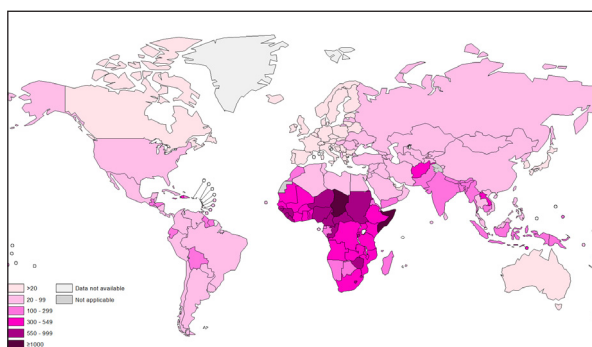


Tres factores clave para mejorar la salud de mujeres y niños: voluntad política, recursos e innovación

Junio 2012

Durante los últimos 30 años se han sucedido las iniciativas¹ y conferencias internacionales que fijaban objetivos ambiciosos para la reducción de la **mortalidad materna** en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, los avances en las últimas tres décadas han sido lentos y desiguales. **En comparación con otros índices de salud, el materno sigue siendo el más desigual a escala global.**

Tasa de mortalidad materna (nº de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos), 2010



Fuente: OMS 2010

Los últimos datos² cifran la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a escala internacional en un 47% respecto a los niveles de 1990, lo que se traduce en **287.000 muertes anuales por causas evitables** como hemorragias obstétricas, las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia) y el parto obstruido. Varias regiones han experimentado significativas mejoras en la tasa de mortalidad materna, que ha disminuido especialmente en el Norte de África, América Latina y zonas de Asia. A pesar del progreso, la reducción en un 75% de la mortalidad materna respecto a los niveles de 1990, como estableció el **Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM)**, no se cumpli-

rá en 2015. Persisten las grandes diferencias entre las regiones: la tasa de mortalidad materna en las regiones en desarrollo (240) es 15 veces mayor que en las regiones desarrolladas (16). **África subsahariana con 500 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, sigue siendo la región en desarrollo con la tasa de mortalidad materna más elevada.**



La mayoría de muertes maternas se concentran en determinadas regiones (África Subsahariana y Sur de Asia) y países: India con el 19% (56.000) y Nigeria con el 14% (40.000) representan un tercio del total de muertes maternas. Y con la República Democrática del Congo, Pakistán, Sudán, Indonesia, Etiopía, Tanzania, Bangladesh y Afganistán, concentran el 60% de las muertes maternas mundiales.

Dentro de los países en desarrollo y en transición, a su vez, se dan grandes desigualdades. Los factores socio-económicos y la inequidad de género son los responsables últimos de las altas tasas de mortalidad, a través de un modelo conocido como de los tres retrasos: en decidir buscar atención, en llegar al centro asistencial y en recibir atención médica apropiada al llegar al centro.

¹ 1987 Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos (Nairobi), 1990 Cumbre Mundial de la Infancia, 1994 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo), 1995 Conferencia Mundial sobre Mujeres (Beijing), 2000 Cumbre del Milenio de Naciones Unidas (Nueva York), 2005 Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, La Iniciativa de Muskoka para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil, 2010, la Estrategia Global del Secretario General para la Salud de Mujeres y Niños 2010

² Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, 2012

Sólo entre el 10 y el 30 % de las mujeres del quintil más pobre accede a servicios profesionales de atención al parto, el momento donde se produce el mayor riesgo para la vida de la mujer. Mientras, en el quintil más rico ³, el porcentaje se eleva hasta el 70-90%. En África Subsahariana sólo el 46% de los partos ocurre en instituciones sanitarias, y un 65% a escala internacional.

