchas otras regiones, excepto en Marruecos y el Yemen. Entre los países encuestados, cuanto menor es la cobertura de asistencia especializada durante el parto, tanto más grandes son las disparidades en materia de vivienda e ingresos familiares.

A excepción de Marruecos y el Yemen, las tasas de cesáreas en las zonas rurales son del 5% en todos los países que tienen datos, lo que permite pensar que el nivel de acceso a atención obstétrica de emergencia es adecuado.

### En el Yemen, menos de la mitad de las mujeres reciben algún tipo de atención prenatal

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, y porcentaje que recibió atención prenatal por lo menos cuatro veces (2002–2005)



\* Los datos sobre el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por lo menos cuatro veces se refieren a un período diferente de 2000-2006.

**Fuente:** DHS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

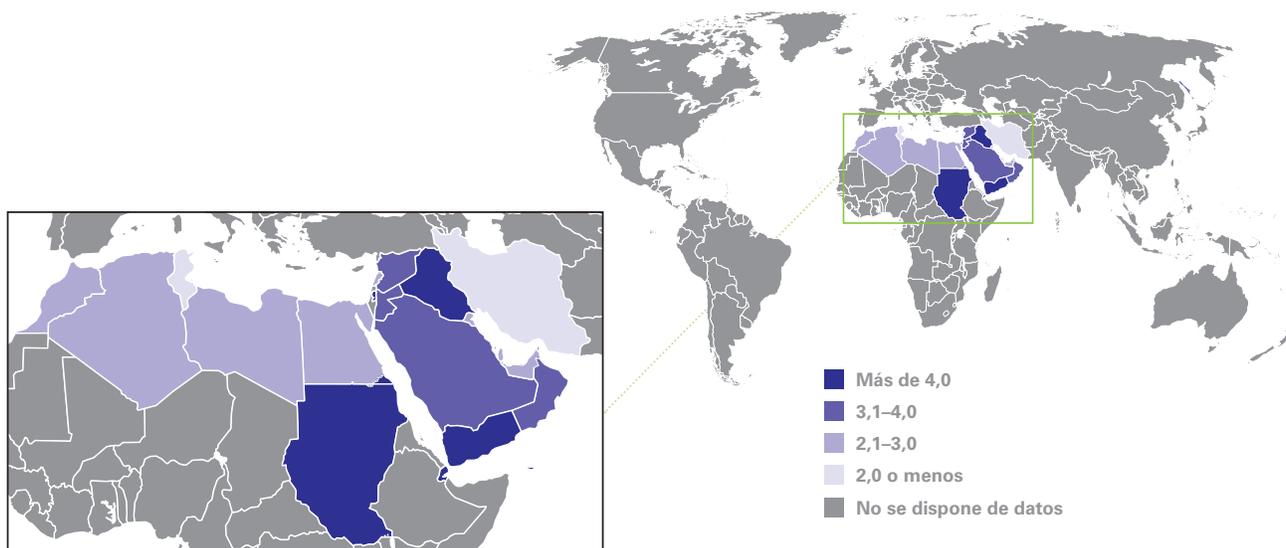
El 72% de todas las mujeres del Oriente Medio y África del Norte acuden, por lo menos, a una visita prenatal durante el embarazo. La proporción de mujeres embarazadas que asisten por lo menos a una visita ha aumentado extraordinariamente; en efecto, desde mediados de la década de 1990 se ha observado un aumento regional de 15 puntos porcentuales y todos los países han mejorado en este aspecto. Pocos países tienen datos sobre el porcentaje de mujeres que asisten, como mínimo, a cuatro visitas prenatales, pero el que más necesita mejorar es el Yemen. De hecho, menos de la mitad de las mujeres de Yemen reciben algún tipo de atención prenatal.

Conviene tener en cuenta que la información sobre el número de visitas prenatales no tiene que ver con la calidad de la atención. Encuestas efectuadas últimamente entre mujeres de Egipto, Jordania y Marruecos que recibieron atención prenatal revelaron que menos de la mitad habían recibido información sobre las complicaciones del embarazo y sus síntomas<sup>37</sup>.



## En la región del Oriente Medio y África del Norte existen considerables diferencias en materia de fecundidad

Tasa total de fecundidad (2006)



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas

La tasa total de fecundidad en el conjunto de la región del Oriente Medio y África del Norte es de 3,1, pero varía entre 1,9 en Túnez y 5,6 en el Yemen. De los 20 países de la región, cinco tienen tasas superiores a 4,0. La tasa de nacimientos entre las adolescentes, 34 nacimientos por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años, es sustancialmente menor que los promedios del mundo y de los países en desarrollo. Con unas tasas de nacimientos entre las adolescentes inferiores a 10 por cada 1.000, la situación de Argelia (8), Jamahiriya Árabe Libia (3) y Túnez (7) es mejor que la de algunos países industrializados, como los Estados Unidos (43) y el Reino Unido (25).

El 55% de las mujeres de 15 a 49 años de la región, casadas o en unión libre, utilizan algún método anticonceptivo. No obstante, el promedio regional encubre inmensas diferencias entre los países: la República Islámica de Irán (74%) y el Sudán (7%) son los casos extremos.

Investigaciones recientes confirman la relación que existe entre la ablación o mutilación genital femenina y algunas complicaciones obstétricas, como la hemorragia posparto y la obstrucción del parto, que obliga a realizar una operación cesárea<sup>38</sup>. A pesar de estas consecuencias adversas, por lo menos el 90% de las mujeres entre los 15 y los 49 años de Djibouti, Egipto y el Sudán han sido víctimas de esta práctica.

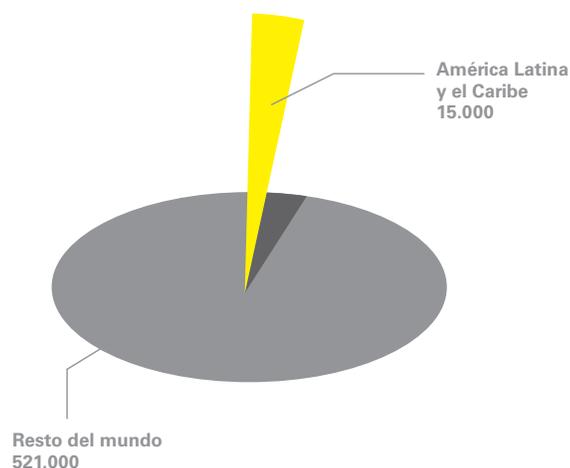
## AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: Progresos significativos

En América Latina y el Caribe, cerca de 15.000 mujeres perdieron la vida en 2005 por causas relacionadas con el embarazo y el parto, 6.000 muertes maternas menos de la estimación correspondiente a 1990. Pese a que los últimos datos muestran una reducción del 28% en la tasa de mortalidad materna desde 1990 –actualmente 130 por cada 100.000 nacidos vivos–, esta tasa de progreso es insuficiente para alcanzar la meta del ODM fijada para 2015. El promedio regional encubre enormes diferencias entre los países. Mientras que la tasa de mortalidad materna de Bahamas, Barbados y Chile es una de las más bajas del mundo en desarrollo (16), la de Haití es sumamente alta (670).

Lo mismo se aplica al riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad. El promedio de la región es 1 en 280, pero el mayor riesgo lo corren las mujeres de Haití (1 en 44) y el menor, las de Barbados (1 en 4.400). Los trastornos hipertensivos son la causa principal de mortalidad materna en la región; el riesgo de mortalidad debido a la hipertensión puede reducirse supervisando la presión arterial de la mujer antes y durante el embarazo.

Algunos de los países más grandes de América Latina y el Caribe no tienen datos comparables sobre tendencias de los nacimientos asistidos por profesionales calificados. El equivalente más próximo –el porcentaje de mujeres que tienen a sus hijos en una clínica o en un hospital– no incluye los partos que tienen lugar en los hogares con asistencia de personal especializado. El 86% de las mujeres dan a luz en un centro sanitario, un aumento notable con respecto al 73% a mediados de la década de 1990. En 10 de los 21 países que cuentan con datos, más del 90% de las mujeres dieron a luz en un centro de salud. Solamente en Guatemala y Haití, menos de la mitad de las mujeres tienen a sus hijos en una clínica o en un hospital. La calidad de la atención plantea serios problemas en países como Guyana, que pese a tener un alto nivel de asistencia calificada durante los partos, registra una alta TMM.

Número anual estimado de muertes maternas en América Latina y el Caribe (2005)



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## Hay indicios de que la mortalidad materna está disminuyendo en la región; además, los niveles de atención prenatal están mejorando

A pesar de la falta de datos comparables sobre asistencia especializada durante el parto en la región, encuestas efectuadas en algunos países han mostrado disparidades considerables en este indicador. Las mujeres del medio urbano de Guatemala tienen más del doble de probabilidades que las mujeres del medio rural de contar con ayuda calificada durante el parto; en Haití, las mujeres de las zonas urbanas tienen, como mínimo, tres veces más probabilidades. En Bolivia, Honduras y el Perú, la situación del 20% de las mujeres más pobres es particularmente desventajosa y, en Haití, el 60% de las mujeres más pobres no cuentan con esta clase de asistencia.

Centrarse en las mujeres más pobres y reducir los obstáculos geográficos y financieros al acceso contribuirá a abordar estas cuestiones.

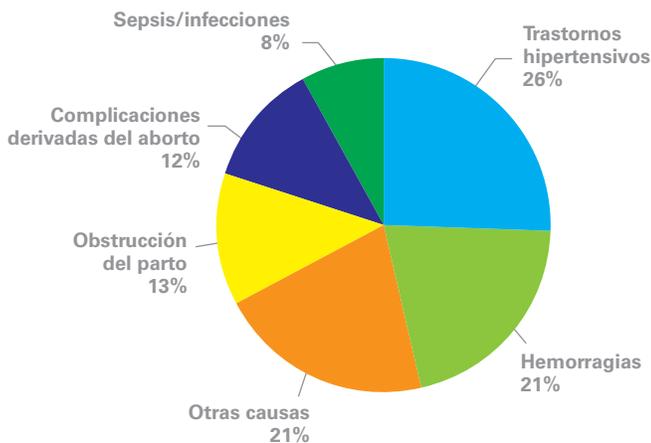
Mientras que los datos de la mayoría de las demás regiones indican que algunas mujeres de las zonas rurales que necesitan una cesárea no tienen acceso a ella, los de América Latina y el Caribe muestran que este procedimiento quirúrgico se realiza en demasiadas ocasiones. La OMS advierte que una tasa de nacimientos por cesárea superior al 15% podría carecer de

justificación médica y, según algunas investigaciones, tasas más altas se han asociado con mayor mortalidad y morbilidad maternas<sup>39</sup>. En las zonas rurales de la mitad de los países que disponen de datos, la tasa de cesáreas es del 15%, por lo menos. Pero en el medio rural de Haití, esa tasa es del 1%, lo que significa que el acceso a atención obstétrica de emergencia es insuficiente.

