

Opinión



Más de la mitad del mundo: La I+D en salud materna como herramienta de cooperación al desarrollo

La mejora de la salud materna es uno de los grandes objetivos de la comunidad internacional. En los últimos años se han producido importantes avances, pero todavía estamos lejos de las metas marcadas. Reducir el exceso de mortalidad materna requiere más recursos, pero también nuevas y mejores intervenciones. La investigación juega un papel clave para identificar las causas de esta inequidad y proponer soluciones de modo que el lugar de nacimiento no marque el destino de millones de mujeres en todo el mundo.

01
EL EXCESO DE
MORTALIDAD
FEMENINA

02
LA SALUD DE LA MUJER
ES UN COMPONENTE
CLAVE DEL DESARROLLO

03
LOS COMPROMISOS
NO SE CUMPLEN:
NECESITAMOS MÁS
RECURSOS Y NUEVAS
Y MEJORES INTERVENCIONES

04
I+D EN SALUD MATERNA:
EL PROBLEMA DE LOS DATOS

05
LA SALUD MATERNA
EN LA COOPERACIÓN
ESPAÑOLA

Este informe ha sido elaborado por Anna Lucas, Coordinadora de la Iniciativa de Salud Materna, Infantil y Reproductiva de ISGlobal. La autora agradece las contribuciones de Azucena Bardaji, Clara Menéndez y Joan Tallada, así como los comentarios recibidos por parte de otros miembros de la institución y de representantes de entidades especializadas que tuvieron acceso a versiones preliminares del texto. Mucho realizó el diseño y edición gráfica.

La información incluida en esta publicación es correcta en el momento de envío a imprenta.



Obra publicada bajo la licencia
de Creative Commons.
Reconocimiento -No comercial-
Sin Obras derivadas 3.0

Resumen ejecutivo

Las desigualdades que enfrentan niñas y mujeres desde su nacimiento en ámbitos como la salud, la educación o el mercado laboral son una gran fuente de discriminación e inequidad. Conocemos el coste de la inacción para superar las desigualdades de género: en los países en desarrollo fallecen 4 millones de mujeres anualmente por causas evitables como consecuencia de factores sociales, culturales, económicos o legales que dificultan o impiden el ejercicio de sus libertades y derechos como es su acceso a la información y los servicios de salud.

La mortalidad materna, es decir la derivada de complicaciones durante el embarazo, parto o el puerperio, ocupa un lugar relevante dentro de las causas que generan el exceso de mortalidad femenina. A tres años vista de la fecha de cumplimiento de los Objetivos del Milenio las últimas estimaciones de mayo 2012 indican una disminución del 47%, respecto a los niveles de 1990, de las muertes por causas relacionadas con la maternidad. A pesar de los avances, todavía 257.000 mujeres fallecen anualmente por causas evitables. La mortalidad materna sigue siendo una de las mayores desigualdades en el disfrute del derecho a la salud a escala internacional. Para muchas comunidades, especialmente en África Subsahariana, la muerte asociada al hecho reproductivo es aún parte de su realidad cotidiana.

El importante rol que la mujer juega en los países en desarrollo en muchos ámbitos es a menudo invisibilizado. Y, por consiguiente, se minimiza también el impacto que comporta su muerte o discapacidad en plena edad activa. En general, las mujeres en los países en desarrollo contribuyen sustancialmente más a la economía familiar que sus homólogos masculinos y desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de la producción de alimentos y la seguridad alimentaria de sus hogares y comunidades. Más allá del trabajo no remunerado en la esfera doméstica, las mujeres representan ya más del 40% de la fuerza laboral en todo el mundo.

Por estos motivos la muerte o discapacidad de una mujer por causas relacionadas con la maternidad tiene un

efecto devastador no sólo en ella sino también en las condiciones y la esperanza de vida de sus hijos y dependientes a su cargo, y por extensión en sus comunidades y los países de los que forman parte. Las muertes maternas lastran, como ningún otro factor, el desarrollo de las poblaciones, perpetuando el círculo de enfermedad y pobreza en los entornos en los que se producen.

Aunque desde el ámbito de la investigación en las últimas décadas se ha generado evidencia que nos permite conocer qué intervenciones funcionan y cuáles son coste-efectivas y pueden contribuir a reducir significativamente la mortalidad materna, la escasa visibilidad y priorización de esta temática, derivada a su vez de la falta de voluntad política y de recursos, hace que, en muchas ocasiones, no se implementen las intervenciones necesarias. Especialmente entre las poblaciones más vulnerables de los países en desarrollo y en transición donde se dan grandes desigualdades.

Por otra parte, necesitamos la innovación para generar nuevas herramientas para una mejor y más efectiva aplicación del conocimiento generado en esos contextos de recursos bajos y medios. Y existen aún brechas de conocimiento que sólo la investigación en el terreno puede ayudar a reducir. Generar más y mejores datos sobre morbi-mortalidad materna para poder planificar, asignar recursos, implementar y evaluar políticas y programas debería ser uno de los ejes sobre los que pivote la política de cooperación en salud materna y por ende de la mujer. De hecho, éste es uno de los ámbitos donde las intervenciones exitosas pueden tener más retorno en relación a la inversión realizada.

Por tanto, la articulación de un componente de investigación para la acción dentro de la Cooperación Española cobra especial relevancia en este contexto. El próximo Plan Director de la Cooperación Española 2013 – 2016 es una buena oportunidad para ello.

Ban Ki-moon,
Secretario General
de Naciones Unidas
En el Foro Económico
Mundial, Davos, Suiza.
26 de enero de 2012.

**“Invertir en la salud de las mujeres
y las niñas es lo que hay que hacer,
además de lo más inteligente
para las economías nacionales
y la estabilidad mundial”**

01

El exceso de mortalidad femenina

“La tasa de mortalidad de las mujeres es superior a la de los hombres en los países de rentas medias y bajas, especialmente durante la infancia y el período reproductivo”

Nacer hombre o mujer marca el destino de las personas, su esperanza y su calidad de vida. La diferencia entre sexos tiene un impacto significativo en la salud como resultado de desigualdades tanto biológicas como socialmente construidas y basadas en el género. Ello se hace especialmente patente en los países en desarrollo donde se da una gran inequidad entre hombres y mujeres, lo que a su vez se traduce en sus respectivos indicadores de salud. Un amplio número de factores contribuye a ello, ya sean los más directos, como el comportamiento de familias y comunidades, el estatus de la mujer en una cultura dada, su nivel educativo, nutricional o de ingresos, el trato según la edad, o su acceso a servicios de salud; o bien otros factores del entorno, como la calidad del agua y el saneamiento, la existencia o no de infraestructuras, el estado de los medios de vida como la agricultura y la ganadería o el grado de seguridad interna de los países. Los países que experimentan conflictos o desastres naturales, por ejemplo, aumentan el riesgo de muertes maternas e infantiles debido a la inestabilidad de sus instituciones y sistemas de salud.

Al contrario que en los países de altos ingresos, la **tasa de mortalidad** de las mujeres es superior a la de los hombres en los países de rentas medias y bajas, especialmente durante la infancia y el período reproductivo. Es lo que el Banco Mundial¹ denomina ‘exceso de muertes femeninas’, que se define como el número de decesos femeninos que no se hubieran producido de haber nacido o vivido esas mismas mujeres en países de ingresos altos.

El **exceso de mortalidad femenina** se cifra a escala mundial en unos 4 millones cada año, e incluye desde las niñas que no llegan a nacer a las mujeres fallecidas en exceso hasta los 60 años de edad. Este escalofriante fenómeno permanece prácticamente invariable desde los años 90 del siglo pasado a pesar del incremento de renta nacional que han experimentado muchos de los países en desarrollo. Esta aparente paradoja se explica en parte por la persistencia de la práctica de abortos selectivos en países muy poblados, como India y China, pero también por las barreras en el acceso a servicios de salud que afectan desproporcionadamente a las mujeres.

¹ Informe sobre el desarrollo mundial 2012 Igualdad de género y desarrollo, Banco Mundial 2012.

Tabla 1

Casi 4 millones menos de mujeres cada año

Exceso de mortalidad femenina en el mundo, por edades y región, 1990 y 2008 (miles)

	Niñas al nacer		Niñas menores de 5 años		Niñas, 5 a 14 años		Mujeres, 15 a 49 años		Mujeres, 50 a 59 años		Total de mujeres (menores de 60 años)	
	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008	1990	2008
China	890	1092	259	71	21	5	208	56	92	30	1470	1254
India	265	257	428	251	94	45	388	228	81	75	1255	856
África al sur del Sahara	42	53	183	203	61	77	302	751	50	99	639	1182
Países con una prevalencia elevada de VIH	0	0	6	39	5	18	38	328	4	31	53	416
Países con una prevalencia baja de VIH	42	53	177	163	57	59	264	423	46	68	586	766
Asia meridional (sin incluir la India)	0	1	99	72	32	20	176	161	37	51	346	305
Asia oriental y el Pacífico (sin incluir China)	3	4	14	7	14	9	137	113	48	46	216	179
Oriente Medio y Norte de África	5	6	13	7	4	1	43	24	15	15	80	52
Europa y Asia central	7	14	3	1	0	0	12	4	4	3	27	23
América Latina y el Caribe	0	0	11	5	3	1	20	10	17	17	51	33
TOTAL	1212	1427	1010	617	230	158	1286	1347	343	334	4082	3882

Fuentes: Estimaciones realizadas por el equipo IDM 2012 sobre la base de datos de la Organización Mundial de la Salud 2010 y del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2009.

Nota: Debido al redondeo de las cifras, es posible que la suma no corresponda a los totales indicados.