La **atención antenatal**, es otra de las intervenciones críticas para prevenir riesgos para la madre y el feto. Ya sea para una detección precoz de complicaciones que surgen durante el embarazo (p.e.: anemia, hemorragias, hipertensión) o bien para identificar las enfermedades crónicas o infecciosas que necesitan tratamiento y control durante el curso del embarazo. Ello es especialmente necesario en el contexto actual en África Subsahariana con la más alta incidencia de enfermedades como el VIH/SIDA que se puede transmitir al recién nacido o la malaria, y que es prevenible a través del llamado tratamiento preventivo intermitente. En algunas zonas de la región la mortalidad por estas **causas indirectas** supera ya a la producida por causas obstétricas ⁴. Sin embargo, en las regiones en desarrollo sólo la mitad⁵ de las mujeres tienen acceso a las cuatro consultas antenatales recomendadas; en África Subsahariana, sólo el 43%. La principal manera de reducir la mortalidad materna es la mejora en el acceso y utilización de los servicios obstétricos pero también de la calidad de los mismos durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Causas de mortalidad materna en Mozambique: la contribución de las enfermedades infecciosas

Un análisis descriptivo⁶ de autopsias de muertes maternas realizadas durante 2002 – 2004 en el Hospital Central de Maputo, Mozambique, un hospital de tercer nivel de referencia para todo el país, determinó⁷ que un 38% de las muertes maternas se debía a las complicaciones obstétricas. Por el contrario, las enfermedades infecciosas como VIH/sida, bronconeumonía bacteriana o la malaria grave causaron más de la mitad

(56%) de las muertes maternas a pesar de que existían tratamientos efectivos para todas ellas. Los resultados subrayan la necesidad de identificar las causas de mortalidad de las mujeres para informar las políticas de planificación, la asignación de recursos y la implementación de programas y su posterior seguimiento y evaluación. Además, conocer las causas puede servir para ejercer presión a escala local sobre el tipo de acciones necesarias para que la situación revierta y para exigir que los profesionales y los responsables de la gestión sanitaria actúen en coherencia con los datos disponibles.



El ODM5 incorporó una segunda meta en 2006: **acceso universal a planificación familiar para 2015**. La evidencia⁸ es clara respecto a que el acceso a la anticoncepción es fundamental para reducir la pobreza, promover la crianza de niños más sanos y mejor educados, impulsar el crecimiento económico, la productividad y la sostenibilidad ambiental. La falta de acceso a información, servicios y suministros de planificación familiar tiene un gran impacto en la salud materna: las regiones con mayor mortalidad materna, como África Subsahariana y Asia Meridional, son también las que registran menor prevalencia anticonceptiva. **Evitar o espaciar los embarazos podría reducir hasta una cuarta parte de las muertes maternas**. Sin embargo, para los 215 millones de mujeres en los países en desarrollo que no tienen acceso a anticonceptivos, esto aún no es posible.

³ Women Deliver for Development, 2007 Background paper, by Kirrin Gill, Rohini Pande, Anju Malhotra

⁴ Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, 2012

⁵ Informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2011

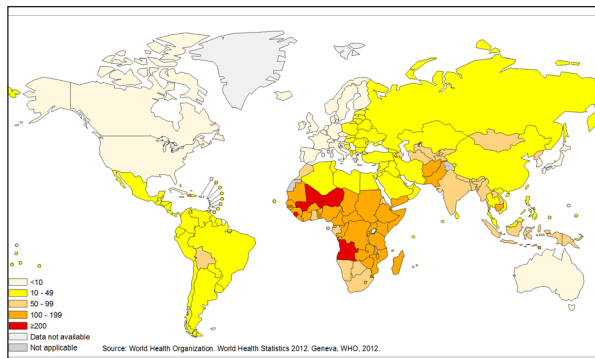
⁶ An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: The contribution of infectious diseases, PLoS Medicine 5(2):e44 Clara Menéndez et al.