En general, los niveles de atención prenatal son altos. El 94% de las mujeres consultan por lo menos una vez con un profesional sanitario calificado durante el embarazo, lo que representa la cobertura más alta del mundo en desarrollo. De los 32 países que tienen datos, solamente ocho presentan niveles de cobertura inferiores al 90%. En los países que disponen de datos sobre tendencias se han observado importantes avances en los últimos años: mientras que, hacia 1995, el 82% de las mujeres embarazadas asistieron por lo menos a una visita prenatal, hacia 2005 lo hizo el 95%. Menos mujeres asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas, como mínimo, pero en los 13 países

### Los trastornos hipertensivos son la principal causa de muerte materna en América Latina y el Caribe

Causas de muerte materna, estimaciones para América Latina y el Caribe (1997–2002)

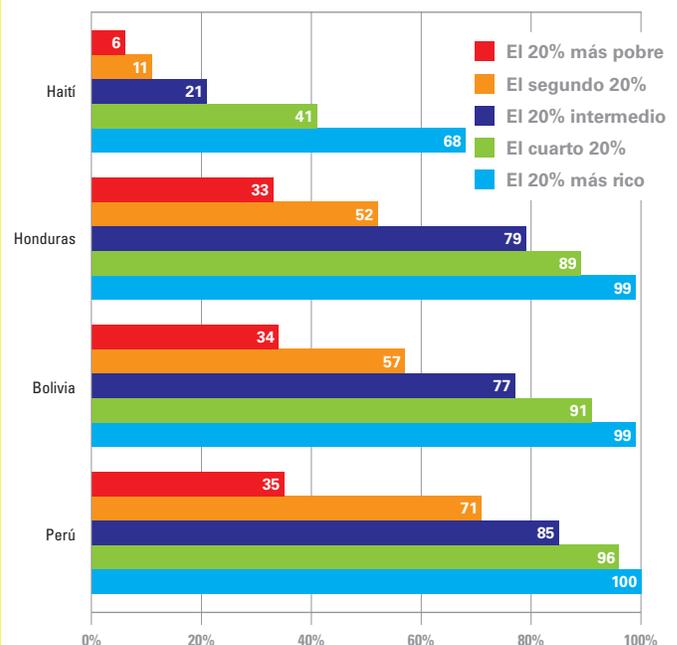


**Nota:** Los porcentajes en los gráficos no suman un 100% debido al redondeo.

**Fuente:** Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, pág. 1069, 1 de abril de 2006.

### En Bolivia, Haití, Honduras y el Perú, las mujeres más pobres afrontan los mayores obstáculos para dar a luz con asistencia calificada

Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado, por quintiles de ingresos familiares (2003–2006)



**Fuente:** Encuestas de Demografía y Salud seleccionadas, <www.measuredhs.com>.



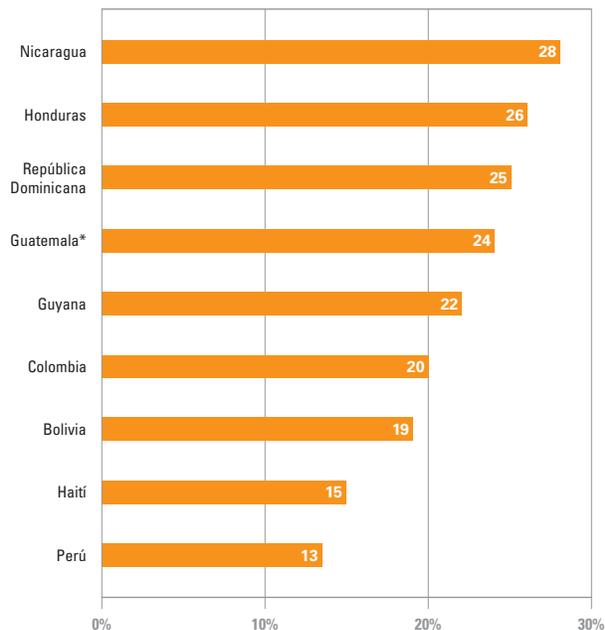
que tienen datos, la mayoría de las mujeres utilizan esos servicios. La calidad de la atención prenatal, sin embargo, es una esfera que necesita mejorar.

La tasa de uso de anticonceptivos es alta, ya que los utilizan el 70% de las mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años. Solamente en 7 de los 30 países con datos, menos de la mitad de las mujeres usan algún método anticonceptivo. Costa Rica tiene la tasa más alta del mundo (96%). Los datos de un subconjunto de países indican que el uso de anticonceptivos en América Latina y el Caribe se relaciona más con la educación de la mujer que con la capacidad económica de su familia o con su lugar de residencia<sup>40</sup>.

En esta región, la fecundidad se encuentra apenas por encima del nivel de reemplazo. La tasa total de fecundidad es de 2,4 y en los países individuales oscila desde 1,5 en Barbados y Cuba hasta 4,3 en Guatemala. La maternidad precoz es frecuente; en seis de los nueve países que tienen datos, por lo menos el 20% de las mujeres entre 15 y 49 años informaron que fueron madres antes de cumplir 18 años. Las altas tasas de nacimientos entre las adolescentes contribuyen a la mortalidad materna en la región; universalizar el acceso a los anticonceptivos y la planificación de la familia debería contribuir a reducir este problema.

### Las altas tasas de fecundidad entre las adolescentes implican que muchas mujeres jóvenes tienen un alto riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad

Porcentaje de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años que dieron a luz antes de cumplir 18 años (2001–2006)



\* Los datos se refieren a años diferentes de 2001–2006.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud seleccionadas, <[www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)>.

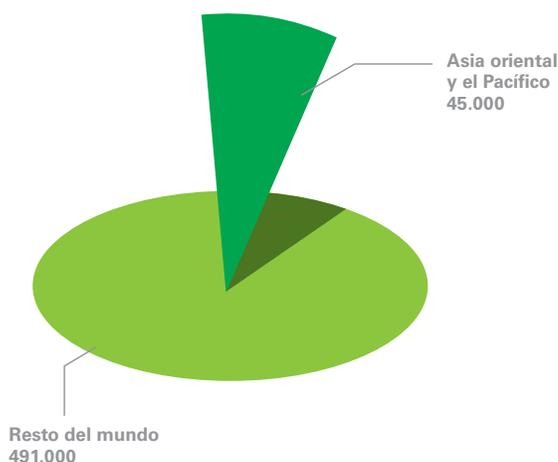
## ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO: Escalar posiciones

Se calcula que en la región de Asia oriental y el Pacífico murieron 45.000 mujeres por complicaciones derivadas del embarazo y el parto en 2005, una reducción apreciable con respecto a 1990, cuando el número de muertes maternas fue de 80.000, aproximadamente. Los datos demuestran que la tasa de mortalidad materna ha disminuido un 30%, hasta llegar a 150 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, el nivel que se registra hoy en día. Sobre la base de las estimaciones actuales, Asia oriental y el Pacífico ha avanzado más rápidamente que ninguna otra región en materia de reducción de la TMM, aun cuando es preciso acelerar los progresos si se aspira a alcanzar la meta del ODM.

De los 18 países que cuentan con estimaciones, 6 tienen tasas de mortalidad materna de menos de 100 por cada 100.000 nacidos vivos: Brunei (13), China (45), Malasia (62), Mongolia (46), la República de Corea (14) y Singapur (14). Cuatro países tienen tasas superiores a 400: Camboya (540), Indonesia (420), Papúa Nueva Guinea (470) y la República Democrática Popular Lao (660).

El 87% de las mujeres dan a luz con asistencia de un profesional de la salud. En el subconjunto de países que disponen de datos sobre tendencias, la cobertura se elevó del 81% hacia 1995 al 89% hacia 2005. Si bien la cobertura es alta en general, las disparidades son patentes en los países donde la asistencia especializada durante el parto es menos común. Tanto en la República Democrática Popular Lao como en Timor-Leste, las mujeres del entorno urbano tienen por lo menos cinco veces más probabilidades que las mujeres del entorno rural de dar a luz con asistencia calificada. En Timor-Leste, las mujeres de las familias más pudientes tienen casi siete veces más probabilidades que las mujeres de las familias más pobres de dar a luz con asistencia de un profesional sanitario calificado.

Número anual estimado de muertes maternas en Asia oriental y el Pacífico (2005)

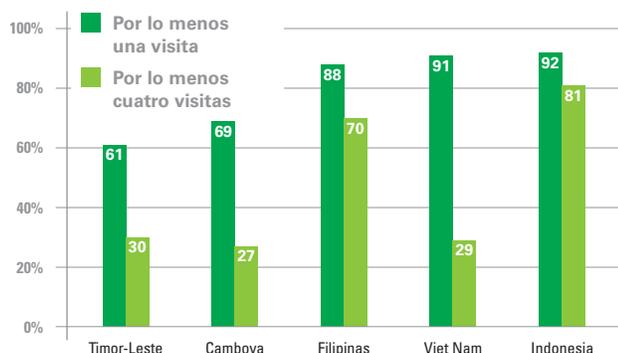


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## En esta región, la mortalidad materna está disminuyendo y los niveles de atención prenatal están mejorando

### Menos mujeres asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que acudieron por lo menos a una visita con un profesional sanitario calificado durante el embarazo, y porcentaje que acudió por lo menos a cuatro visitas, en países con datos (2002–2006)



**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

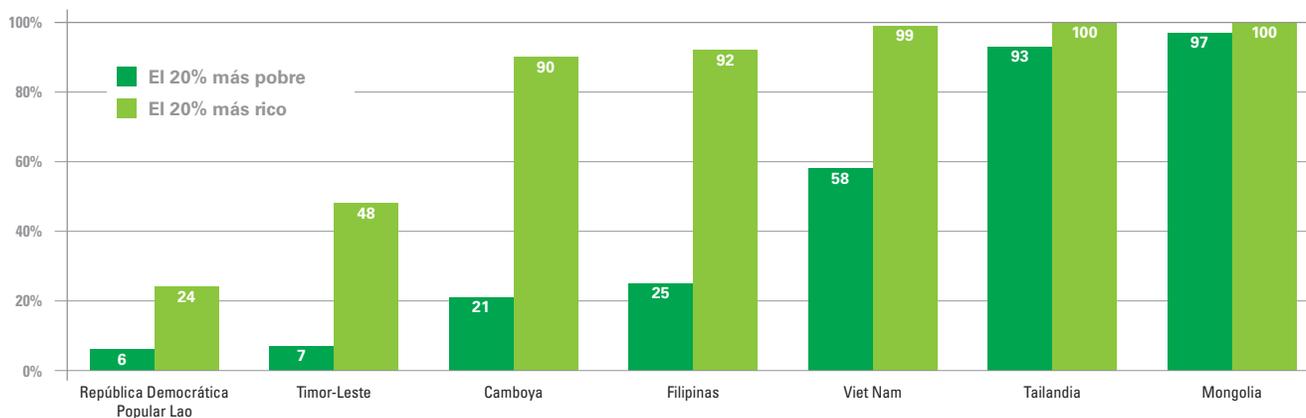
Pocos países tienen datos sobre la prevalencia de la cesárea en el medio rural, pero el bajísimo nivel en Camboya e Indonesia, 2% o incluso menos, revela una preocupante escasez de servicios de atención obstétrica de emergencia.