Los motivos por los que niñas y mujeres se enfrentan a una mortalidad excesiva en los países de rentas medias y bajas son múltiples. De entrada, hay que tener en cuenta desde las niñas que no llegan a nacer debido a los abortos selectivos, como se ha mencionado, a las que durante los primeros años de vida carecen de acceso a agua potable y un buen saneamiento, o aquellas a las que se excluye de los programas de inmunización.

Posteriormente a partir de la pre-adolescencia y durante toda la edad adulta factores como los matrimonios infantiles o forzados, la falta de acceso a educación y a servicios de salud reproductiva (incluyendo la planificación familiar) o la violencia de género sitúan a las mujeres en una mayor situación de riesgo. Dicha situación las hace más vulnerables frente a la **triple carga de morbilidad** relacionada con el **embarazo y el parto**, las **enfermedades infecciosas** (virus del papiloma humano, VIH-sida, tuberculosis, malaria y sífilis, entre otras) y cada vez más **con enfermedades no infecciosas** (siendo las más destacables las enfermedades cardiovasculares, mentales, respiratorias crónicas y cánceres).

Mortalidad materna

La **mortalidad por complicaciones derivadas del embarazo, del parto o del puerperio** es una de las principales causas de mortalidad femenina y sin duda es uno de los mayores obstáculos que frenan el desarrollo en los países de rentas medias y bajas. Se calcula que **cada año** mueren **257.000 mujeres**² por estas causas. Además, por cada mujer que pierde la vida por una causa relacionada con la maternidad, por lo menos otras 20 sufren lesiones, infecciones y discapacidad³. Junto con ello, 3 millones de recién nacidos⁴ fallecen durante la primera semana de vida por causas evitables como parto prematuro, asfisia o infecciones.

La mayoría de muertes maternas y perinatales en los países de rentas bajas y medias tiene su origen en la confluencia de uno o varios factores socioeconómicos, del denominado modelo de los ‘tres retrasos’:

— retraso en la decisión de buscar ayuda cualificada: motivada por causas como la falta de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones que precisan de autorización del marido u otros miembros de la familia para el traslado al centro de salud, la falta de información que subestima el riesgo de complicaciones antes o durante el parto, la falta de recursos económicos o los prejuicios culturales que les hacen desconfiar del parto institucional frente al atendido por parteras tradicionales no cualificadas.

— retraso en llegar al centro asistencial: la inaccesibilidad física es la causante de muchas demoras. Un alto porcentaje de los partos se produce en zonas rurales o en los extrarradios desfavorecidos de las ciudades, carentes de servicios obstétricos de urgencias, a lo que se une la falta o el coste del transporte para llegar a ellos.

— retraso en recibir atención médica apropiada al llegar al centro asistencial: motivado por la falta de personal cualificado (médicos, matronas), la organización y gestión inadecuadas, la falta de coordinación entre niveles asistenciales, y la falta de insumos y equipamientos adecuados.

La mayor parte de las muertes maternas **ocurren en países en desarrollo**⁵ **ubicados en África Subsahariana (56%) y Asia Meridional (29%)** que concentran el 85% (245.000) de la carga

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

³ Anemia crónica, incontinencia urinaria, fistulas, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, depresión emocional prolongada, debilidad física o infertilidad.

⁴ OMS 2010.

⁵ Trends in Maternal Mortality: 1990-2008, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, 2010. Maternal Mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5, Hogan et al, <http://www.thelancet.com>, April 12, 2010, p. 1.

6 Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, 2012.
7 Gwatkin, D., S. Rustein, K. Johnson, R. Pande and A. Wagstaff. 2000. Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population - 45 countries. <http://go.worldbank.org/YP7EAOVF50>. Gwatkin, D., A. Wagstaff and A. Yazbeck, eds. 2005. Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why. Washington, DC: El Banco Mundial.

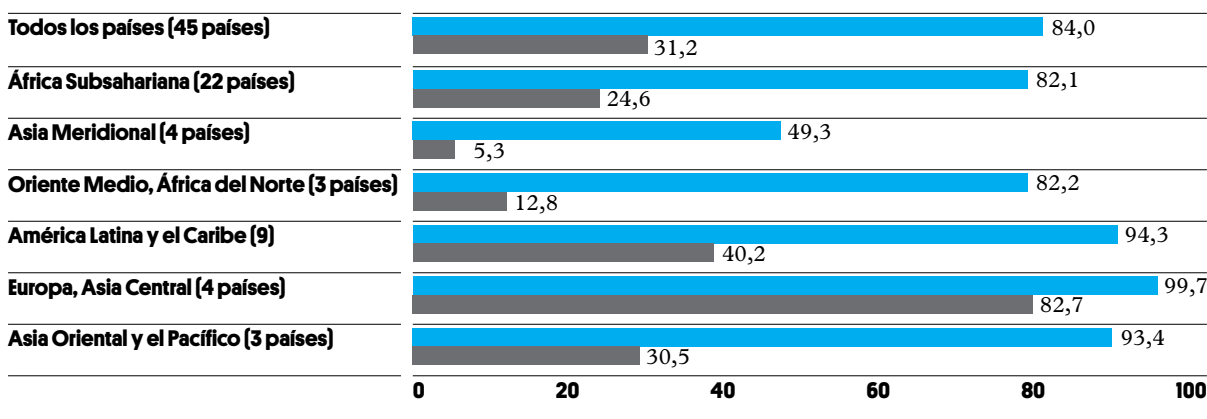
mundial de mortalidad materna en 2010: el lugar de nacimiento marca el destino de estas mujeres.

Estas cifras nos recuerdan que más de 20 años después de la Conferencia de Maternidad Segura de Nairobi, donde por primera vez se señaló la necesidad de abordar esta cuestión, la disparidad en los niveles de mortalidad materna⁶ existentes entre países desarrollados y en desarrollo **continúa siendo una de las mayores inequidades en salud a escala internacional**. En países como Austria o Islandia mueren 4 madres por cada 100.000 nacidos vivos mientras la tasa en países como Eritrea, Liberia o Afganistán se sitúa en alrededor de las 1000 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos: ¡un riesgo de deceso 250 veces superior!

Los estudios también muestran **grandes desigualdades internas en los países en desarrollo**: el lugar donde viven las mujeres y el estrato socioeconómico al que pertenecen determinan su acceso a servicios de salud reproductiva. Si analizamos el porcentaje de mujeres que reciben asistencia médica durante el parto vemos que persisten graves inequidades: entre las mujeres del quintil más rico de dichos países, más del 80 % de los partos son atendidos por personal cualificado, mientras que esta cifra es de apenas el 30% entre las mujeres del quintil más pobre⁷.

Tabla 2

Parto atendido por una persona con capacitación médica (%)



Fuente: Women Deliver, 2007

Partos atendidos por una persona con capacitación médica

■ Quintil más rico ■ Quintil más pobre

Si nos centramos en este indicador es por la estrecha vinculación entre la adecuada atención en el parto y la mortalidad materna: las mujeres tienen muchas más probabilidades de morir durante o justo después del parto que durante el embarazo. Las estimaciones sugieren que entre el 70 y el 90% de las muertes relacionadas con el embarazo serían evitables si todas las mujeres tuvieran acceso a servicios efectivos de salud reproductiva. Sin embargo, en el conjunto de los países en desarrollo los partos atendidos en instituciones sanitarias se sitúan como promedio en torno al 65%. En concreto, y **a pesar de los avances, en África Subsahariana todavía menos de la mitad de las mujeres (46%) reciben asistencia por parte de personal sanitario durante el parto**⁸.

Cuadro 1.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días siguientes, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre “muerte materna directa” que es resultado de una complicación del

propio embarazo, parto o su manejo, y una “causa de muerte indirecta” que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras muertes ocurridas durante el embarazo y no relacionadas con el mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

Con los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, los 8 objetivos acordados internacionalmente para impulsar el desarrollo y luchar contra la pobreza extrema hasta 2015, la comunidad internacional se comprometió a través del ODM5 a **reducir la tasa de mortalidad materna (TMM; es decir, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) en tres cuartas partes respecto a las cifras de 1990**. En ese año de referencia, los cálculos situaban en 543.000 las muertes maternas anuales. A escala mundial la tasa de mortalidad materna fue en 2010 de 210 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, frente a las 400 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 1990. Aunque las cifras se han reducido en un 47% entre 1990 y 2010, al ritmo actual la mayoría de regiones en desarrollo no alcanzarán las metas marcadas por el ODM5 para 2015. De hecho, cumplir tal compromiso, a poco más de 3 años de la fecha límite, implicaría disminuir la tasa a un ritmo del 5,5% anual. Sin embargo, en el caso de África Subsahariana, el ritmo de descenso de la tasa anual de mortalidad materna es de tan sólo el 2,6%. 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 seguida, en orden descendente, por el Sur de Asia (220), Oceanía (200), Sudeste Asiático (150), América Latina y el Caribe (80), y el Norte África (78).

Tabla 3

Evolución de la tasa de mortalidad materna (TMM)

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos 1990-2010

Región ODM	TMM 1990	TMM 2010	Variación % 1990-2010	Variación % anual 1990-2010
África				
África Subsahariana ⁹	850	500	-41	-2,6
Norte de África ¹⁰	230	78	-66	-5,3
Asia				
Sur de Asia ¹¹	590	220	-64	-4,9
Este de Asia ¹²	120	37	-69	-5,7
Sudeste Asiático ¹³	410	150	-63	-4,9
América Latina y Caribe¹⁴	140	80	-41	-2,6
Oceanía¹⁵	320	200	-38	-2,4

Fuente: Elaboración propia con datos de “Tendencias en mortalidad materna” 1990 – 2010, 2012

9 Angola, Benín, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Central Africana, Chad, Comoras, Congo, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Yibuti, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Ruanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra

Leona, Somalia, Sudáfrica, Sudán, Suazilandia, Togo, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabue.

10 Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Túnez.