⁷ Ver Tabla 5

⁸ Adding it up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health, UNFPA and the Guttmacher Institute, 2009

En el periodo 1990-2008 la mortalidad infantil se ha reducido en un tercio. Sin embargo aún se producen alrededor de 8 millones de muertes cada año, que se concentran (81%) en África Subsahariana y el Sur de Asia. Además, **la tasa de disminución de la mortalidad infantil es aún insuficiente para cumplir con el ODM4 (reducción del 75% respecto a los niveles de 1990) en esas regiones en 2015.** Tres millones del total de muertes infantiles ocurren durante el **periodo neonatal:** el primer mes de vida.

Tasa de mortalidad infantil (nº de muertes de menores de cinco años por 100.000 nacidos vivos), 2010



Fuente: OMS 2010

La mayoría⁹ de las muertes infantiles en los países de ingresos bajos son atribuibles a seis **causas:** la neumonía (18%), enfermedades diarreicas (18%), malaria (9%), desnutrición y causas neonatales como parto prematuro (10%), asfixia al nacer (9%) o infecciones (6%). Estas muertes son evitables, ya que disponemos de las adecuadas tecnologías basadas en la evidencia, de herramientas eficaces de prevención y tratamiento, y medidas coste-efectivas, como vacunas, antibióticos, suplementos de micronutrientes o redes mosquiteras impregnadas con insecticida.

Por unas políticas basadas en la evidencia

La evidencia¹⁰ nos muestra que las intervenciones que repercuten en la mejora de la salud de la mujer tienen un efecto amplificador en muchos ámbitos y no sólo para ella, sus hijos, o los dependientes a su cargo, sino también en sus comunidades y paí-

ses. Mejorar los indicadores de salud de la mujer, y específicamente en salud materna, es indispensable para el desarrollo. Sin embargo, a pesar del escaso avance en los indicadores de salud materna y neonatal, hasta hace pocos años los líderes políticos, de los países más afectados por la mortalidad materna pero también de los países donantes o de las agencias internacionales han ignorado o fracasado en hacer de la salud materna una prioridad: no ha habido suficiente voluntad política ni recursos adecuados. **Aunque los fondos para Ayuda Oficial al Desarrollo en salud se han triplicado en la última década¹¹, no se han destinado más recursos a salud reproductiva y planificación familiar.**

Cifras¹²...

- 287.000 muertes maternas anuales
- 40% partos sin atención profesional
- 215 millones de mujeres sin acceso a anticonceptivos
- 20 millones de abortos inseguros
- 7,6 millones de muertes infantiles: el 40% durante el primer mes de vida

Disminuir la mortalidad materna e infantil requiere más recursos económicos, una mejora de los mecanismos de rendición de cuentas de la ayuda internacional y priorización en las agendas políticas. Pero también de más y mejores datos nacionales y subnacionales sobre las causas de mortalidad, las barreras que obstaculizan la ampliación de la cobertura, y un abordaje de la desigualdad en la provisión de servicios de salud. Existen aún brechas de conocimiento cruciales que sólo la investigación en el terreno puede ayudar a estrechar. Necesitamos la innovación para generar nuevas herramientas para una mejor y más efectiva aplicación del conocimiento generado en los contextos de recursos bajos y medios.

Por ello, junto con la Organización Mundial de la Salud, ISGlobal trabaja para desarrollar una **agenda de investigación priorizada y coordinada en salud de la mujer y del niño** que contribuya a promover el diálogo entre quienes toman decisiones políticas y el mundo académico a través de su participación en la Red Global de Instituciones Académicas y de Investigación. Esta red es la con-

⁹ OMS, Estadísticas mundiales 2011

¹⁰ Informe sobre el desarrollo mundial, Igualdad de Género y Desarrollo, Banco Mundial 2012

¹¹ Durante el periodo 2000 – 2009 la AOD en salud pasó de 6.557 a 19.790 millones de US\$ sin embargo el % asignado a salud reproductiva y planificación familiar se mantuvo en los mismos niveles o se redujo según los años. Informe de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2011.