En general, los niveles de atención prenatal son altos y el 89% de las mujeres asisten, por lo menos, a una visita durante el embarazo. La región de Asia oriental y el Pacífico ha obtenido logros impresionantes en esta materia a lo largo de los últimos 10 años. Sobre la base de un subconjunto de países que disponen de datos, la cobertura pasó del 78% hacia 1995 al 93% hacia 2005. Sin embargo, en la República Democrática Popular Lao, solo el 27% de las mujeres reciben atención prenatal por lo menos una vez.

Aunque pocos países tienen información sobre la proporción de mujeres que consultan cuatro veces o más durante el embarazo, estos datos sugieren que, en muchos países, la proporción de mujeres que acuden por lo menos a las cuatro visitas prenatales recomendadas podría ser mucho más baja.

### Las mujeres de las familias más ricas tienen más probabilidades de dar a luz con asistencia de personal capacitado

Porcentaje de partos asistidos por personal sanitario capacitado, por quintiles de ingresos familiares (2000–2006)

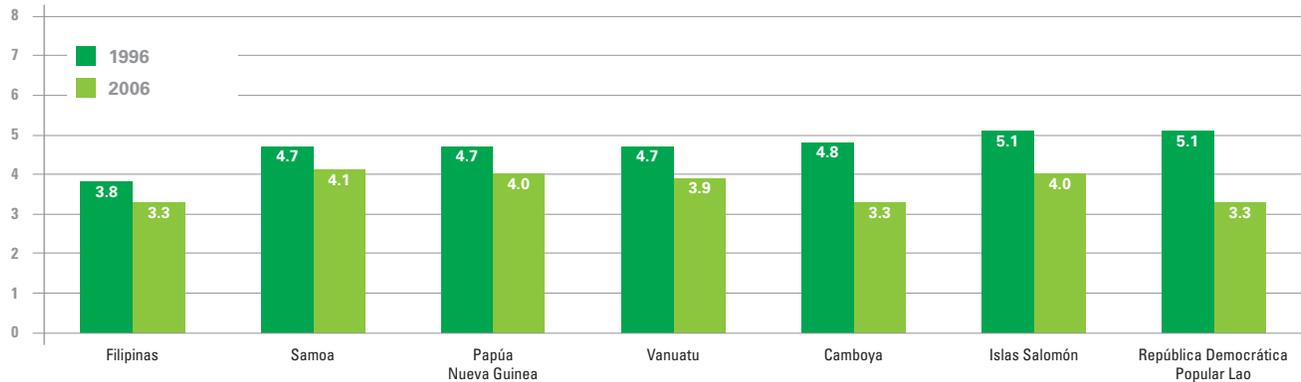


**Fuente:** DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.



## La tasa total de fecundidad ha disminuido en la mayoría de los países con fecundidad elevada

Tasa total de fecundidad en siete países con fecundidad elevada que cuentan con datos sobre tendencias (1996 y 2006)



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

El uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, es alto (79%). No obstante, los datos de China sesgan bastante este promedio regional, debido a que el 87% de las mujeres usan anticonceptivos, convirtiéndolo en el segundo país con la tasa más alta del mundo, después de Costa Rica. En 17 de los otros 25 países de la región que disponen de datos, menos de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, utilizan métodos anticonceptivos.

La tasa total de fecundidad en Asia oriental y el Pacífico es de 1,9, o sea, por debajo del nivel de reemplazo. De nuevo, China –cuya tasa nacional es de 1,7– incide sobremanera en este bajo promedio regional. Diez de los 22 países con estimaciones tienen tasas totales de fecundidad superiores a 3,0. En la década pasada, la fecundidad se redujo en los siete países que tienen tasas elevadas de fecundidad y datos comparables sobre tendencias, y la disminución más pronunciada correspondió a la República Democrática Popular Lao. La tasa de nacimientos entre las adolescentes, de solo 19 por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años, es más bajo que en ninguna otra región del mundo, incluidos los países industrializados.

Los países de Asia oriental y el Pacífico que tienen altas tasas de mortalidad materna también tienden a presentar altas tasas de anemia materna<sup>41</sup>. En Camboya, la Encuesta Demográfica y de Salud de 2005 encontró que el 47% de las mujeres de 15 a 49 años sufrían de anemia, y que las mujeres embarazadas o en etapa de amamantamiento tenían más probabilidades de presentar este problema. Por ejemplo, el 34% de las embarazadas estaban entre moderada y gravemente anémicas, en comparación con el 9% de las que no estaban embarazadas.



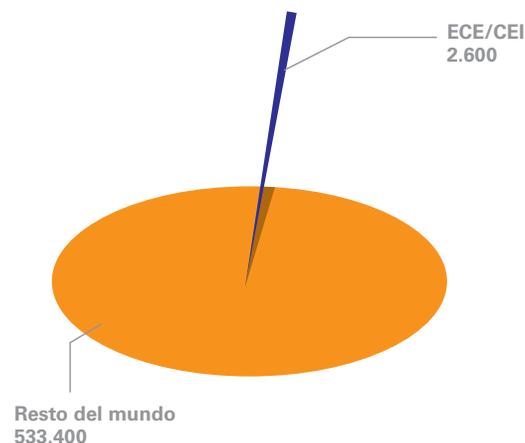
## ECE/CEI: Baja fecundidad, bajo riesgo

La región de ECE/CEI tiene los niveles más bajos de mortalidad materna del mundo en desarrollo. En la actualidad, la tasa de mortalidad materna es de 46 por cada 100.000 nacidos vivos, y los datos indican que ha habido una reducción del 28% desde 1990, cuando la tasa era de 63. Si bien esta tasa de reducción no basta para conquistar la meta del ODM del 75%, las estadísticas son alentadoras. Las mujeres de esta región tienen un riesgo promedio de morir por complicaciones derivadas del embarazo y el parto de 1 en 1.300. Aun cuando una tasa baja de mortalidad materna y una baja tasa total de fecundidad implican un riesgo tan pequeño, hay grandes diferencias entre los países.

Las mujeres de Bosnia y Herzegovina corren un menor riesgo de fallecer por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las mujeres de cualquier otro país del mundo, excepto Irlanda. El riesgo de 1 en 29.000 de Bosnia y Herzegovina proviene de su bajísima TMM, 3 por cada 100.000 nacidos vivos. En cambio, la alta TMM de Tayikistán (170), junto con una tasa de fecundidad relativamente alta (3,5), se traduce en un riesgo de 1 en 160.

Los niveles de mortalidad materna de la región, generalmente bajos, se reflejan en sus altos niveles de asistencia calificada durante el parto. El 89% de los nacimientos tienen lugar en un establecimiento de salud –la tasa más alta del mundo en desarrollo– y el 95% de las mujeres reciben asistencia de un profesional capacitado en el momento del parto. La cobertura es inferior al 90% solamente en Tayikistán y Turquía (83% en ambos casos). La cobertura casi universal en todos los demás países de ECE/CEI significa que las mujeres del medio rural tienen acceso a los mismos servicios que las mujeres del medio urbano, pero en Tayikistán, y particularmente en Turquía, los alumbramientos en las zonas rurales tienen menos probabilidades de contar con asistencia de personal sanitario especializado. Además, los datos sobre asistencia calificada durante el parto no reflejan la calidad de la atención que reciben las madres.

Número anual estimado de muertes maternas en ECE/CEI (2005)



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

## Esta región tiene los niveles más bajos de mortalidad materna del mundo en desarrollo, y parecen estar disminuyendo

De los 10 países con datos, las tasas de nacimientos por cesárea en el medio rural de Azerbaiyán, Turkmenistán y Uzbekistán son inferiores al 3%, lo que indicaría que algunas mujeres cuyas vidas dependen de este procedimiento no tienen acceso a mismo.

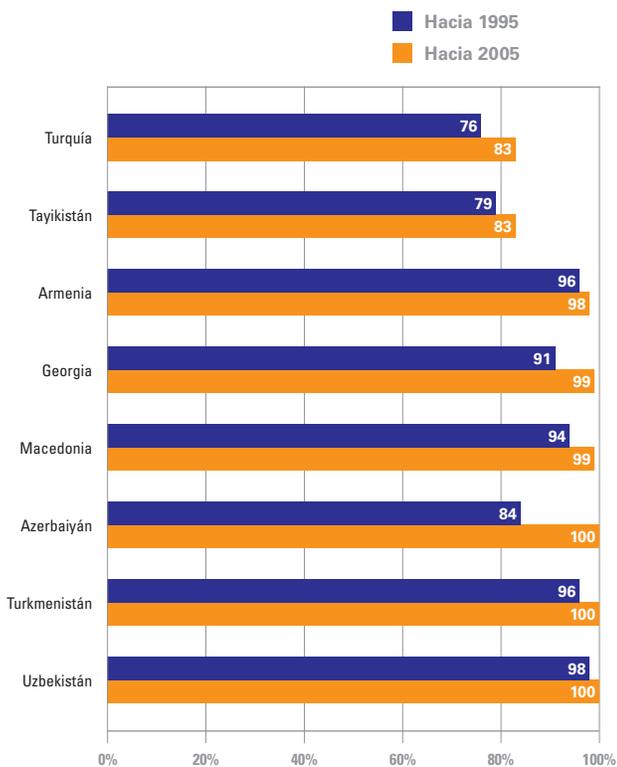
Mientras que, en 1995, el 77% de las mujeres recibieron atención prenatal de un profesional capacitado por lo menos una vez durante el embarazo, hoy el 90% se beneficia de este servicio. A pesar de esta alta cobertura, es preciso que todas las mujeres acudan, por lo menos, a las cuatro visitas prenatales recomendadas. Los datos sobre cuatro visitas prenatales que tiene un subconjunto de países muestran que las mujeres del medio rural, especialmente, no reciben la atención prenatal mínima recomendada.

Las tasas totales de fecundidad de la mayoría de los países de ECE/CEI son inferiores al nivel de reemplazo, y solamente siete tienen este nivel, o lo superan, con tasas de 2,1 o más. Mientras que Belarús, Bosnia y Herzegovina y Ucrania tienen tasas de 1,2 –entre las más bajas del mundo–, otros países tienen tasas de fecundidad de 1,3.

El 63% de las mujeres de la región con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años, casadas o en unión libre, utilizan algún método anticonceptivo: desde el 36% en Bosnia y Herzegovina hasta el 86% en Bulgaria. Una gran proporción de mujeres de los países del Cáucaso –Armenia, Azerbaiyán y Georgia– controlan su fecundidad con métodos tradicionales, sobre todo *coïtus interruptus*, lo que explica, en parte, las altas tasas de aborto de estos países<sup>42</sup>.