11 Afganistán, Bangladesh, Bután, India, Irán, Maldivas, Nepal, Paquistán, Sri Lanka.

12 China, Corea del Norte, Mongolia, Corea del Sur.

13 Camboya, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Filipinas, Singapur, Tailandia, Timor-Leste, Vietnam.

14 Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela. Bahamas, Barbados, Cuba, República Dominicana, Granada, Haití, Jamaica, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas, Trinidad y Tobago.

15 Fiyi, Micronesia, Papúa Nueva Guinea, Islas Salomón, Tonga, Vanuatu.

Cuadro 2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5

ODM4 Reducir la mortalidad infantil. Meta del ODM: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años entre 1990 y 2015.

ODM5. Mejorar la salud materna. Meta 5.A. Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. Meta 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Principales causas de mortalidad materna

A escala mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a **causas directas**, es decir, aquellas directamente relacionadas con el embarazo. **Las cuatro causas principales son las hemorragias obstétricas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia) y el parto obstruido.**

Por su lado, las complicaciones derivadas del **aborto inseguro** contribuyen al 13% del total de muertes. El incremento del acceso a información, servicios y suministros de planificación familiar para evitar o espaciar los embarazos podría evitar hasta una cuarta parte de las muertes maternas. Sin embargo, para 215 millones de mujeres en los países en desarrollo esto no es una alternativa. En este sentido, **el ODM5 incorporó una segunda meta en 2006: acceso a planificación familiar universal para 2015.** La comunidad internacional reconocía así la importancia de estos servicios para la mejora de la salud materna y ponía de relieve la estrecha vinculación entre la planificación familiar, la mejora de la salud materna y la lucha contra el VIH/sida, otro de los objetivos a ser alcanzados antes del año 2015. Y una de las principales causas indirectas de mortalidad materna, como veremos a continuación.

Entre las **causas indirectas** de mortalidad materna (el 20% restante) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como la malaria, la anemia, el VIH/sida o las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo en países con alta prevalencia de VIH/sida, especialmente en África Subsahariana, se ha convertido en la primera causa de muerte durante el embarazo el parto y el puerperio. La infección por VIH aumenta el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo, como la anemia, la hemorragia y la sepsis. También incrementa la susceptibilidad a las infecciones oportunistas como la pulmonía o la tuberculosis u otras como la malaria. Se calcula que 1,4 millones de embarazadas necesitan tratamiento antirretroviral, de las que el 91% se encuentra en África Subsahariana y sólo un 53% recibió antirretrovirales en 2009.

África Subsahariana tiene la proporción más grande de muertes maternas por VIH/sida 10%, seguido por el Caribe con el 6%. De las 19.000 muertes maternas causadas por el VIH/sida a escala mundial en 2010, 17.000 (91%) se produjeron en África Subsahariana¹⁶.

Tabla 4

País	% de muertes maternas indirectas por VIH/SIDA
Kenia	20,2
Lesoto	41,5
Malawi	29,3
Mozambique	26,8
Namibia	59,4
Sudáfrica	59,9
Suazilandia	67,3
Tanzania	18
Uganda	25
Zambia	30,7
Zimbabue	38,8

Fuente: Elaboración propia con datos "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, 2012".

Cuadro 3. Un estudio autópsico sobre mortalidad materna en Mozambique: la contribución de las enfermedades infecciosas

Determinar de forma rigurosa las causas de muerte materna es esencial para guiar políticas de salud. En este ejemplo, una investigación sacó a la luz las deficiencias del sistema de atención pese a los recursos disponibles.

El objetivo del estudio era describir de forma precisa las causas de muerte materna en una de las regiones del mundo con las cifras de muertes maternas más altas.

Este análisis descriptivo se llevó a cabo en el Hospital Central de Maputo, Mozambique, un hospital de tercer nivel de referencia para todo el país, utilizando las autopsias de muertes maternas realizadas en el hospital durante el período del 2002 al 2004. Se evaluaron un total de 139 muertes. Las enfermedades infecciosas representaron más de la

mitad (56%) de las causas de muerte maternas, a pesar de que existían tratamientos efectivos para todas ellas, siendo las cuatro principales causas la infección por VIH/sida (13%), neumonía bacteriana (12%), malaria grave (10%) y meningitis bacteriana (7%). Las complicaciones obstétricas representaron un 38% de las muertes maternas.

Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de implementar terapias y herramientas de prevención efectivos, como el tratamiento preventivo intermitente para la malaria, medicación antiretroviral para el VIH/sida, y vacunas y antibióticos para tratar las infecciones neumocócicas y meningocócicas. Las muertes debidas a complicaciones obstétricas reflejan un fallo en el sistema de salud y requieren una mejoría urgente.

Tabla 5 Causas de muerte materna según las autopsias

Categoría	Causa	n	[%]
Complicaciones obstétricas	Hemorragia	23	(16,6)
	Septicemia puerperal	12	(8,7)
	Eclampsia	12	(8,7)
	Septicemia post-cesárea	2	(1,4)
	Embarazo ectópico	2	(1,4)
	Esteatosis aguda	1	(0,7)
	Embolismo amniótico	1	(0,7)
Dolencias no obstétricas	Dolencias relacionadas con el VIH-SIDA ¹⁷	18	(12,9)
	Bronconeumonía bacteriana	17	(12,2)
	Malaria grave	14	(10,1)
	Meningitis bacteriana	10	(7,2)
	Neoplasia	4	(2,9)
	Otras septicemias	3	(2,2)
	Hepatitis fulminante	3	(2,2)
	Cirrosis descompensada	2	(1,4)
	Enfermedad microbacteriana	2	(1,4)
	Hipertensión pulmonar	2	(1,4)
	Anemia ¹⁸	1	(0,7)
	Hemorragia digestiva	1	(0,7)
	Proteinosis alveolar	1	(0,7)
Desconocido	8	(5,8)	
Total		139	(100,0)

17 Incluye diez fallecimientos por enfermedad micobacteriana, dos sarcomas de Kaposi y un linfoma maligno.

18 Anemia grave sin otra causa de muerte ni signos de fallo cardiaco en la autopsia.

Fuente: Menéndez C., Romagosa C., Mamudo R., Carrillo C., Saute F., Osman N., Machungo F., Bardaji A., Quinto Ll., Mayor A., Naniche N., Dobaño C., Alonso PL., Ordi J. 2008. "An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: The contribution of infectious diseases," PLoS Medicine 5(2): e44.

02 La salud de la mujer es un componente clave del desarrollo

“La mujer ocupa un papel central en las regiones en vías de desarrollo, donde contribuye al sostenimiento comunitario de múltiples maneras”

La igualdad de género y el acceso a la salud de las mujeres son objetivos de desarrollo por derecho propio. Pero más allá del argumento ético, una mayor igualdad de género y una mejora de la salud de las mujeres también tiene sentido desde el punto de vista económico, ya que hace aumentar la productividad y mejora otros resultados en materia de desarrollo, incluidas las perspectivas para la próxima generación. Al mismo tiempo, la salud de las mujeres está estrechamente vinculada con su situación general: si no tienen acceso a educación, a oportunidades económicas o a las instancias de poder donde se toman las decisiones que afectan sus vidas, las mujeres (y las madres) tendrán mala salud. Por ello, para alcanzar el resto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y muy especialmente la erradicación de la pobreza extrema (ODM1), se consideran críticos tanto la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM3) como la mejora de la salud materna (ODM5). Por ello mismo, un reciente estudio del Banco Mundial incluye a las políticas encaminadas a reducir la mortalidad femenina dentro de los cuatro ámbitos prioritarios que permitirán avanzar en desarrollo¹⁹.

La mujer ocupa un papel central en las regiones en vías de desarrollo, particularmente entre las poblaciones más vulnerables donde contribuye al sostenimiento comunitario de múltiples maneras: como proveedora de ingresos, cuidadora, educadora o madre, pero también como trabajadora por cuenta propia o ajena, ciudadana o activista promotora de cambios. La constatación de estos hechos hace de la mejora de las condiciones de vida de la mujer, y en particular de su salud, un elemento indispensable para el desarrollo. La enfermedad, o peor aún la muerte, relacionada con el embarazo o parto, puede transformar un hogar de bajos ingresos en un hogar en situación de pobreza extrema, especialmente cuando las familias se han visto obligadas a incurrir en prácticas como vender sus bienes productivos o endeudarse para acceder a los servicios de salud. La discapacidad también priva al hogar del ingreso generado por la mujer: en países como Bangladesh las complicaciones maternas suman a 2 de cada 3 hogares en lo que se denomina gastos catastróficos, lo que en este contexto implica que más del 10% del presupuesto anual de ese hogar se utilice para pagar la atención médica²⁰. Por otra parte, la producción y los ingresos generados por las mujeres revierten en mayor medida en el bienestar de su familia, dado que el ingreso generado por las mujeres tiene una probabilidad mayor que el generado por un hombre de invertirse en necesidades

¹⁹ Los otros son: la educación, el mayor acceso a oportunidades económicas, la capacidad de acción y decisión en la sociedad y la limitación de la perpetuación de la desigualdad de género entre generaciones, Informe sobre el desarrollo mundial 2012, Panorama general: Igualdad de género y desarrollo.

²⁰ Coping with the Costs of Maternal Illness in Rural Bangladesh; Mohammad Enamul Hoque (ICDDR,B) Timothy Powell-Jackson (LSHTM).