¹² Datos OMS 2008

tribución de la comunidad científica y académica a la “Estrategia Mundial de las Naciones Unidas para la Salud de Mujeres y Niños”¹³, lanzada en septiembre de 2010 por el Secretario General de Naciones Unidas como respuesta al escaso progreso que registran los ODM4 y 5.

En el ámbito local, abogamos por la creación de un **componente de I+D en salud materna, infantil y reproductiva en la Cooperación Española** que informe las políticas de la cooperación española en salud en los países en que actúa. Este componente contribuiría a acelerar el desarrollo y la introducción de productos de investigación y de estrategias de intervención para reducir la mortalidad y la morbilidad en mujeres, neonatos y niños.

Nuestro trabajo en salud de la mujer y del niño

Para contribuir a resolver esta situación, a lo largo de las dos últimas décadas¹⁴ hemos desarrollado proyectos de investigación, formación y cooperación técnica en las siguientes **áreas**:

- causas de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal
- VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, evaluando el impacto de la infección por VIH en la salud de la madre y en la supervivencia del recién nacido
- malaria en el embarazo y el recién nacido, evaluando estrategias de control de la malaria en mujeres embarazadas como el tratamiento preventivo intermitente (TPI), el uso de redes mosquiteras impregnadas de insecticida, la coste-efectividad de las intervenciones, o el impacto de la malaria durante el embarazo en la mortalidad infantil y en el riesgo de morbilidad por malaria en el neonato y la investigación de alternativas a los antimaláricos actuales
- atención obstétrica básica y de emergencia,
- la transmisión vertical de enfermedades infecciosas (VIH, Chagas)
- cáncer de cuello de útero: evaluación de la factibilidad de la introducción de la vacuna para prevenir la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)
- enfermedades respiratorias
- enfermedades diarreicas
- vacunas e inmunización

De la innovación a la agenda política de salud: el Tratamiento Preventivo Intermitente de la malaria en niños

En los países endémicos de malaria se producen 243 millones de casos clínicos y 863.000 muertes anuales. Más del 85% de los casos y del 90% de las muertes ocurren en África Subsahariana y se dan entre niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda desde 2010 el Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) para prevenir la malaria en niños. El TPI consiste en la administración de un fármaco antimalárico, la Sulfadoxina-pirimetamina (SP) utilizada actualmente para el TPI en zonas de África donde la malaria es transmitida por *Plasmodium falciparum* que ha demostrado ser barato, seguro y eficaz, en momentos pre-determinados coincidiendo con las visitas rutinarias de vacunación.

El TPI en niños ha demostrado ser una estrategia efectiva para prevenir la malaria y la anemia en África Subsahariana. Su administración a través de los programas de inmunización proporciona una protección que reduce en un 30% los casos de malaria y protege a los niños hasta al menos seis semanas después de finalizar el tratamiento.

La recomendación por la OMS¹⁵ se basa en los resultados de siete estudios del TPI-SP realizados en áreas de transmisión moderada y alta de malaria. El TPI en niños supone un caso de éxito de cómo la innovación ha contribuido a proporcionar una nueva herramienta para abordar un grave problema de salud pública y ha sido elevada a política de salud.

¹³ <http://www.everywomaneverychild.org/>

¹⁴ A través de proyectos desarrollados en el Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB) y en otras organizaciones vinculadas como la Fundació Clínica para la Recerca Biomèdica-Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CISM

¹⁵ WHO Policy recommendation on Intermittent Preventive Treatment during infancy with sulphadoxine-pyrimethamine (SP-IPTi) for Plasmodium falciparum malaria control in Africa, 2010 Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, Aponte J, Vidal J, Tanner M, et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo-controlled trial. Lancet 2001;357(9267):1471-7; Schellenberg D, Menendez C, Aponte JJ, Kahigwa E, Tanner M, Mshinda H, et al. Intermittent preventive antimalarial treatment for Tanzanian infants: follow-up to age 2 years of a randomised, placebo-controlled trial. Lancet 2005;365(9469):1481-3.