### Varios países brindan acceso universal a la asistencia calificada durante el parto

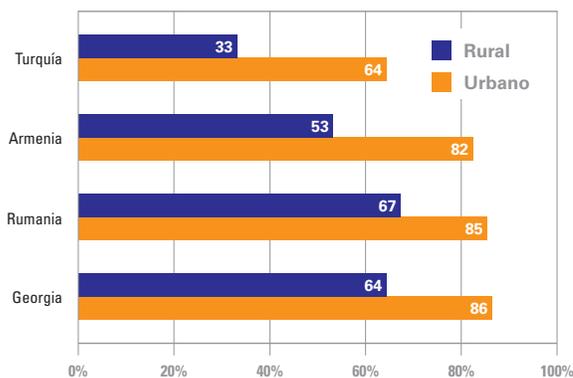
Tendencias en el porcentaje de partos asistidos por personal sanitario calificado, en países con datos sobre tendencias (hacia 1995 y 2005)



Fuente: DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares; para obtener más información, véase <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### Las mujeres del medio rural tienen menos probabilidades que las mujeres del medio urbano de asistir a las cuatro visitas prenatales recomendadas

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención prenatal por lo menos cuatro veces durante el embarazo, por lugar de residencia (2003–2005)

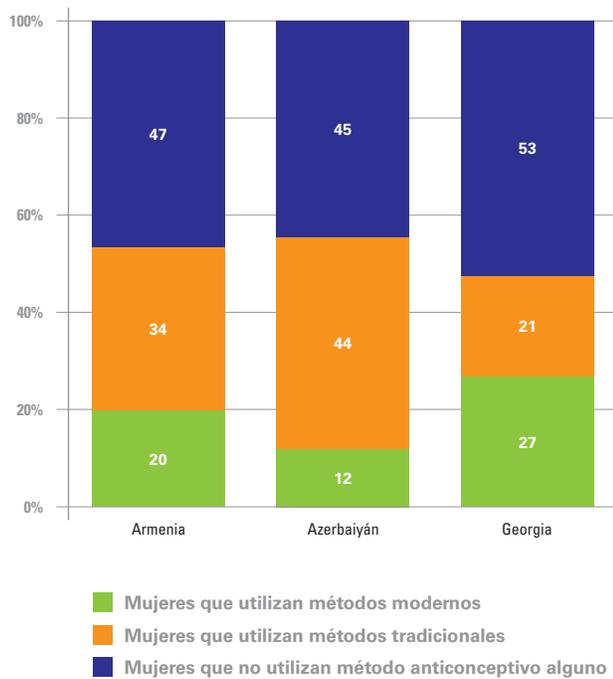


Fuente: DHS y otras encuestas nacionales en hogares.



### Una alta proporción de mujeres de Armenia, Azerbaiyán y Georgia utilizan métodos anticonceptivos tradicionales

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre, que utilizan métodos anticonceptivos tradicionales, métodos modernos o ningún método, en países que disponen de datos (2001–2005)



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud seleccionadas, <www.measuredhs.com>.

Durante la era soviética, en muchos países de ECE/CEI se recurrió al aborto como principal método de control de la natalidad<sup>43</sup>. La Organización Mundial de la Salud informó que, en 2000, el 26% de las muertes maternas en 10 países de Europa Oriental y la ex Unión Soviética se relacionaron con el aborto, frente al 13% a nivel mundial<sup>44</sup>. Sin embargo, un análisis reciente muestra que las tasas de aborto han bajado en ocho países, al tiempo que el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado<sup>45</sup>.

Pese a que la cobertura de partos en instituciones y de asistencia calificada durante el nacimiento es casi universal en ECE/CEI, las elevadas tasas de mortalidad derivadas del aborto y las tasas relativamente altas de mortalidad materna y neonatal en algunos países ponen de relieve la necesidad de mejorar la atención, a fin de que la región pueda alcanzar el ODM 5.



## PAÍSES INDUSTRIALIZADOS: Disparidades en la atención materna

Las tasas de mortalidad materna en los países industrializados son muy bajas. En 2005, el promedio de la región era de 8 por cada 100.000 nacidos vivos. Se estima que todos los países industrializados tienen una TMM de 12 o menos, excepto Estonia, con una tasa de 25. El país con la TMM más baja del mundo –solamente 1 por cada 100.000 nacidos vivos– es Irlanda, donde el riesgo a lo largo de toda la vida de morir por causas derivadas de la maternidad es de 1 en 47.600. Las tasas de mortalidad materna en el mundo industrializado han permanecido prácticamente estables desde 1990.

Entre los países industrializados, el riesgo más alto de morir por causas relacionadas con la maternidad después de Estonia (1 en 2.900) corresponde a los Estados Unidos (1 en 4.800), muy por encima del promedio de los países industrializados (1 en 8.000). La TMM entre las mujeres afroamericanas (31 por cada 100.000 nacidos vivos) es casi cuatro veces más alta que entre las mujeres blancas no hispanas (9)<sup>46</sup>.

En el mundo industrializado, los niveles generalmente reducidos de mortalidad materna han estado asociados con el acceso casi universal a la atención calificada durante el parto y a la atención obstétrica de emergencia cuando se requiere. Ninguno de los países industrializados que cuentan con datos tiene una cobertura de asistencia calificada menor del 98%, y la gran mayoría tiene cobertura universal.

En muchos países industrializados, las cifras de partos por cesárea podrían ser excesivas. De los 60 países de medianos y altos ingresos analizados en un estudio reciente, la mayoría (el 62%) tenía tasas de intervenciones por cesárea superiores al 15%<sup>47</sup>. De acuerdo con los datos de 2005, el 30% de todos los nacidos vivos en los Estados Unidos vinieron al mundo mediante una cesárea<sup>48</sup>. Se necesitan investigaciones para comprender las tendencias ascendentes y poner a prueba las intervenciones que podrían ayudar a reducir las cesáreas que se practican innecesariamente.

En los países industrializados preocupa la mortalidad materna relacionada con la enfermedad cardíaca, que podría deberse a hábitos nutricionales poco sanos, tabaquismo, consumo de alcohol y aumento en los niveles de obesidad. Por ejemplo, la enfermedad cardíaca es la causa más frecuente de muerte materna en el Reino Unido<sup>49</sup>. Se ha visto una relación causal entre el sobrepeso o la obesidad, por una parte, y el riesgo de un resultado adverso del embarazo, por otra parte<sup>50</sup>.

La prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva suele ser alta en los países industrializados. Entre los que disponen de datos, solamente Letonia, Lituania y Polonia tienen tasas menores del 50%.

La tasa total de fecundidad de 1,7 del conjunto de los países industrializados está muy por debajo del nivel de reemplazo. Eslovaquia, Polonia y la República Checa se encuentran entre los países con la tasa más baja del mundo (1,2). El único país industrializado cuya tasa total de fecundidad es superior al nivel de reemplazo es Israel (2,8). El nivel de reemplazo de los Estados Unidos es de 2,1. Teniendo en cuenta las bajas tasas de fecundidad, sorprenden las altas tasas de nacimientos entre las adolescentes de algunos países industrializados. La más alta corresponde a los Estados Unidos, 43 por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años, pero las tasas de nacimientos entre las adolescentes de Estonia, Nueva Zelanda, Polonia y el Reino Unido son superiores a 20.



## EL CAMINO A SEGUIR

En materia de salud, la principal diferencia entre el mundo industrializado y muchos países en desarrollo tiene que ver con la mortalidad materna. Más del 99% de las defunciones maternas ocurren en el mundo en desarrollo y el 84%, en África subsahariana y Asia meridional. Los datos ponen de manifiesto que se ha avanzado hacia la meta del ODM 5 de reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. No obstante, en un mundo comprometido con la equidad y el desarrollo humano, la tasa a la cual se está progresando es inaceptablemente lenta.

Todos los años mueren más de medio millón de mujeres por causas que se pueden prevenir. Si no se logra el ODM 5, o si se logra solo parcialmente, las mujeres seguirán muriendo innecesariamente y, por lo tanto, los recién nacidos no sobrevivirán, los niños pequeños quedarán huérfanos de madre y las comunidades perderán a esas ciudadanas.

Pero millones de vidas maternas aún se pueden salvar, gracias a que los métodos para reducir la mortalidad materna están bien establecidos y se conocen ampliamente. No es cuestión de esperar a que la ciencia avance más o a que se realicen nuevas pruebas científicas. Se trata, más bien, de reconocer que las mujeres necesitan mejores servicios de salud, especialmente durante el embarazo, el parto y el posparto. Las mujeres también necesitan servicios para evitar los embarazos no planificados. Y necesitan que esa atención comience cuando son niñas y adolescentes –mucho antes de concebir un hijo– y continúe durante el embarazo, el parto y la semana posterior al parto. Necesitan, así mismo, que la atención continúe durante los primeros años de vida de sus hijos, y que el hogar, la comunidad y los establecimientos sanitarios se integren en un sistema de salud dinámico y eficiente.

Si todos los partos del mundo contaran con asistencia de profesionales sanitarios calificados y estuvieran respaldados por un sistema de remisión de pacientes con personal y equipos adecuados para gestionar las emergencias, y si, además, hubiera un buen sistema de seguimiento posterior al parto, el número de muertes maternas –que poco ha cambiado en décadas– descendería estrepitosamente.

Lograr las metas del ODM 5 exigirá ampliar el alcance, a escala de país, de nueve componentes clave de los programas de salud dirigidos a las madres y a los recién nacidos:

- Promoción del acceso a servicios sobre planificación familiar, sobre la base de las políticas de cada país.
- Atención prenatal de buena calidad –por lo menos cuatro visitas durante el embarazo– en todos los establecimientos de salud, que debe incluir exámenes para detectar hipertensión en las mujeres embarazadas y tratamiento cuando sea necesario; vacunación contra el tétanos; administración de suplementos con micronutrientes y, de ser preciso, hierro para la anemia; suplementos nutricionales; y tratamiento preventivo e intermitente contra el paludismo.
- Prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, que debe incluir exámenes para detectar el virus, asesoría y profilaxis antirretroviral, y tratamiento con antirretrovirales para las mujeres que lo requieran,

## La meta del ODM 5 se podrá cumplir si el drama de la mortalidad materna se aborda con carácter urgente y compromiso

en todos los centros sanitarios que atienden partos y proporcionan atención prenatal, de acuerdo con la tasa de prevalencia del VIH de cada país.

- Asistencia de personal calificado –médico, enfermera o partera– en todos los alumbramientos.
- Atención básica de urgencia en obstetricia y neonatología adaptada a las circunstancias de cada país, en todos los centros sanitarios que atienden partos.
- Atención global de urgencia en obstetricia y neonatología por lo menos en un centro sanitario de cada distrito, o en un centro por cada 500.000 habitantes.
- Una visita después del parto para cada madre y recién nacido tan pronto como sea posible, teóricamente dentro de las primeras 24 horas, con visitas adicionales hacia el final de la primera semana y de cuatro a seis semanas.
- Información a todas las mujeres embarazadas y sus familias sobre los signos de peligro para la madre y el recién nacido, así como también sobre el sistema de remisión de pacientes.
- Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia, o su equivalente, en todos los establecimientos que prestan servicios de salud a los niños.