“La vida de la madre está estrechamente vinculada a la supervivencia del recién nacido: las posibilidades de deceso de un neonato tras el fallecimiento de su progenitora son muy altas”

familiares²¹ como comida, educación, o medicinas. **En consecuencia, la mortalidad y discapacidad maternas privan en muchos casos a las familias y comunidades de una fuente esencial de recursos pero también de una gestión eficiente de las economías domésticas, ya sea con carácter temporal o definitivo, lo que contribuye a anclarles en la pobreza.**

La mortalidad y morbilidad maternas están estrechamente vinculadas a la supervivencia del recién nacido: las posibilidades de deceso de un neonato tras el fallecimiento de su madre son muy altas. Y si existen otros hijos, estos también se pueden ver gravemente afectados. La muerte materna también tiene un impacto negativo en la educación y las oportunidades de futuro de los demás hijos o incluso en su supervivencia: ya sea por retrasar la edad de asistencia a la escuela o por causar el absentismo o abandono escolar, especialmente el de las niñas para ocuparse de las tareas domésticas, perpetuando así el ciclo de discriminación. Por otro lado, se ha visto que los niños hasta los 10 años tienen una probabilidad de morir entre 3 y 10 veces mayor durante los dos años siguientes a la muerte de la madre que aquellos que viven con ambos progenitores.

La mortalidad materna afecta de forma trascendental a la productividad de los países. Más allá del trabajo no remunerado que desempeñan en el ámbito doméstico, las mujeres representan ya más del 40% de la fuerza de trabajo en todo el mundo, y el 43% de la mano de obra agrícola. La productividad de las mujeres contribuye directamente al bienestar de sus familias y en un sentido más amplio a la reducción de la pobreza en sus comunidades y países. La agencia de cooperación de Estados Unidos calculó en el año 2000 el impacto económico a escala mundial de la mortalidad y discapacidad materna y neonatal en una pérdida anual de 15.000 millones de dólares²².

Podemos concluir que la inversión en programas y políticas efectivas para disminuir la mortalidad y la morbilidad maternas – como planificar el número de hijos y cuándo tenerlos y tener acceso a servicios de salud reproductiva efectivos, especialmente entre las poblaciones más empobrecidas- tiene un gran impacto en el tejido social y económico de los países en desarrollo. De esta manera se contribuye directa e indirectamente a salvar muchas vidas aumentando al mismo tiempo sus oportunidades de acceso a empleo, educación y reduciendo los riesgos de salud y financieros que asumen las mujeres y las comunidades. En definitiva, estos programas y las políticas que los sustentan **constituyen una de las intervenciones con mayor retorno en términos de beneficio respecto a su coste de entre las que se pueden llevar a cabo en cooperación al desarrollo.**

²¹Jowett M. Safe Motherhood interventions in low income countries: an economic justification and evidence of cost-effectiveness. *Health Policy* 53(3):201-28. 2000.

²²Bart Burkhalter/AED USAID/SARA & other Projects.

03 Los compromisos no se cumplen: necesitamos más recursos y nuevas y mejores intervenciones

Entre los factores clave para avanzar en la reducción de la mortalidad materna se requiere una mayor **voluntad política y compromiso financiero efectivo**²³ para implementar las soluciones conocidas, junto con una clara agenda investigadora para identificar soluciones nuevas y mejoradas.

En efecto, durante décadas²⁴ se han sucedido una tras otra iniciativas internacionales para movilizar recursos y atraer la atención sobre la carga de muerte y enfermedad que afecta a las mujeres durante el embarazo y parto en los países en desarrollo²⁵. Sin embargo, estos encuentros de alto nivel y compromisos, a cual más ambicioso, no se han traducido en una mejora significativa de los indicadores de salud materna. El progreso logrado en los últimos veinte años ha sido en general lento y desigual. La tasa de mortalidad materna durante el período 1990-2010, aunque se ha reducido en un 47% a escala mundial, varía mucho según la región: la mayoría de las muertes maternas siguen concentrándose en África Subsahariana y zonas de Asia y en determinados países. **India con el 19% (56.000) y Nigeria en el 14% (40.000) representan un tercio de las muertes maternas, y junto con la República Democrática del Congo, Paquistán, Sudán, Indonesia, Etiopía, Tanzania, Bangladesh y Afganistán, concentran el 60% de las muertes maternas mundiales.**

Por su lado, dentro de los países de rentas medias y bajas persisten grandes diferencias en el acceso a servicios de salud reproductiva según el estatus socioeconómico.

23 AbouZahr, C. and T. Wardlaw. 2001. "Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?" Bull World Health Organ 79(6): 561-8. Ronsmans, C. and W. J. Graham. 2006. "Maternal mortality: who, when, where, and why." Lancet 368(9542): 1189-200.

24 The International Safe Motherhood Initiative, Nairobi Kenya 1987.

25 En la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 más de 150 países endorsaron el Plan de Acción que incluía el objetivo de reducir a la mitad las tasas de mortalidad maternas para el año 2000. Otras declaraciones similares se hicieron en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, y en la 4ª Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing de 1995. La Organización Mundial de la Salud declaró el año 1998 Año de la Maternidad Segura.

Cuadro 4. Principales conferencias y compromisos sobre salud materna

1987 Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos (Nairobi)

Objetivo: reducción de la tasa de mortalidad materna.

1990 Cumbre Mundial de la Infancia

Objetivo: reducir la mortalidad maternal en los países en desarrollo a la mitad entre 1990-2000.

1994 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo)

Plan de Acción para la mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos a completar en 2015, incluyendo: reducción de la mortalidad materna, acceso universal a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, asistencia en el parto, prevención de infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA).

1995 Conferencia Mundial sobre Mujeres (Beijing)

Objetivo: reducción, entre 1990 y 2000, de la tasa de mortalidad maternal a la mitad.

2000 Cumbre del Milenio de Naciones Unidas (Nueva York)

ODM5: Mejora de la salud materna: 5.a. La reducción, entre 1990 y 2015,

de la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

5.b. El logro del acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.

2005 Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño

La red está formada por un grupo de más de 400 miembros y aspira a armonizar e intensificar las actividades a escala nacional, regional y mundial de apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud de la madre (ODM5) y el niño (ODM4).

2010 Estrategia Global del Secretario General para la Salud de Mujeres y Niños

Objetivo: evitar 16 millones de muertes maternas e infantiles hasta 2015. Movilización de 40.000 millones de dólares estadounidenses.

“Nunca antes la salud materna había ocupado un lugar tan destacado en la agenda internacional ni había tenido tanta visibilidad”

Nunca antes la salud materna había ocupado un lugar tan destacado en la agenda internacional ni había tenido tanta visibilidad como en el último lustro. Diversos gobiernos (Canadá, Noruega, Reino Unido, Australia, entre otros) o entidades filantrópicas como la Fundación Bill & Melinda Gates han lanzado en los últimos años iniciativas en este ámbito. El anuncio durante la cumbre del G-8 del 2010 en Canadá del lanzamiento de una iniciativa para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil²⁶ o la más reciente declaración en Davos durante el Foro Económico Mundial del Secretario General de Naciones Unidas –que ha hecho de la salud de la mujer una de las prioridades de su mandato– sobre la necesidad de invertir en la salud de mujeres y niñas como una forma de contribuir al desarrollo y a la estabilidad global son hitos sin precedentes. Sin embargo, **a pesar del escaso avance y de la magnitud de las cifras, hasta hace pocos años los líderes políticos han ignorado o fracasado en hacer de la salud materna una prioridad: no ha habido voluntad política.** Y no sólo por parte de los gobiernos de los países más afectados por la mortalidad materna sino también entre los países donantes o las agencias internacionales.

Entre los factores que pueden haber contribuido a ello están la situación de pobreza y exclusión social de la mujer en los países más afectados, junto con el hecho de que la mayor parte de las muertes maternas se producen en el ámbito doméstico y no en las instituciones de salud. Además, la salud materna es un asunto de los denominados transversales²⁷, por lo que recae bajo el mandato institucional de varias agencias (Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Población, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Banco Mundial), con la consiguiente rivalidad, fragmentación en el abordaje o falta de coordinación entre ellas. Esta ineficiencia no parece darse en ámbitos como la salud infantil o la planificación familiar, asuntos que son competencia clara de una única agencia. La creencia de que intervenciones puntuales o de que el incremento de renta en los países en vías de desarrollo contribuiría sustancialmente a la mejora de la salud materna también ha estado muy extendida entre los países donantes. Sin embargo, pese al aumento del nivel de ingresos en los países en vías desarrollo y en transición en muchos de ellos no han mejorado los indicadores de mortalidad materna. Ello se explicaría por el agrandamiento de las brechas internas entre estratos socioeconómicos, la persistencia de la inequidad de género y las deficiencias institucionales que dificultan el acceso y la prestación y de los servicios a las mujeres.

²⁶ The Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health.

²⁷ Safe motherhood initiative: 20 years and counting Published Online September 28, 2006 DOI:10.1016/S0140-6736(06)69385-9, Ann M Starrs.

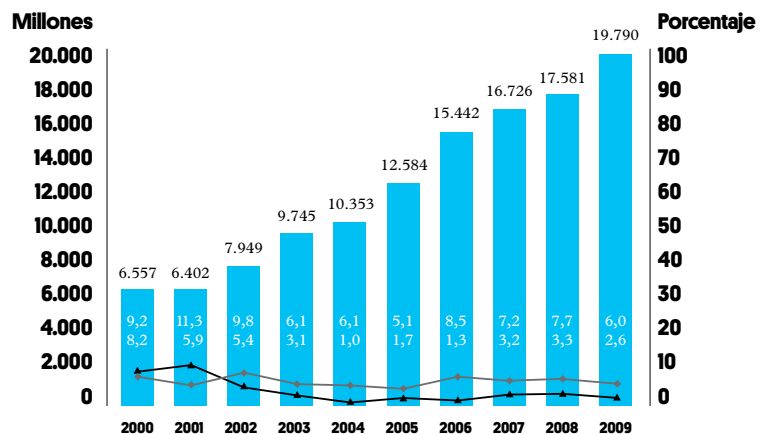
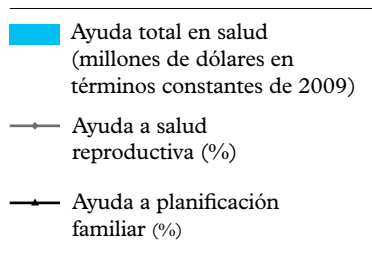
Por otra parte, para alcanzar una alta cobertura de intervenciones efectivas para la mejora de la salud materna como información y servicios de planificación familiar, formación de personal cualificado, fortalecimiento y expansión de la atención antenatal, en el parto y puerperio a nivel comunitario y hospitalario hacen falta más recursos: alcanzar el ODM 5 requiere de una financiación adecuada. Se ha calculado²⁸ que para reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015 se necesitarían 5.500 millones de dólares anuales adicionales en ayuda internacional, una cantidad diez veces superior a la ayuda recibida para salud sexual y reproductiva, que en 2004 se situaba en torno a los 600 millones de dólares.

Pero a pesar del espectacular aumento de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) en salud durante la última década, y de la necesidad de priorizar las políticas y programas de salud reproductiva, los fondos necesarios para alcanzar los objetivos en salud materna no se incrementaron.

Tabla 6

Ayuda oficial al desarrollo en salud

Total (millones de dólares en términos constantes de 2009) y proporción destinada a salud reproductiva y planificación familiar (porcentaje) 2000-2009.



Fuente: Informe Progreso ODM 2011

Efectivamente, a pesar de las evidencias de que el ODM 5 era el más rezagado, la AOD destinada a salud reproductiva y materna no se ha priorizado y se ha mantenido constante a lo largo de los años situándose entre el 6% y el 8% del total de la AOD en salud. Destaca también la disminución de los fondos para servicios de planificación familiar que coincide con un estancamiento en la cobertura de acceso a métodos anticonceptivos durante el período 2000-2008 en prácticamente todas las regiones en desarrollo. Aunque se han producido avances y más de la mitad de las mujeres acceden a métodos anticonceptivos, hay dos regiones

²⁸ Kumaranayake, L., C. Kurowski and L. Conteh. 2001. Costs of scaling-up priority interventions in low income countries: methodology and estimates. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud.

especialmente rezagadas: Oceanía (37%) y África Subsahariana, donde sólo el 22% de las mujeres tienen acceso. Esto sucede pese a que las mujeres en edad reproductiva son un grupo de población en aumento: casi se ha duplicado desde 1990, situándose el número de mujeres entre 15 y 19 años en torno a los 300 millones en África Subsahariana²⁹.

Por otra parte, la escasa asignación financiera y visibilidad de la mortalidad materna coincide en el tiempo con una concentración de los fondos y de la atención en la agenda internacional en los programas de lucha contra el VIH/sida, al haberse percibido como una amenaza a la seguridad global y gozar de una infraestructura específica creada para atraer y gestionar fondos a tal efecto: el Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Estos factores contribuyeron a que se convirtiera en la prioridad de salud global y se le asignaran el 70% del total de los fondos para políticas de salud sexual y reproductiva. Aunque se planteó en 2005 la posibilidad de crear un fondo³⁰ para combatir la mortalidad materna, neonatal e infantil, este no llegó a materializarse.

Más adelante, en 2009 la Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas revisó y actualizó el coste de implementar el plan de acción³¹ de la Conferencia del Cairo por el que dos tercios de ese gasto debía ser realizado por los países en desarrollo, mientras un tercio debía provenir de los países desarrollados a través de la AOD. En total se calculó que deberían movilizarse anualmente en torno a los 12.000 millones de dólares.

29 Informe de seguimiento ODM 2011.

30 The case for a New Global Fund for Maternal, Newborn and Child survival The Lancet, Volume 366, Issue 9485, Pages 603 - 605, 13 August 2005.

31 El Plan de Acción para la mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos a completar hasta 2015, incluía: reducción de la mortalidad materna, acceso universal a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, asistencia en el parto y prevención de infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/sida).

Tabla 7

Cálculo de las brechas de financiación

(Miles de millones de dólares, a partir de los gastos de 2009).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
PF y SR	4.624,50	5.953,16	7.004,83	7.478,16	7.712,16	7.902,16	7.817,50	48.531,49
VIH/SIDA	601,67	3.426,67	3.654,67	3.927,01	4.188,01	4.424,67	4.673,01	24.886,71
Investigación básica	269,82	1.365,15	1.067,15	499,15	146,49	40,82	50,18	3.338,71
Totales anuales	5.496,99	10.744,99	11.757,66	11.902,32	12.046,66	12.367,66	12.440,32	76.756,60

Fuente: UN CPD 2009 Report “The Flow of Financial Resource for Assisting in the Implementation of the PoA ICPD”.

En este contexto de fracasos continuados, el Secretario General de NNUU lanza en septiembre de 2010 un plan de rescate con el que pretende acelerar el progreso de los indicadores relativos a la mejora de la salud materna e infantil. Tal plan se conoce como la **Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño** que persigue movilizar 40.000 millones de dólares estadounidenses durante el periodo 2010-2015 con el propósito último de que la situación revierta.

04 I+D en salud materna: el problema de los datos

“Identificar las causas de mortalidad de las mujeres es crítico para informar las políticas de planificación, la asignación de recursos y la implementación de programas”

El gasto en salud y por extensión la AOD en salud sólo puede medirse y gestionarse adecuadamente si hay datos de calidad disponibles y actualizados para informar la toma de decisiones. Las estadísticas vitales, encuestas de hogares sobre salud, los datos del censo, registros de nacimientos y muertes, los sistemas de vigilancia epidemiológica o los datos de gasto y de utilización de servicios son elementos esenciales del sistema de salud. **Sin embargo, los países en desarrollo suelen carecer de estos datos esenciales sobre sus propios sistemas de salud, lo que convierte la gestión, mejora y la rendición de cuentas en tareas tremendamente difíciles.** La salud materna no es ajena a esta situación. Hay deficiencias en la información que impiden medir el progreso hacia la consecución de los ODM y otros objetivos relevantes. Hace falta información precisa para conocer las tendencias de mortalidad, sus causas, la morbilidad, la cobertura de las intervenciones, sus causas, y otros aspectos como los factores de riesgo, el estado de los sistemas de salud o su grado de equidad.

Aquí nos centramos en la tasa de mortalidad materna por ser el indicador que mide el progreso del ODM5 y porque resulta útil para decidir y planificar en relación al acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva. Pero no es suficiente: no permite determinar si esas muertes son debidas a causas directas o indirectas, por lo que la tasa de mortalidad materna debe complementarse con otra información. Hay una diversidad de métodos³² disponibles para generarla, como son las encuestas confidenciales, las auditorías o las autopsias verbales. Identificar las causas de mortalidad de las mujeres es crítico para informar las políticas de planificación, asignación de recursos y la implementación de programas y su posterior seguimiento y evaluación. Al carecer muchos países de sistemas de registro adecuados de eventos vitales, la información sobre las causas de muerte es inadecuada e incompleta o simplemente no existe. Por otra parte, conocer las causas puede servir para ejercer presión a escala local sobre el tipo de recursos necesarios y para exigir responsabilidades.

³² Assessment of Unmet Obstetrical Need (De Brouwere & Van Lerberghe 1998), identificación de las muertes evitables a través de encuestas confidenciales (Hibbard et al. 1996, Bouvier-Colle et al. 1995, Cook 1989), auditorías (Filippi et al. 1996), autopsias verbales sistemáticas (Ronsmans 1998, Wessel et al. 1999, Langer 1999).

Cuadro 5.

En 2010, Margaret Chan, Directora General de la OMS y los directores de otras 7 agencias internacionales de salud, entre ellas GAVI, el Fondo Mundial, Banco Mundial y UNICEF, hicieron un llamamiento³³ para conseguir mejores datos de salud a escala mundial, impulsar el desarrollo de una arquitectura de datos común y garantizar la disponibilidad, un mayor acceso y el uso de los datos indispensables para progresar hacia el objetivo de mejorar la supervisión del desempeño y la evaluación de políticas y programas. En este sentido La Comisión de Naciones Unidas de Información y Rendición de Cuentas de Salud de la Mujer y el Niño ha dado

“prioridad alta” al establecimiento para 2015 de sistemas de información para el registro de nacimientos, defunciones y causas de las muertes³⁴ “(OMS, 2011).

Como tarde en 2015, los 75 países en los que se produce el 98% de las muertes maternas e infantiles deben estar haciendo seguimiento e informando de, como mínimo, 2 indicadores agregados:

- (I) gasto total en salud, por fuente de financiación, per cápita; y
- (II) gasto total en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil por fuente de financiación, per cápita.

En todo caso disponer sólo de datos adicionales sobre niveles y causas de mortalidad no será suficiente para identificar políticas y programas que puedan ayudar a reducir significativamente la mortalidad materna. **La desequilibrada evidencia existente podría explicar el poco éxito de los cambios en las recomendaciones a países donantes y gobiernos o en las estrategias que se han sucedido a lo largo de las 3 últimas décadas.**

Desde los años sesenta del siglo pasado los donantes, las agencias de Naciones Unidas y los gobiernos de los países afectados han priorizado determinadas intervenciones en las que se han concentrado fondos y apoyo. Los programas de reducción de la mortalidad materna se han basado, por una parte, en el cuidado antenatal, en el que se incluye el cribado para identificar a las mujeres con riesgo de complicaciones, y por otra, en la formación de matronas tradicionales para mejorar la atención al parto en el domicilio. Ello a pesar de la evidencia de que el mayor riesgo para las mujeres durante el parto y el puerperio³⁵ es la resistencia o incapacidad para cambiar las prácticas de los agentes tradicionales de salud y la imposibilidad de organizar una supervisión adecuada. El enfoque ha sido durante mucho tiempo el mismo a pesar de su ineficacia, de los pobres resultados y de estar más enfocado a la reducción de la mortalidad neonatal que la de las mujeres. **Hasta los años noventa la comunidad internacional no se planteó un abordaje de la mortalidad materna más estratégico y práctico, basado en hechos probados, que son el fundamento de la atención obstétrica básica según la recomendación de la OMS.** De esta manera se admite la importancia de que los partos sean atendidos por personal profesional obstétrico

³³ Meeting the Demand for Results and Accountability: A Call for Action on Health Data from Eight Global Health Agencies, Chan et al 2010).