Se debe proceder de conformidad con las políticas nacionales y los procedimientos establecidos y aprobados.

Si la solución para reducir la mortalidad materna es tan conocida, ¿por qué no se ha progresado lo suficiente? La mortalidad materna constituye una prueba de fuego para los sistemas de salud, que actualmente tienen serias limitaciones, especialmente en África subsahariana. No se han destinado suficientes recursos a la salud materna; las clínicas y los hospitales son relativamente inaccesibles a los pobres, sobre todo en el medio rural; y el personal médico que podría suplir algunas de esas necesidades es muy escaso.

Adicionalmente, es fundamental tomar en cuenta la calidad de la atención. La disponibilidad y la asignación de personal médico y de parteras capacitadas es un problema importante incluso en países con buenos programas de formación en el campo de la salud. La baja remuneración podría desincentivar a los trabajadores sanitarios, que han migrado a los países industrializados en gran número durante los últimos años. Y, en ciertas regiones, los sistemas no dan abasto debido al SIDA y a la mortalidad asociada con esta enfermedad.

En última instancia, aunque las causas de la mortalidad materna y de las lesiones y discapacidades relacionadas con el parto presentan problemas prácticos, reflejan también la desventajosa condición de la mujer en la sociedad. La mortalidad materna

tiende a ser inversamente proporcional a la condición social de la mujer en países con niveles similares de desarrollo económico<sup>51</sup>. Un enfoque centrado en los derechos humanos en favor de la solución de este flagelo ofrece un marco para intervenir con mayor firmeza, especialmente en lo tocante a la asignación de recursos a los sectores más pobres y excluidos de la sociedad. Se deben aplicar los tratados sobre derechos humanos y las constituciones nacionales existentes para garantizar a todas las mujeres no solo una maternidad sin riesgos, sino su acceso y el de sus hijos a una atención continua de la salud. Un enfoque basado en los derechos humanos también implica promover cambios sociales, culturales y de comportamiento, entre otras medidas, en procura de mejorar la posición de la mujer en la sociedad, tan desfavorable respecto a la del hombre.

En los países que tienen altas tasas de mortalidad materna, disponer de todos los servicios obstétricos de emergencia dentro de un radio de dos horas no se logrará de la noche a la mañana, ni será fácil contratar ni formar a suficientes parteras. Pero incluso en medio de las mayores privaciones, hay medidas que se pueden tomar inmediatamente en beneficio de la salud materna; por ejemplo, facilitar el acceso a métodos anticonceptivos, prevenir la anemia mediante la administración semanal de tabletas de hierro o ácido fólico a las adolescentes y a las mujeres jóvenes, y prevenir el paludismo y la tuberculosis en las mujeres embarazadas. Otras medidas importantes que se pueden tomar sin demora son capacitar a los trabajadores sanitarios de las comunidades para que efectúen visitas domiciliarias durante el embarazo y tan pronto como sea posible después del parto, para conversar sobre planificación familiar y dar a conocer a las mujeres las señales de peligro durante el embarazo y el parto, indicándoles a dónde deben dirigirse en caso de surgir problemas; y promover prácticas saludables, como mejorar la nutrición y alimentar a sus bebés exclusivamente con leche materna.

Para ver resultados dentro de tres, cuatro o cinco años, es preciso empezar ya a resolver estos problemas, y tanto los gobiernos nacionales como la comunidad internacional deben asignar recursos suficientes si se aspira a conquistar el ODM 5.

Es posible ampliar el alcance de los servicios esenciales; tan es así que numerosos países lo han logrado. Las prioridades deben ser las siguientes:

- **Ampliar el número de servicios** para que todas las mujeres reciban servicios de planificación familiar; atención prenatal que incluya prevención de la transmisión del VIH a los hijos; asistencia de un profesional calificado durante el parto que esté vinculado a un sistema eficiente de referencia de pacientes en caso de surgir una emergencia obstétrica; información sobre las señales de peligro; y atención posnatal.



- **Evaluar y abordar las causas locales de la morbilidad y la mortalidad maternas.** Como parte de los sistemas de salud de los países, el examen de la mortalidad materna proporciona pruebas y análisis que pueden orientar los planes de acción de los programas, con miras a mejorar la calidad de la atención materna.
- **Informar sobre la ocurrencia de cada muerte materna.** Las estimaciones sobre las muertes maternas a escala mundial, nacional y regional mejorarían mucho si se perfeccionaran los sistemas nacionales de registro civil.
- **Crear capacidad en materia de recursos humanos.** Los trabajadores de la salud deben recibir capacitación y supervisión, y las organizaciones profesionales deben orientar los recursos humanos hacia la atención de la salud materna y reproductiva.
- **Apoyar los esfuerzos para superar los obstáculos financieros.** La baja utilización de los servicios de atención materna a menudo indica que sus costos son elevados. Los programas de transferencias condicionales de efectivo y determinados esquemas del sector privado pueden servir de incentivo para ayudar a poner estos servicios al alcance de los pobres.
- **Alentar al sector privado.** Alentar la creación de alianzas entre los sectores público y privado para mejorar el acceso a la atención materna. Una mejor reglamentación de los servicios del sector privado puede ayudar a garantizar que se cumplan las normas.
- **Invertir en la salud materna.** Los donantes deberán incrementar sus aportes financieros para la salud materna en los países de bajos ingresos. La asistencia mundial para salud materna y neonatal en los 68 países prioritarios que forman parte de la iniciativa Cuenta

Regresiva para 2015 superó los 1,17 billones en 2006; es decir, cerca de 12 dólares por cada nacido vivo en estos países. La cifra representa un aumento de aproximadamente dos terceras partes con respecto a la financiación para 2003, pero sigue siendo bastante insuficiente<sup>52</sup>.

- **Utilizar los presupuestos de manera más eficiente.** Los gobiernos deben ser más flexibles y centrarse menos estrechamente en enfermedades específicas a la hora de utilizar los fondos existentes. Por ejemplo, si los servicios de prevención del VIH y el tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo se integran en programas de atención prenatal, será posible lograr economías de escala.
- **Educación a todos los niños y las niñas.** Las madres que han asistido a la escuela tienen menos probabilidades de morir durante el parto, y cada año adicional de estudio mejora un poco más las posibilidades de las niñas en la vida, al igual que las de sus hijos. Por lo tanto, la educación debe ser un aspecto esencial de cualquier estrategia tendiente a reducir la mortalidad materna.
- **Promover la autonomía de la mujer.** Avanzar hacia el mejoramiento de la salud materna, de acuerdo con el ODM 5, será posible cuando mejore la condición social de la mujer. El sector de la salud debe afrontar y solucionar los problemas asociados con el género y las normas sociales. Cuando las mujeres tengan más autonomía y se respete su derecho a tomar decisiones, no solo estarán en capacidad de acceder a los servicios disponibles, sino también de hacerse cargo de su salud y de la salud de sus hijos.

Las altas tasas de mortalidad materna no tienen por qué convertirse en algo inamovible; de hecho, es posible reducirlas drásticamente en el curso de los próximos pocos años. La meta del ODM 5 todavía se puede conquistar.

## Un proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño pequeño



Fuente: Alianza para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño, <[www.who.int/pmnch/about/continuum\\_of\\_care/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html)>, consultado el 30 de septiembre de 2007.



## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Oficina Regional de África de la OMS, *The Health of the People: The African regional health report*, WHO Press, Ginebra, 2006, pág. 19.
- <sup>2</sup> Nanda, Geeta, Kimberly Switlick y Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banco Mundial, Washington, D.C., abril de 2005, pág. 4.
- <sup>3</sup> *Ibid.*
- <sup>4</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas y Family Care International, *Living Testimony: Obstetric fistula and inequities in maternal health*, UNFPA y FCI, Nueva York, 2007, pág. 1.
- <sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 19–20.
- <sup>6</sup> Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19–25 de enero de 2008, págs. 243–244.
- <sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 44.
- <sup>8</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Children and AIDS: Second stocktaking report*, UNICEF, Nueva York, abril de 2008, pág. 6.
- <sup>9</sup> McIntyre, James, 'Mothers Infected with HIV: Reducing maternal death and disability', *British Medical Bulletin*, vol. 67, 2003, págs. 127, 128.
- <sup>10</sup> Estimación de UNICEF, basada en datos de programas nacionales sin publicar.
- <sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress report 2008*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 88.
- <sup>12</sup> Paxton, A., et al., 'The United Nations Process Indicators for Emergency Obstetric Care: Reflections based on a decade of experience', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 95, 2006, pág. 201.
- <sup>13</sup> Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki y Ole Frithjof Norheim, 'Availability, Distribution and Use of Emergency Obstetric Care in Northern Tanzania', Oxford University Press, 2005, pág. 167.
- <sup>14</sup> Countdown Coverage Writing Group, 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9260, 12–18 de abril de 2008, págs. 1247–1258.
- <sup>15</sup> Cleland, John, et al., 'Family Planning: The unfinished agenda', *The Lancet*, vol. 368, no. 9549, 18–24 noviembre de 2006, págs. 1810–1827.
- <sup>16</sup> Organización Mundial de la Salud, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 50.
- <sup>17</sup> Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, 2006, pág. 38.
- <sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud, *The World Health Report 2005: Make every mother and child count*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 50.
- <sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Pregnant Adolescents: Delivering on global promises of hope*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 4.
- <sup>20</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia, revisión estadística de Un Mundo Apropiado para los Niños, Número 6*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 45.
- <sup>21</sup> Grupo de Estudio de la OMS sobre la Mutilación Genital Femenina y sus Consecuencias Obstétricas, 'Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 de junio de 2006, págs. 1835–1841.
- <sup>22</sup> *Ibid.*
- <sup>23</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: revisión estadística de Un Mundo Apropiado para los Niños, Número 6*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 44.
- <sup>24</sup> Banco Mundial, 'Education and Development', Servicio de Asesoramiento Educativo, Banco Mundial, Washington, D.C., 2002, pág. 20.
- <sup>25</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2004: Las niñas, la educación y el desarrollo*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2003, pág. 20.
- <sup>26</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Alianza para hacer Retroceder el Paludismo, *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, Nueva York, y Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, Ginebra, 2007, págs. 5, 68.
- <sup>27</sup> Pearson, Luwei, et al., op. cit.
- <sup>28</sup> Organismo Nacional de Coordinación para la Población y el Desarrollo et al., *Kenya Service Provision Assessment Survey 2004*, Organismo Nacional de Coordinación para la Población y el Desarrollo, Ministerio de Salud, Oficina Central de Estadística y ORC Macro, Nairobi, 2005, p 148; y Oficina Nacional de Estadística y Macro International Inc., *Tanzania Service Provision Assessment Survey 2006*, Oficina Nacional de Estadística y Macro International Inc., Dar es Salaam, 2007, p 149.
- <sup>29</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Children and AIDS: Second stocktaking report*, UNICEF, Nueva York, abril de 2008, pág. 5.
- <sup>30</sup> Pearson, Luwei, et al., 'Review of progress in Maternal Death Review in Africa', op. cit.
- <sup>31</sup> Organización Mundial de la Salud, *Working Together for Health: The World Health Report 2006*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 12.
- <sup>32</sup> Instituto Nacional de Investigación y Capacitación Demográfica et al., *Bangladesh Maternal Health Services and Maternal Mortality Survey 2001*, INICD, ORC Macro, Universidad Johns Hopkins y Centro Internacional de Investigaciones sobre Enfermedades Diarreicas, Bangladesh, Dacca y Calverton (EUA), 2003, págs. 67, 80.
- <sup>33</sup> Costello, Anthony, Kishwar Azad y Sarah Barnett, 'An Alternative Strategy to Reduce Maternal Mortality', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 de octubre–3 de noviembre de 2006, págs. 1477–1479.