³⁴ <http://www.plosmedicine.org/article/>

³⁵ Browne F, Aberd D. 1932. Antenatal care and maternal mortality. The Lancet July: 1-4. (“El 80% de las muertes maternas se debieron a causas no detectables en la consulta antenatal: sepsis, hemorragia o shock”).

con posibilidad de acceder a un servicio de salud bien equipado en caso de que surjan complicaciones y el hecho comprobado de que la atención antenatal o la atención en el parto por parte de matronas tradicionales de salud no pueden obtener los mismos resultados.

Cuadro 6.

[Hay que] “velar por que la mujer tenga fácil acceso a atención obstétrica esencial, servicios de atención de salud materna bien equipados y adecuadamente dotados de personal, asistencia profesional durante el par-

to, atención obstétrica de emergencia, con derivación y envío eficaces a niveles superiores de atención en caso necesario, atención después del parto y planificación familiar.”
Medidas clave, CIPD+5, 1999

36 JahnA & De BrouwereV.2001. Referral in pregnancy and childbirth: Concepts and strategies. *Studies in Health. Services Organisation & Policy*, 17, 229-246.

En todo caso la expansión de la atención obstétrica básica adecuada precisa de una inversión sustancial en recursos humanos y financieros para su implementación: desde la formación del personal, hasta la reorganización de los servicios, la mejora de la gestión logística y la descentralización de los recursos financieros y materiales, sin olvidar el abordaje de las barreras financieras y culturales que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. **Los hechos prueban que donde se ha expandido la estrategia de atención obstétrica básica la mortalidad materna ha descendido rápidamente.** Allí donde se ha facilitado el acceso a una atención antenatal y en el parto de calidad, la tasa de mortalidad materna ha descendido en periodos relativamente cortos³⁶ a cifras similares a las de los países industrializados que redujeron a la mitad las tasas de mortalidad materna en un plazo de diez años durante el siglo XX:

Tabla 8

Número de años hasta reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna* en algunos países

	De 400 a 200	De 200 a 100	De 100 a 50
En 11-12 años	Tailandia 1962-74		
En 9-10 años	Sri Lanka 1956-65	Honduras 1968-78 Malasia 1965-75	
En 7-8 años		Sri Lanka 1966-74 Tailandia 1974-81	Malasia 1975-83
En 4-6 años		Chile 1971-77	Tailandia 1981-85

*Número de madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos.
Fuente: (Nasah 1992, Derveeuw et al. 1999).

Cuadro 7. La experiencia de Egipto: un caso de éxito en la reducción de las muertes maternas

En la década de 1990, la tasa de mortalidad materna en Egipto era de 220 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Los responsables de salud egipcios, llevaron a cabo un estudio³⁷ sin precedentes para evaluar los progresos logrados durante la última década, identificar las principales causas médicas y los factores evitables que contribuyen a la muerte materna e investigar lo que había sucedido a los bebés de las mujeres fallecidas.

Los resultados del estudio demostraron que los esfuerzos de Egipto habían dado fruto. En menos de una década las intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención obstétrica, aumentar el acceso a planificación familiar, educar a las mujeres y las familias sobre la búsqueda de asistencia médica en fases tempranas y a las matronas tradicionales (dayas) en referir a las mujeres con complicaciones obstétricas al sistema de salud, habían logrado reducir en más de un 50% la mortalidad materna (82). Las conclusiones determinaron que la mortalidad materna en Egipto a menudo dependía del lugar donde vivía la mujer. Aunque la cifra era alta en todo Egipto, las mujeres eran especialmente vulnerables en las zonas menos desarrolladas del sur del país y en las áreas metropolitanas marginales. En el sur de Egipto las mujeres tenían menor acceso a atención obstétrica de calidad, por lo que tenían aproximadamente dos veces más probabilidades de morir como consecuencia del embarazo que las mujeres en el norte de Egipto.

En respuesta a estos hallazgos de la encuesta de mortalidad materna del 2000 y con el apoyo de donantes

internacionales Egipto siguió haciendo de la reducción de la mortalidad materna una prioridad nacional. En coherencia, el Ministerio de Salud desarrolló una estrategia centrada en:

- ampliar y fortalecer un sistema de vigilancia de la mortalidad materna;
- identificar las áreas y regiones donde las tasas de mortalidad materna y las lesiones eran mayores, concentrando las intervenciones directas en esas áreas de alto riesgo, como los barrios marginales urbanos, y la educación a las comunidades acerca de los comportamientos de salud que contribuyen a mejorar los resultados de salud materna e infantil;
- implementar un programa de vigilancia prenatal, lo que ayudó a supervisar la calidad y frecuencia de las visitas de atención prenatal;
- desarrollar protocolos de atención obstétrica y neonatal de cuidados y capacitación a los proveedores de salud en su uso;
- ampliar la disponibilidad de los servicios de salud para ampliar el acceso a las visitas rutinarias y a la atención obstétrica de emergencia;
- junto con la mejora de la disponibilidad de los equipos y suministros necesarios en los servicios de salud reproductiva

La tasa actual de mortalidad materna en Egipto (66 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) es un 70% inferior a la de hace dos décadas, y se han reducido sustancialmente las disparidades en la atención dentro del país. La experiencia egipcia muestra que la información de calidad y la inversión de los recursos suficientes para garantizar la oportuna atención obstétrica y neonatal protege y salva la vida de mujeres y recién nacidos.

³⁷ The National Maternal Mortality Study: Egypt 2000.

“La complejidad de la mortalidad materna requiere una estrategia comprensiva”

Además, aunque la innovación ha posibilitado el desarrollo de muchas intervenciones efectivas como fármacos, vacunas, redes impregnadas de insecticida o equipamiento para la atención obstétrica de emergencia, en muchos países en vías de desarrollo, particularmente en África Subsahariana, las tecnologías que más pueden contribuir a salvar vidas³⁸ son infrautilizadas. Se precisa un enfoque científico para identificar, seguir y evaluar las intervenciones más apropiadas que deberían expandirse para fortalecer los sistemas de salud. Intervenciones que variarán dependiendo de la epidemiología local, el grado de cobertura, el sistema de salud y la capacidad existente en el ámbito comunitario. **Estamos en un momento crítico para generar nuevos datos y utilizarlos para establecer prioridades y acelerar los avances.**

Cuadro 8. Cáncer de cuello de útero

Una mujer fallece cada dos minutos de cáncer de cuello de útero y se dan cerca de 500.000 nuevos casos y 275.000 muertes cada año en todo el mundo. Casi el 90% de esas muertes ocurre en países en desarrollo donde el cáncer cervical es el más común en las mujeres y donde éstas carecen de servicios de detección precoz y tratamiento de cáncer.

En África Subsahariana el cáncer cervical es el principal causante de muerte por cáncer entre las mujeres. En América Latina y Asia mueren más mujeres por cáncer cervical que por causas relacionadas con el embarazo.

A falta de intervenciones, se calcula que para 2030 el número de mujeres que morirán por cáncer cervical se elevará a 433.000 muertes, casi todas en países en desarrollo.

Las vacunas contra las dos cepas más comunes del virus del papiloma humano causantes del 70% de los casos de cáncer de cuello de útero se han introducido ya en los programas de inmunización rutinaria de la mayoría de los países de ingresos altos pero todavía no están disponibles en la gran mayoría de los de ingresos medios y bajos donde tampoco hay servicios de prevención.

Fuente: Datos OMS/ICO Centro de información VPH, 2010.

La complejidad de la mortalidad materna precisa de una estrategia comprensiva porque las muertes maternas no son solo el resultado de servicios de salud deficientes o inaccesibles para las mujeres, sino también de una larga concatenación de factores como la falta de educación de las niñas y adolescentes, los matrimonios precoces, la falta de acceso a anticonceptivos, la desnutrición, y el estatus social, económico y legal de las mujeres que tanto individual como colectivamente contribuyen a la mala salud de las mujeres antes, durante y después del embarazo, aumentando su vulnerabilidad a complicaciones y limitando su capacidad de buscar y recibir servicios de salud de calidad.

³⁸ Science in Action: saving the lives of African mother's, newborns and children, report from Fifth Annual Meeting of the African Science Academy Development Initiative (ASADI), Ghana 10-11 November 2009.

Cuadro 9. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño

La comunidad internacional ha mostrado su preocupación por el lento progreso en la mejora de la salud materna y neonatal. Con motivo de la Cumbre de los ODM en 2010, el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño³⁹, una iniciativa que busca catalizar la acción a través de compromisos renovados por parte de todos los actores implicadas (países donantes y receptores, organismos multilaterales, ONG, sector privado, academia) para una financiación y políticas adecuadas para mejorar la salud de mujeres y los niños. Los compromisos apoyan los siguientes

elementos para acelerar el progreso de los ODM 4 y ODM 5:

Planes de salud impulsados a escala de país: socios para el desarrollo que apoyen a los gobiernos a implementar planes dirigidos por los propios países con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva.

Un paquete completo e integrado de intervenciones y servicios esenciales: las mujeres y los niños deben tener acceso a un paquete de servicios integrados, que incluya la planificación familiar, atención prenatal, atención cualificada en el parto, atención obstétrica de emergencia y atención al recién nacido, servicios de aborto seguro (donde el aborto no esté prohibido por la ley) y servicios de prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo.