- <sup>34</sup> Instituto Internacional de Ciencias de la Población y Macro International, *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005–06: India: Volume I*, Instituto Internacional de Ciencias de la Población, Mumbai, 2007, pág. 203.
- <sup>35</sup> Instituto Nacional de Investigación y Capacitación Demográfica et al., *Bangladesh Demographic and Health Survey 2004*, INICD, Mitra and Associates y ORC Macro, Dacca y Calverton (EUA), 2005, pág. 59.
- <sup>36</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre la nutrición*, Número 4, UNICEF, Nueva York, mayo de 2006, pág. 12.
- <sup>37</sup> El-Zanaty, Fatma, y Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2005*, Ministerio de Salud y Población [Egipto], Consejo Nacional de Población, El-Zanaty and Associates y ORC Macro, Cairo, 2006, pág. 124; Departamento de Estadística [Jordania] y ORC Macro, *Jordan Population and Family Health Survey 2002*, Departamento de Estadística y ORC Macro, Calverton (EUA), 2003, pág. 98; Ministerio de Salud [Marruecos], ORC Macro y Liga de los Estados Árabes, *Enquête sur la population et la santé familiale 2003–2004*, Ministerio de Salud y ORC Macro, Calverton (EUA), 2005, pág. 110.
- <sup>38</sup> Grupo de Estudio de la OMS sobre la Mutilación Genital Femenina y sus Consecuencias Obstétricas, 'Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3–9 de junio de 2006, págs. 1835–1841.
- <sup>39</sup> Ver, por ejemplo, Deneux-Tharaux, Catherine, et al., 'Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 108, no. 3, septiembre de 2006, págs. 541–548.
- <sup>40</sup> Instituto Nacional de Estadística (INE) et al., *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*, INE y Ministerio de Salud y Deportes, Miraflores (Bolivia), 2004, pág. 80; Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) et al., *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*, Profamilia, Bogotá, noviembre de 2005, pág. 117; Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International, *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005–2006*, Secretaría de Salud, INE y Macro International, Tegucigalpa, 2006, pág. 76; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) et al., *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Informe Principal*, INEI, Agencia para el Desarrollo Internacional y Measure DHS+, Lima, noviembre de 2005, pág. 76.
- <sup>41</sup> UNICEF, Oficina Regional para Asia oriental y el Pacífico, *Strategy to Reduce Maternal Deaths*, UNICEF, Oficina Regional para Asia oriental y el Pacífico, Bangkok, 2003, págs. 4–5.
- <sup>42</sup> Westoff, Charles F., 'Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries', *DHS Analytical Studies*, no. 8, ORC Macro, Calverton (EUA), febrero de 2005, pág. xi.
- <sup>43</sup> *Ibid.*, pág. 10, y Ajadjanian, Victor, 'Is Abortion Culture Fading in the Former Soviet Union? Views about abortion and contraception in Kazakhstan', *Studies in Family Planning*, vol. 33, no. 3, septiembre de 2002, págs. 237–248; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, 13 de octubre de 2007, págs. 1338–1146.
- <sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud, *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a. ed., OMS, Ginebra, 2004, págs. 13, 30.
- <sup>45</sup> Westoff, Charles F., op. cit.
- <sup>46</sup> Hoyert, D.L., *Maternal Mortality and Related Concepts*, Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos, Estadística Demográfica y Sanitaria, Serie 3, Número 33, febrero de 2007, pág. 8.
- <sup>47</sup> Belizán, José M., Fernando Althabe y Maria Luisa Cafferata, 'Health Consequences of the Increasing Caesarean Section Rates', *Epidemiology*, vol. 18, no. 4, julio de 2007, págs. 485–486.
- <sup>48</sup> Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, 'QuickStats: Percentage of all live births by cesarean delivery – National Vital Statistics System, United States, 2005', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 56, no. 15, 20 de abril de 2007, <[www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5615a8.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5615a8.htm)>, consultado el 21 de mayo de 2008.
- <sup>49</sup> Encuesta Confidencial sobre Salud Maternoinfantil, *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003–2005*, Londres, diciembre de 2007, pág. 1.
- <sup>50</sup> Villamor, Eduardo y Sven Cnattingius, 'Interpregnancy Weight Change and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes: A population-based study', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 de septiembre–6 de octubre de 2006, pág. 1164.
- <sup>51</sup> Filippi, Véronique, et al., 'Maternal Health in Poor Countries: The broader context and a call for action', *The Lancet*, vol. 368, no. 9546, 28 de octubre–3 de noviembre de 2006, págs. 1535–1541.
- <sup>52</sup> Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9260, 12–18 de abril de 2008, págs. 1268–1275.

# TABLAS ESTADÍSTICAS

**Tabla 1: Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5**

Países y territorios	Tasa de mortalidad materna <sup>a</sup>				Riesgo de mortalidad durante toda la vida. 1 en:	Tasa total de fecundidad 2006	Tasa de nacimientos entre las adolescentes 2006	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Necesidad no satisfecha de planificación de la familia (%) 2000-2006*	Asistencia especializada en el parto (%) 2000-2006*	Cobertura de atención prenatal (%) 2000-2006*		Tasa rural de cesáreas (%) 2000-2006*
	Indicada 2000-2006*	Ajustada 2005	Límite inferior 2005	Límite superior 2005							por lo menos 1 vez	por lo menos 4 veces	
<b>ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL</b>													
Angola	–	1.400	560	2.600	12	6,5	139	6	–	45	66	–	–
Botswana	330 x	380	120	1.000	130	3,0	55	48	27 x	94	97	–	–
Burundi	620	1.100	480	1.900	16	6,8	55	9	29	34	92	–	–
Comoras	380	400	150	840	52	4,5	52	26	35 x	62	75	52 x	4
Eritrea	1.000 x	450	180	850	44	5,2	76	8	27	28	70	41	1
Etiopía	670	720	460	980	27	5,4	99	15	34	6	28	–	0
Kenya	410	560	340	800	39	5,0	104	39	25	42	88	52	3
Lesotho	760	960	570	1.400	45	3,5	78	37	31	55	90	70	5
Madagascar	470	510	290	740	38	4,9	138	27	24	51	80	40	1
Malawi	980	1.100	720	1.500	18	5,7	142	42	28	54	92	57	3
Mauricio	22	15	15	30	3.300	1,9	40	76	4	98	–	–	–
Mozambique	410	520	360	680	45	5,2	157	17	18	48	85	53	1
Namibia	270	210	110	300	170	3,3	62	44	22	76	91	69	–
República Unida de Tanzania	580	950	620	1.300	24	5,3	124	26	22	43	78	62	2
Rwanda	750	1.300	770	1.800	16	6,0	42	17	38	39	94	13	2
Seychelles	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	1.000	1.400	550	2.700	12	6,2	68	15	–	33	26	–	–
Sudáfrica	150 x	400	270	530	110	2,7	64	60	15 x	92	92	73 x	12
Swazilandia	230 x	390	130	980	120	3,6	35	48	–	74	90	–	–
Uganda	510	550	350	770	25	6,6	158	24	41	42	94	42	2
Zambia	730	830	520	1.200	27	5,3	132	34	27	43	93	72	1
Zimbabwe	560	880	300	2.000	43	3,3	63	60	13	69	94	64 x	3
<b>ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL</b>													
Benin	500 x	840	330	1.600	20	5,6	125	17	30	78	88	62	2
Burkina Faso	480 x	700	390	1.000	22	6,1	131	17	29	54	85	18	0
Cabo Verde	76	210	68	530	120	3,5	86	53 x	14 x	89 x	99	64 x	–
Camerún	670	1.000	670	1.400	24	4,5	123	29	20	63	82	60	1
Chad	1.100	1.500	930	2.000	11	6,3	172	3	23	14	39	18	0
Congo	780	740	450	1.100	22	4,6	119	44	16	83	86	75	2
Côte d'Ivoire	540	810	310	1.600	27	4,6	115	13	28 x	57	85	45	6
Gabón	520	520	290	760	53	3,1	86	33	28	86	94	63	4
Gambia	730	690	250	1.500	32	4,8	107	18	–	57	98	–	–
Ghana	210 x	560	200	1.300	45	4,0	59	17	34	50	92	69	2
Guinea	980	910	590	1.200	19	5,6	155	9	21	38	82	49	1
Guinea Ecuatorial	–	680	210	1.600	28	5,4	125	–	–	65	86	–	–
Guinea-Bissau	410	1.100	500	1.800	13	7,1	191	10	–	39	78	–	–
Liberia	580 x	1.200	520	2.100	12	6,8	221	10	33 x	51	85	–	–
Malí	580	970	620	1.300	15	6,6	185	8	29	41	57	30	0
Mauritania	750	820	480	1.200	22	4,5	89	8	32	57	64	16	1
Niger	650	1.800	840	2.900	7	7,3	204	11	16	33	46	15	0
Nigeria	–	1.100	440	2.000	18	5,5	134	13	17	35	58	47	1
República Centroafricana	540	980	380	1.900	25	4,7	120	19	16 x	53	69	40 x	2
República Democrática del Congo	1.300	1.100	480	1.900	13	6,7	225	31	11	61	68	–	–
Santo Tomé y Príncipe	150	–	–	–	–	4,0	70	30	–	81	97	–	–
Senegal	430	980	590	1.400	21	4,9	92	12	32	52	87	40	1
Sierra Leona	1.800	2.100	880	3.700	8	6,5	169	5	–	43	81	–	–
Togo	480 x	510	290	750	38	5,0	94	17	32 x	62	84	46 x	1
<b>ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE</b>													
Arabia Saudita	–	18	12	24	1.400	3,5	29	32 x	–	91 x	90 x	–	5
Argelia	120 x	180	55	520	220	2,4	8	61	–	95	89	–	–
Bahrain	46 x	32	21	42	1.300	2,4	17	62 x	–	98 x	97 x	–	–
Djibouti	74 x	650	240	1.400	35	4,1	25	9	–	61	67	–	–
Egipto	84	130	84	170	230	3,0	42	59	10	74	70	59	15
Emiratos Árabes Unidos	3 x	37	10	130	1.000	2,3	20	28 x	–	99 x	97 x	–	8
Irán (República Islámica de)	37 x	140	95	190	300	2,0	22	74	–	90	77 x	–	–
Iraq	290 x	300	110	600	72	4,4	39	50	–	89	84	–	–
Jamahiriyá Árabe Libia	77 x	97	28	300	350	2,8	3	45 x	–	94 x	81 x	–	5
Jordania	41 x	62	41	82	450	3,2	25	56	11	100	99	91	15
Kuwait	5 x	4	4	8	9.600	2,2	13	50 x	–	98 x	95 x	–	–
Libano	100 x	150	41	500	290	2,2	26	58	–	98 x	96	–	–
Marruecos	230	240	140	350	150	2,4	19	63	10	63	68	–	2
Omán	15	64	18	200	420	3,1	11	32	–	95	100	–	5
Qatar	10 x	12	8	16	2.700	2,7	18	43 x	–	99 x	–	–	–
República Árabe Siria	65	130	40	370	210	3,2	39	58	–	93	84	–	–
Sudán	550 x	450	160	1.000	53	4,4	61	7	26 x	87	60	–	24
Territorio Palestino Ocupado	–	–	–	–	–	5,3	83	50	–	99	99	–	–
Túnez	69 x	100	27	380	500	1,9	7	66	12	90	92	–	–
Yemen	370	430	150	900	39	5,6	74	23	39 x	27	41	11 x	1