Fortalecimiento de los sistemas de salud: apoyar a los gobiernos para fortalecer los sistemas de salud para que presten servicios de alta calidad sobre todo en comunidades marginadas.

Aumento de capacidades del personal sanitario: trabajar con los gobiernos para hacer frente a la grave escasez de trabajadores de la salud mediante la implementación de planes nacionales para formar, retener y desplegar personal de salud.

Investigación coordinada e innovación: desarrollo, financiación e implementación de una agenda de investigación para la salud de las mujeres y los niños que marque prioridades, esté bien coordinada y sea innovadora. Desde el ámbito académico y de investigación es necesario hacer un ejercicio de coordinación para identificar y abordar las lagunas de conocimiento que existen en el ámbito de la salud de la mujer (y del niño) así como la mejor manera de trasladar la evidencia a los espacios de decisión. Se ha constituido una red global de investigación en salud de la mujer y del niño de la que ISGlobal forma parte y que persigue producir una hoja de ruta que establezca las correspondientes prioridades en I+D.

05 La salud materna en la cooperación española

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son hasta el momento **un área de actuación prioritaria** dentro de los documentos de planificación de la Cooperación Española, como el Plan Director 2009-2012, la Estrategia de Salud o la Estrategia de Género.

Cuadro 10. Plan director de la Cooperación Española 2009-2012

Prioridades Sectoriales SECTOR SALUD:

- Objetivo Específico 5: Reducir la carga de enfermedad que soportan las mujeres como parte de la población que sufre discriminación.

- Línea estratégica: mejora de los derechos sexuales y reproductivos.

España defenderá la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, “reconociendo la desigualdad de las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud que muchas veces está ligada a la falta de autonomía en la toma de decisiones en relación con su salud, sexualidad y su función reproductiva y a que la evidencia demuestra que la igualdad es clave para conseguir los ODM”.

Sin embargo, no se ha desarrollado una estrategia específica en el ámbito de la salud materna y se subsume en el conjunto de la salud y derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, es difícil determinar cuánto se ha aportado desde la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en salud específicamente para abordar cuestiones de salud materna, y más aún en I+D.

En el desglose de datos de AOD española en salud, las contribuciones realizadas a programas y proyectos de salud materna están englobadas dentro del componente “Programas y políticas sobre población y salud reproductivas” según la clasificación por sectores del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), al que reportan los donantes⁴⁰.

40 CAD-Creditor Report System
CRES 99820.

Tabla 9

Evolución de la salud sexual y reproductiva en la AOD en Salud 2006-2010

PF y SR	2006	2007	2008	2009	2010
121 Salud general	47.604.996 €	43.772.828 €	67.604.996 €	129.644.866 €	85.455.916 €
122 Salud básica	167.176.461 €	163.356.847 €	249.408.046 €	177.828.448 €	175.064.366 €
130 Programas y políticas de población y salud reproductiva	54.932.405 €	108.721.882 €	180.255.617 €	190.897.094 €	122.525.004 €
TOTAL	269.713.862 €	315.815.556 €	496.801.161 €	498.370.408 €	383.945.286 €

“No hay constancia de que los fondos de la AOD española hayan financiado de manera directa proyectos de investigación en salud sexual y reproductiva”

Siguiendo la tendencia internacional, durante los últimos años (2006-2010) la cooperación al desarrollo en salud, y la asignación a salud sexual y reproductiva se incrementaron significativamente. Así en 2010 aproximadamente un tercio del total de la AOD en salud española (383 millones de euros) se asignó a “Programas y políticas de población y salud reproductiva”, un total de 122,5 millones de euros⁴¹. Pero el incremento se debe principalmente al gran aumento de las aportaciones de España al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM, por sus siglas en inglés), que ha recibido más del 70% de los fondos.

Según el Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012, nuestro país establece el compromiso de asignar el 6% de la AOD asignada sectorialmente a salud reproductiva⁴², pero está muy lejos de cumplir ese objetivo. La previsión para los “Programas y políticas sobre población y salud reproductivas” (componente 130) se situó en el 1,70% en el PACI 2011⁴³.

La **ayuda bilateral** de España en salud sexual y reproductiva se implementa mediante diversos instrumentos en los que participan los países socios, universidades españolas, organizaciones no gubernamentales (ONG) españolas, internacionales y locales y organismos multilaterales. Principalmente se asigna a proyectos de ONG dirigidos a mejorar el acceso a asistencia médica de las mujeres y a mecanismos **multi-bilaterales**, es decir, mediante contribuciones a programas o proyectos de organismos en los que el donante puede incidir en la distribución geográfica o sectorial de sus contribuciones [principalmente a UNICEF, el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)]. En cuanto a la AOD por vía de aportaciones a los organismos **multilaterales** en salud sexual y reproductiva, se contribuye a instituciones como la OPS, PNUD, INSTRAW, o UNIFEM y otras agencias como ONUSIDA o el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y a programas como el de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, en 2011 España dejó de financiar al GFATM, y pese al anunciado compromiso de reanudar las contribuciones a partir de 2012 en el momento de redactar este informe se desconoce oficialmente el montante.

No hay constancia de que los fondos de la AOD española hayan financiado de manera directa proyectos de investigación en salud sexual y reproductiva. En el ámbito de la Cooperación Española no existe hasta la fecha un mecanismo específico que implemente una política de I+D para el desarrollo que permita

⁴¹ CAD Datos PACI 2010.

⁴² Indicaciones referidas a prioridades sectoriales. Se dedicará al menos el 25% de la AOD distribuible sectorialmente a la dotación de servicios sociales básicos. Se tenderá a destinar a programas de género y salud reproductiva el 15% de la AOD distribuible sectorialmente (el 9% a género y el 6% a salud reproductiva).

⁴³ AOD Multilateral 24.625.521 Eur, AOD Bilateral 20.554.928 Eur.

generar un conocimiento destinado a aplicarse de forma eficaz en la lucha contra la pobreza. La I+D en salud global financiada por la Cooperación Española, en la práctica, se ha concretado básicamente en el apoyo a iniciativas globales de salud para enfermedades prevalentes y pacientes olvidados como los partenariados público-privados para el desarrollo de productos y a centros de investigación de forma genérica. También se han hecho constar aportaciones económicas a programas de investigación de grandes organismos multilaterales⁴⁴, aunque en éstos el papel de la investigación para el desarrollo sea secundario cuando no marginal.

Desde un punto de vista geográfico y si nos atenemos exclusivamente a la AOD española en salud sexual y reproductiva los países prioritarios son los indicados en la Tabla 10:

Tabla 10

Los diez principales países receptores de AOD en salud sexual y reproductiva, 2009

Etiopía	11,0
Tanzania	7,7
Zambia	5,6
India	5,1
Malawi	4,1
Angola	3,9
Nicaragua	3,7
China	3,6
Mozambique	3,5
Marruecos	3,3

Fuente: Mapa de salud y derechos sexuales y reproductivos África-España, 2011

■ Millones de €

⁴⁴ Durante el período 2007-2010 se aportaron un total de 39.714.336.424 dólares a diferentes PDP, la mayor parte a través del de la AECID/MAEC (38.025.391 dólares). Datos G-Finder 2011.

Algunos de los países prioritarios para la cooperación española como Marruecos, Nicaragua o Mozambique reciben importantes dotaciones. Sin embargo, como resultado de la canalización de fondos a través de organismos multilaterales como el Fondo Global, otros países no prioritarios, incluyendo economías emer-

gentes como India o China, con las que otros donantes ya han dejado de cooperar, han recibido hasta hace poco una parte de los fondos destinados a salud sexual y reproductiva de la AOD española.

Por último, cabe resaltar que en la esfera internacional España no ha capitalizado su apoyo a iniciativas como la creación de ONU Mujeres⁴⁵ (la agencia de la Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer), el haberse convertido en el primer donante de UNIFEM⁴⁶ o su participación en la Iniciativa Mesoamericana de Salud 2015, dirigida ésta a reducir las desigualdades en salud entre las poblaciones más desfavorecidas y a disminuir la mortalidad y la morbilidad en las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de 5 años de las zonas más pobres de la región mesoamericana. Tampoco España participa en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, y aunque suscribió la Iniciativa de Muskoka sobre Salud Materna, Neonatal y del Niño en 2010, no ha hecho hasta la fecha ninguna contribución económica a la misma. Ni en definitiva la AOD española se ha posicionado de un modo tan concreto como han hecho por ejemplo las cooperaciones británica⁴⁷, danesa⁴⁸, canadiense⁴⁹, o noruega. Entre las iniciativas relacionadas con la salud materna y neonatal en que sí participa España, sin embargo, cabe destacar el foro “Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en África” liderado por la Comisión Europea.

La AOD española no juega un papel relevante, a la manera de otras cooperaciones⁵⁰, en el establecimiento de la agenda de iniciativas de I+D en salud global, especialmente en sectores donde la I+D española en salud puede tener ventajas comparativas como pueden ser las enfermedades infecciosas más prevalentes, algunas enfermedades olvidadas o la salud materna.

Por ello, más allá de la capacidad presupuestaria, la AOD precisa de una estrategia de I+D, especialmente en el sector salud. Una estrategia que defina misión, objetivos, dotación presupuestaria coherente y criterios para la determinación de la agenda de I+D en salud para el desarrollo.

Creación de un componente de I+D en salud sexual y reproductiva en la Cooperación Española

La AOD española en salud debe avanzar haciendo explícito su compromiso de incluir la investigación como un elemento clave

45 La creación de ONU Mujeres fusionó cuatro componentes del sistema de la ONU con el fin de centrarse exclusivamente en la igualdad y el empoderamiento de las mujeres: División para el Adelanto de la Mujer (DAW), Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), Oficina del Asesor Especial en cuestiones de género (OSAGI), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

46 Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

47 Choices for women: planned pregnancies, safe births and healthy newborns: The UK's Framework for Results for improving reproductive, maternal and newborn health in the developing World. 2011.