Países y territorios	Tasa de mortalidad materna*					Tasa total de fecundidad 2006	Tasa de nacimientos entre las adolescentes 2006	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Necesidad no satisfecha de planificación de la familia (%) 2000-2006*	Asistencia especializada en el parto (%) 2000-2006*	Cobertura de atención prenatal (%) 2000-2006*		Tasa rural de cesáreas (%) 2000-2006*
	Indicada 2000-2006*	Ajustada 2005	Límite inferior 2005	Límite superior 2005	Riesgo de mortalidad durante toda la vida. 1 en:						por lo menos 1 vez	por lo menos 4 veces	
<b>ASIA MERIDIONAL</b>													
Afganistán	1.600	1.800	730	3.200	8	7,2	119	10	-	14	16	-	-
Bangladesh	320	570	380	760	51	2,9	132	58	11	20	48	16	2
Bhután	260	440	160	970	55	2,3	41	31	-	56	51	-	-
India	300	450	300	600	70	2,9	64	56	13	47	74	51	6
Maldivas	140	120	42	260	200	2,6	24	39	-	84	81	-	-
Nepal	280	830	290	1.900	31	3,4	117	48	25	19	44	29	2
Pakistán	530 x	320	99	810	74	3,6	32	28	33	31	36	14 x	1
Sri Lanka	43	58	39	77	850	1,9	56	70	18	96	95	-	-
<b>ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO</b>													
Brunei Darussalam	0 x	13	3	47	2.900	2,4	28	-	-	99 x	100 x	-	-
Cambodia	470	540	370	720	48	3,3	44	40	25	44	69	27	1
China	48	45	30	60	1.300	1,7	6	87	-	98	90	-	-
Fiji	38 x	210	55	720	160	2,8	35	44	-	99	-	-	-
Filipinas	170 x	230	60	700	140	3,3	5	49	17	60	88	70	5
Indonesia	310	420	240	600	97	2,2	77	57	9	72	92	81	2
Islas Cook	6 x	-	-	-	-	-	-	44	-	98	-	-	-
Islas Marshall	74	-	-	-	-	-	-	34	-	95 x	-	-	-
Islas Salomón	140 x	220	65	580	100	4,0	44	7	-	85 x	-	-	-
Kiribati	56	-	-	-	-	-	-	21 x	-	85 x	88 x	-	-
Malasia	28	62	41	82	560	2,7	17	55 x	-	98	79	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	270 x	-	-	-	-	3,9	29	45 x	-	88	-	-	-
Mongolia	93	46	46	93	840	1,9	46	66	5	99	99	-	-
Myanmar	320	380	260	510	110	2,1	48	34	19	57	76	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-
Palau	0 x	-	-	-	-	-	-	17	-	100	-	-	-
Papua Nueva Guinea	370 x	470	130	1.300	55	4,0	57	26 x	-	41	78 x	-	-
República de Corea	20 x	14	14	27	6.100	1,2	4	81 x	-	100 x	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	110 x	370	110	1.200	140	1,9	1	62 x	-	97	-	-	-
República Popular Democrática Lao	410	660	190	1.600	33	3,3	13	32	40	19	27	-	-
Samoa	29	-	-	-	-	4,1	30	43 x	-	100 x	-	-	-
Singapur	6 x	14	14	27	6.200	1,3	42	62 x	-	100 x	-	-	-
Tailandia	24	110	70	140	500	1,8	57	77	11 x	97	98	-	-
Timor-Leste	-	380	150	700	35	6,7	42	10	4	18	61	30	-
Tonga	78	-	-	-	-	3,8	18	33	-	95	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-
Vanuatu	68 x	-	-	-	-	3,9	47	28	-	88 x	-	-	-
Viet Nam	160	150	40	510	280	2,2	19	76	5	88	91	29	7
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>													
Antigua y Barbuda	0	-	-	-	-	-	-	53 x	-	100	100	-	-
Argentina	39	77	51	100	530	2,3	58	-	-	99	99	-	-
Bahamas	-	16	16	33	2.700	2,0	54	-	-	99	-	-	-
Barbados	0 x	16	16	31	4.400	1,5	42	55 x	-	100	100	-	-
Belice	130	52	52	100	560	3,0	82	56 x	21 x	84 x	96	76 x	8
Bolivia	230	290	160	430	89	3,6	80	58	23	67	79	58	6
Brasil	76	110	74	150	370	2,3	89	77 x	7 x	88 x	97	76 x	20
Chile	17	16	16	32	3.200	1,9	60	56 x	-	100	95 x	-	-
Colombia	78	130	38	370	290	2,3	68	78	6	96	94	83	16
Costa Rica	36	30	30	60	1.400	2,1	73	96	5 x	99	92	-	18
Cuba	37	45	45	90	1.400	1,5	48	77	-	100	100	-	-
Dominica	0	-	-	-	-	-	-	50 x	-	100	100	-	-
Ecuador	110	210	65	560	170	2,6	83	73	7	99 x	84	58	16
El Salvador	71	170	55	460	190	2,7	83	67	9	92	86	71	15
Granada	0	-	-	-	-	2,3	45	54	-	100	100	-	-
Guatemala	150	290	100	650	71	4,3	110	43	28	41	84	-	8
Guyana	120	470	140	1.600	90	2,4	65	35	-	94	90	-	-
Haití	630	670	390	960	44	3,7	48	32	38	26	85	54	1
Honduras	110 x	280	190	380	93	3,4	96	65	17	67	92	81	8
Jamaica	95	170	51	510	240	2,5	81	69	12	97	91	87 x	-
México	62	60	60	120	670	2,3	66	74	12	86 x	86 x	-	-
Nicaragua	87	170	120	230	150	2,8	115	69	15	67	86	72	7
Panamá	40	130	39	410	270	2,6	85	-	16 x	93	72	-	-
Paraguay	170	150	99	200	170	3,2	75	73	7	77	94	79	16
Perú	190	240	170	310	140	2,5	61	71	9	73	92	87	6
República Dominicana	92	150	90	210	230	2,9	110	61	11	96	99	94	25
Saint Kitts y Nevis	0	-	-	-	-	-	-	54	-	100	100	-	-
San Vicente y las Granadinas	0	-	-	-	-	2,2	65	48	-	100	95	-	-
Santa Lucía	35	-	-	-	-	2,2	61	47 x	-	100	99	-	-
Surinam	150	72	72	140	530	2,5	41	42	-	85	91	-	-
Trinidad y Tabago	45 x	45	45	89	1.400	1,6	35	43	16 x	98	96	-	-
Uruguay	26 x	20	20	40	2.100	2,1	62	84 x	-	100 x	94 x	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	60	57	57	110	610	2,6	91	77 x	19 x	95	94	-	-

**Tabla 1: Indicadores del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5**

Países y territorios	Indicada 2000–2006*	Tasa de mortalidad materna†				Riesgo de mortalidad durante toda la vida. 1 en:	Tasa total de fecundación 2006	Tasa de nacimientos entre las adolescentes 2006	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000–2006*	Necesidad no satisfecha de planificación de la familia (%) 2000–2006*	Asistencia especializada en el parto (%) 2000–2006*	Cobertura de atención prenatal (%) 2000–2006*		Tasa rural de cesáreas (%) 2000–2006*
		Ajustada 2005	Límite inferior 2005	Límite superior 2005	por lo menos 1 vez							por lo menos 4 veces		
<b>ECE-CEI</b>														
Albania	17	92	26	300	490	2,1	16	60	1	100	97	–	11	
Armenia	27	76	23	250	980	1,3	30	53	13	98	93	71	6	
Azerbaiyán	26	82	21	290	670	1,7	29	55	12	100	70	30	1	
Belarús	10	18	18	35	4.800	1,2	22	73	–	100	99	–	–	
Bosnia y Herzegovina	3	3	3	6	29.000	1,2	21	36	–	100	99	–	–	
Bulgaria	10	11	11	22	7.400	1,3	41	86 x	30 x	99	–	–	–	
Croacia	7	7	7	15	10.500	1,3	14	–	–	100	–	–	–	
Ex República Yugoslava de Macedonia	13	10	10	20	6.500	1,5	22	–	–	99	81	–	–	
Federación de Rusia	23	28	28	55	2.700	1,3	28	–	–	99	–	–	–	
Georgia	23	66	18	230	1.100	1,4	32	47	16	99	94	75	12	
Kazajstán	70	140	40	500	360	2,2	30	51	9 x	100	100	70 x	8	
Kirguistán	100	150	43	460	240	2,5	31	48	12 x	98	97	81 x	6	
Moldova	19	22	22	44	3.700	1,4	14	68	7	100	98	89	7	
Montenegro	–	–	–	–	–	1,8	17	39	–	99	97	–	–	
Rumania	17	24	24	49	3.200	1,3	33	70	12	99	94	76	12	
Serbia	–	–	–	–	–	1,8	25	41	–	99	98	–	–	
Tayikistán	97	170	53	460	160	3,5	29	38	–	83	77	–	–	
Turkmenistán	14	130	37	400	290	2,6	16	48	10	100	99	83	2	
Turquía	29	44	29	58	880	2,2	40	71	6	83	81	54	–	
Ucrania	13	18	18	36	5.200	1,2	29	66	18 x	100	99	–	–	
Uzbekistán	28	24	24	49	1.400	2,6	35	65	14 x	100	99	79 x	2	
<b>PAISES INDUSTRIALIZADOS</b>														
Alemania	8 x	4	4	9	19.200	1,4	10	75 x	–	–	–	–	–	
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Australia	–	4	4	9	13.300	1,8	15	–	–	100 x	100 x	–	–	
Austria	–	4	4	7	21.500	1,4	12	51 x	–	100 x	100 x	–	–	
Bélgica	–	8	8	16	7.800	1,6	8	78 x	3 x	–	–	–	–	
Canadá	–	7	7	13	11.000	1,5	14	75 x	–	98	–	–	–	
Chipre	0 x	10	10	20	6.400	1,6	8	–	–	–	–	–	–	
Dinamarca	10 x	3	3	6	17.800	1,8	6	–	–	–	–	–	–	
Eslovaquia	6	6	6	12	13.800	1,2	20	74 x	–	100	–	–	–	
Eslovenia	17 x	6	6	12	14.200	1,3	7	74 x	9 x	100	98 x	–	–	
España	6 x	4	4	9	16.400	1,4	10	81 x	12 x	–	–	–	–	
Estados Unidos	8 x	11	11	21	4.800	2,1	43	76 x	4 x	99 x	–	–	–	
Estonia	29	25	25	50	2.900	1,5	22	70 x	–	100	–	12	–	
Finlandia	6 x	7	7	15	8.500	1,8	10	–	–	100 x	100 x	–	–	
Francia	10 x	8	8	16	6.900	1,9	7	75 x	7 x	99 x	99 x	–	–	
Grecia	1 x	3	2	4	25.900	1,3	9	–	–	–	–	–	–	
Hungría	4	6	6	11	13.300	1,3	20	77 x	7 x	100	–	–	–	
Irlanda	6 x	1	1	2	47.600	2,0	17	–	–	100	–	–	–	
Islandia	–	4	4	8	12.700	2,0	15	–	–	–	–	–	–	
Israel	5 x	4	4	9	7.800	2,8	15	–	–	–	–	–	–	
Italia	7 x	3	3	6	26.600	1,4	7	60 x	12 x	–	–	–	–	
Japón	8 x	6	6	12	11.600	1,3	3	56	–	100 x	–	–	–	
Letonia	10	10	10	19	8.500	1,3	15	48 x	17 x	100	–	–	–	
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Lituania	16	11	11	22	7.800	1,3	19	47 x	18 x	100	–	–	–	
Luxemburgo	0 x	12	12	23	5.000	1,7	10	–	–	100	–	–	–	
Malta	–	8	8	17	8.300	1,4	14	–	–	98 x	–	–	–	
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31	–	
Noruega	6 x	7	7	15	7.700	1,8	9	–	–	–	–	–	–	
Nueva Zelanda	15 x	9	9	18	5.900	2,0	24	75 x	–	100 x	95 x	–	–	
Países Bajos	7 x	6	6	12	10.200	1,7	5	79 x	–	100 x	–	–	–	
Polonia	4	8	5	10	10.600	1,2	33	49 x	–	100	–	–	–	
Portugal	8 x	11	7	14	6.400	1,5	14	–	–	100	–	–	–	
Reino Unido	7 x	8	8	15	8.200	1,8	25	84	–	99 x	–	–	–	
República Checa	5	4	4	9	18.100	1,2	11	69 x	11 x	100	99 x	97 x	–	
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Suecia	5 x	3	3	7	17.400	1,8	5	–	–	–	–	–	–	
Suiza	5 x	5	5	11	13.800	1,4	4	82 x	–	–	–	–	–	
<b>RESUMEN DE INDICADORES</b>														
África subsahariana	–	920	470	1.500	22	5,3	126	23	24	43	69	47	2	
África oriental y meridional	–	760	440	1.100	29	5,0	106	30	26	40	71	51	2	
África occidental y central	–	1.100	490	1.800	17	5,6	146	17	22	46	67	44	1	
Oriente Medio y África del Norte	–	210	93	430	140	3,1	34	55	–	79	72	–	12	
Asia meridional	–	500	300	770	59	3,0	69	53	15	41	65	46	5	
Asia oriental y el Pacífico	–	150	80	270	350	1,9	19	79	11 y	87	89	–	4 y	
América Latina y el Caribe	–	130	81	230	280	2,4	78	70	11	–	94	–	13	
ECE/CEI	–	46	27	110	1.300	1,7	31	63	11	95	90	–	6	
Países industrializados	–	8	8	15	8.000	1,7	23	–	–	99	–	–	–	
Países en desarrollo	–	450	240	720	76	2,8	58	61	15 y	59	75	51	4	
Países menos adelantados	–	870	460	1.400	24	4,7	121	30	24	38	61	35	2	
Mundo	–	400	220	650	92	2,6	54	61	14 y	63	75	51	4	

† Los datos sobre mortalidad materna que aparecen en la columna "Indicada" son los que indican las autoridades nacionales. Periódicamente, UNICEF, OMS, UNFPA y el Banco Mundial evalúan estos datos y realizan ajustes para contrarrestar los problemas bien documentados de la notificación y clasificación incompletas de las muertes derivadas de la maternidad y establecer estimaciones para países sin datos. La columna con la tasa "Ajustada" para 2005 refleja la revisión más reciente.

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna. x Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. y Excluye China debido a la falta de datos comparables.

**Tabla 2: Comparación de la mortalidad materna por región de UNICEF, 1990–2005**

Región	Tasa de mortalidad materna			Número de muertes maternas	
	1990	2005	Porcentaje de reducción entre 1990 y 2005	1990	2005
África subsahariana	940	920	1,5	206.000	265.000
África oriental y meridional	790	760	3,9	85.000	103.000
África occidental y central	1.100	1.100	0,7	121.000	162.000
Oriente Medio y África del Norte	270	210	21,1	26.000	21.000
Asia meridional	650	500	22,0	238.000	187.000
Asia oriental y el Pacífico	220	150	30,3	80.000	45.000
América Latina y el Caribe	180	130	26,0	21.000	15.000
ECE/CEI	63	46	27,5	4.400	2.600
Países industrializados	8	8	8,3	960	830
Países en desarrollo	480	450	6,3	574.000	534.000
Países menos adelantados	900	870	2,5	201.000	247.000
Mundo	430	400	5,4	576.000	536.000

**DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES**

**Tasa de mortalidad materna** – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos.

**Riesgo de mortalidad durante toda la vida** – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo.

**Tasa total de fecundidad** – Número de niños que nacerían por mujer si viviera hasta el final de su edad de concebir y tuviera hijos en cada edad según las tasas prevalentes de fecundidad específicas para cada edad.

**Tasa de nacimientos entre las adolescentes** – Número anual de nacimientos entre mujeres de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. Alternativamente se refiere también a la tasa de fecundidad específica de cada edad para mujeres de 15 a 19.

**Prevalencia de anticonceptivos** – Porcentaje de mujeres en unión libre de 15 a 49 años que usan actualmente anticonceptivos.

**Necesidad no satisfecha de planificación de la familia** – Se refiere a mujeres fértiles y activas sexualmente que no utilizan ningún método anticonceptivo e informan que no quieren más hijos o quieren retrasar el nacimiento de su próximo hijo.

**Asistencia especializada en el parto** – Proporción de partos atendidos por personal especializado (doctores, enfermeras o parteras).

**Cobertura de atención prenatal** – Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (doctores, enfermeras o parteras) y el porcentaje de quienes recibieron atención por lo menos cuatro veces de cualquier prestador.

**Tasa de cesáreas** – Porcentaje de nacimientos con intervención por cesárea.

**FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES**

**Tasa de mortalidad materna** – OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial.

**Riesgo de mortalidad durante toda la vida** – OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial.

**Tasa total de fecundidad** – División de Población de las Naciones Unidas.

**Tasa de nacimientos entre las adolescentes** – División de Población de las Naciones Unidas.

**Prevalencia de anticonceptivos** – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.

**Necesidad no satisfecha de planificación de la familia** – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.

**Asistencia especializada en el parto** – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.

**Cobertura de atención prenatal** – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares.

**Tasa de cesáreas** – DHS y otras encuestas nacionales en hogares.

**ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA**

Varios organismos de las Naciones Unidas están trabajando para establecer mediciones más precisas de los niveles de mortalidad materna alrededor del mundo, así como también para evaluar los progresos hacia el ODM 5. Un Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna que incluye a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) formuló estimaciones comparables a escala internacional sobre mortalidad materna para 1990, 1995 y 2000, basando cada proceso en la metodología previa.

En 2006, el Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna se amplió con la inclusión del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Este grupo de trabajo formuló una nueva serie de estimaciones para 2005, utilizando nuevos datos y una mejor metodología, y calculó las tendencias de la mortalidad materna<sup>1</sup>. El proceso genera estimaciones para países que carecen de datos y ajustó la información disponible de los países para corregir el registro deficiente y los errores en la clasificación. De los 171 países que el Grupo de Trabajo Interorganismos sobre Mortalidad Materna examinó para la última serie de estimaciones, 61 no contaban con datos apropiados, lo que representa la cuarta parte de todos los nacimientos del mundo. En consecuencia, fue necesario utilizar modelos para poder calcular la mortalidad materna en esos países.

Los investigadores han desarrollado procedimientos para recopilar información sobre mortalidad materna en sociedades que carecen de métodos sistemáticos de registro. Como la mortalidad materna es un hecho relativamente inusual (razón por la cual la tasa se mide sobre la base de cada 100.000 nacidos vivos), es difícil obtener muestras del tamaño

suficiente para realizar mediciones razonablemente precisas a través de encuestas domiciliarias. Una herramienta que permite captar más sucesos en las encuestas es el “método de hermandad femenina”, mediante el cual se pregunta a las personas encuestadas acerca de la supervivencia de todas sus hermanas adultas. Este método permite obtener una estimación general sobre la mortalidad materna en un punto centrado hasta 12 años antes de la encuesta. Aun cuando proporciona información útil, algunos análisis han mostrado que los estudios que se valen del método de hermandad femenina por lo general subestiman los niveles de mortalidad<sup>2</sup>.

Debido a estas dificultades, los indicadores de procesos son una herramienta esencial para hacer seguimiento a los avances hacia el logro del ODM 5. Mientras que la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado es un indicador de procesos para la meta sobre mortalidad materna, la prevalencia de uso de anticonceptivos y la cobertura de atención prenatal y posnatal son indicadores de procesos para la meta sobre el acceso universal a la salud reproductiva. Además de ser más fáciles de medir, los indicadores de procesos tienen la ventaja de que hacen seguimiento a la cobertura de las intervenciones en lugar de evaluar, sencillamente, su impacto, por lo que proporcionan información valiosa a los encargados de formular políticas.

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, OMS, Ginebra, 2007.

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ‘The Sisterhood Method for Estimating Maternal Mortality: Guidance notes for potential users: OMS/RHT/97.28, UNICEF/EPP/97.1’, OMS/UNICEF, 1997, págs. 5, 6, 11.



Para mayor información, sírvase dirigirse a:  
Sección de Información Estratégica de UNICEF  
División de Políticas y Planificación

Publicado por UNICEF  
División de Comunicaciones  
3 United Nations Plaza, H-9F  
Nueva York, NY 10017, USA

Sitio web: [www.unicef.org/spanish](http://www.unicef.org/spanish)  
Email: [pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)

Libro diseñado por Green Communication Design inc., Montreal

ISBN: 978-92-806-4317-6  
No. de venta: S.08.XX.16  
Precio \$15.00

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)  
Septiembre de 2008