48 The Promotion of Sexual and Reproductive Health and Rights Strategy for Denmark's Support

49 La Canadian International Development Agency (CIDA) lidera la Muskoka Maternal, Newborn and Child Health Initiative.

50 DFID, AusAid, USAid and the BMGF Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health.

“Es necesario dotar de un presupuesto previsible y sostenible la I+D en salud materna, infantil y reproductiva”

de su estrategia de salud y en particular en **salud materna, infantil y reproductiva (SMIR)**. La inversión en investigación y en generación de evidencia en salud es una inversión en bienes públicos globales y debe ser un elemento de información de las políticas de cooperación en salud a fin de aumentar su impacto y eficiencia en los sectores y áreas geográficas en las que actúa. Para ello es necesario dotar de un presupuesto⁵¹ previsible y sostenible a la I+D en SMIR, y por extensión en SSR, dentro de la cooperación española. El plan de I+D para la Cooperación Española y el próximo Plan Director son marcos normativos que ofrecen una buena oportunidad para abordar estos aspectos.

El componente de I+D en SMIR para el desarrollo debe tener un abordaje de ciencia para la acción. Un instrumento cuyo objetivo sea acelerar el desarrollo y la introducción de productos de investigación que contribuyan a reducir la mortalidad y la morbilidad en mujeres, neonatos y niños, en el contexto de los programas y proyectos de la Cooperación Española.

El componente de I+D en SMIR debe partir de una identificación de áreas prioritarias de investigación, a través de revisiones técnicas para identificar y analizar las lagunas de conocimiento en I+D, evaluaciones de las actividades en curso, identificación de nuevas oportunidades de investigación, consultas con científicos, sector privado, países receptores, ONG, las OTC (Oficinas Técnicas de Cooperación) y otros donantes. Áreas a las que regularmente deberá darse seguimiento y evaluarse de forma rigurosa.

Este ejercicio contribuirá a asegurar que las áreas de I+D en SMIR para el desarrollo son:

—Reconocidas y llevadas a cabo dentro del contexto de una agenda de I+D global, en coherencia con los compromisos internacionales asumidos: el marco de actuación de la Conferencia de Población del Cairo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

—Estratégicas y alineadas con las prioridades de la Cooperación Española y coordinadas con los países en desarrollo y los demás actores de la AOD para asegurar que sean coste-efectivas y con el máximo impacto.

—Que pongan el énfasis en determinadas temáticas (VIH/sida, tuberculosis, malaria, enfermedades desatendidas o cáncer cervical) donde la I+D española en salud global tiene ventajas comparativas y que son algunas de las principales causas indirectas de mortalidad materna.

⁵¹ La OMS en la Cumbre Mundial sobre Investigación en Salud (México, 2004) instó a los estados miembros a que estudien la posibilidad de aplicar la recomendación formulada por la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo en 1990 de que los países en desarrollo inviertan al menos 2% del presupuesto nacional de salud en investigaciones y en el fortalecimiento de la capacidad de investigación, Y que al menos el 5% de la ayuda para proyectos y programas del sector de la salud procedente de los organismos de asistencia para el desarrollo se destinara a investigaciones y al fortalecimiento de la capacidad de investigación.

En el ámbito de SMIR el componente de I+D para el desarrollo debe contribuir a:

Aumentar el conocimiento sobre las preguntas clave en SMIR para fundamentar las decisiones políticas

Es preciso mejorar los datos existentes y generar evidencia que fundamente las intervenciones que contribuyan a mejorar la supervivencia de las mujeres y neonatos. Para ello hay que invertir en la obtención de los datos necesarios y en desarrollar metodologías de evaluación que sean coste-efectivas.

Cuadro 11.

Entre las lagunas de conocimiento que se identifican en el ámbito de la SMIR:	u otros factores como la violencia de género;
- falta de datos y/o necesidad de mejora en las cifras y las causas de mortalidad y morbilidad maternas;	- la cobertura y utilización de servicios (incluyendo aspectos de equidad, motivos de la no utilización de los servicios existentes, etc.);
- datos de la carga de enfermedad de salud sexual y reproductiva en relación a co-morbilidades, como la malaria, la anemia y la tuberculosis,	- formas de integración de la atención en VIH/sida con la salud sexual y reproductiva.

La cooperación bilateral puede jugar un papel importante al apoyar a los países socios a mejorar sus sistemas de registro de datos y las estimaciones de país sobre las causas de mortalidad y morbilidad. Con ello se obtendrían datos más precisos que contribuyan a su vez a mejorar e informar las estimaciones regionales y globales. La cooperación también puede contribuir a la generación de evidencia de intervenciones prioritarias para la supervivencia materna y neonatal (antenatal, parto y puerperio) y para su posterior difusión e implementación.

Apoyar el desarrollo de nuevas tecnologías, enfoques, políticas e intervenciones que contribuyan a reducir la pobreza o sus efectos

Las actividades de I+D en este componente deberán orientarse a desarrollar y probar nuevos o mejores productos de investigación que contribuyan a mejorar el estado de salud de las mujeres, neonatos y niños en los países en desarrollo. La innovación podría contribuir por ejemplo al desarrollo de tecnologías adaptadas a contextos de bajos recursos (sistemas precarios, personal escaso y poco cualificado) como pueden ser nuevos fármacos, vacunas, nuevas (más sencillas y económicas) herramientas de diagnóstico o tratamientos para infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, nuevos o mejores vacunas contra enfermedades específicas como el VIH o el cáncer cervical.

“Hay que difundir el conocimiento generado para proporcionar evidencia a los decisores públicos”

Introducir y facilitar la adopción e implementación de los resultados de investigación en políticas y programas de salud a escala nacional e internacional

Las nuevas herramientas, tecnologías, enfoques e intervenciones desarrolladas bajo programas de investigación, independientemente de la procedencia de los fondos, tardan en trasladarse a programas de salud pública de gran escala. Deben articularse los mecanismos para acelerar la adaptación o traslación de los resultados de investigación que puedan ser de utilidad para las personas que más los necesitan.

Por tanto, tan importante como asignar unos fondos y establecer un plan de acción en I+D para el desarrollo lo es dotarse de canales de difusión del conocimiento generado para proporcionar evidencia a los decisores públicos en la planificación y su posterior aplicación de las políticas. Particularmente se deben articular canales para comunicar de forma efectiva el conocimiento generado por la I+D en SMIR, de manera que contribuya a influir en la política de la cooperación española y en la de otros donantes nacionales e internacionales. En último término, debe garantizarse la intervención en el terreno empleando los resultados y productos procedentes de la investigación, y ello en colaboración con un amplio espectro de actores del ámbito de la cooperación (OTC, ONG, organizaciones multilaterales, bilaterales, sector privado, fundaciones), así como la promoción en foros internacionales y la adopción por parte de los organismos multilaterales de las buenas prácticas resultantes.

Cuadro 12. Tratamiento Preventivo Intermitente (TPI) de la malaria durante del embarazo

La malaria sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas y niños, en particular en el África Subsahariana. Se estima que cada año ocurren alrededor de 50 millones de embarazos en países endémicos, con el riesgo que supone para las mujeres y sus hijos de experimentar anemia grave, bajo peso al nacer, parto prematuro, infección congénita, aborto espontáneo o muerte neonatal^{53, 54}. Se estima que hasta 200.000 muertes infantiles podrían evitarse cada año con un control efectivo de los efectos de la malaria durante el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en zonas de transmisión estable de malaria en el África subsahariana la adopción de un paquete de intervenciones que incluye el uso de redes mosquiteras impregnadas con insecticida, el tratamiento preventivo intermitente (TPI) durante el embarazo, y el diagnóstico y tratamiento precoz con fármacos efectivos de los casos de malaria en la embarazada⁵⁵. La OMS define el TPI como la administración de al menos dos dosis de un antimalárico a dosis terapéuticas a mujeres embarazadas coincidiendo con las visitas de control antenatal rutinarias, con al menos un mes de diferencia, e independientemente de la presencia de signos

clínicos o infección por malaria⁵⁶. La sulfadoxina-pirimetamina (SP) es el antimalárico utilizado actualmente para el TPI, y ha demostrado ser un tratamiento barato, seguro y eficaz.

Numerosos estudios han demostrado que el TPI es una intervención eficaz en reducir los efectos adversos en la salud materna y del recién nacido de la malaria durante el embarazo. También se dispone de evidencia de que se trata de una intervención altamente coste-efectiva y bien aceptada por las mujeres en diversos contextos del continente africano.

Desde su recomendación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998 el TPI ha sido adoptado por más de 35 países del África Subsahariana como política nacional⁵⁷. El TPI supone un caso de éxito de cómo la innovación ha contribuido a proporcionar una nueva herramienta para abordar un grave problema de salud pública convirtiéndose en una política de salud. Sin embargo, el TPI se enfrenta a una serie de retos como la baja cobertura en los países que han adoptado esta política, el aumento en las resistencias a SP y su posible efecto en la eficacia y la identificación de antimaláricos alternativos al SP que demuestren ser seguros y eficaces como TPI.

53 Menendez C, Ordi J, Ismail MR, Ventura PJ, Aponte JJ, Kahigwa E, Font F, Alonso PL: The impact of placental malaria on gestational age and birth weight. *J Infect Dis* 2000, 181:1740-1745.

54 Steketee RW, Nahlen BL, Parise ME, Menendez C: The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *Am J Trop Med Hyg* 2001, 64:28-35.

55 WHO: A Strategic Framework for Malaria Prevention and Control During Pregnancy in the African Region. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2004.

56 WHO: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice Geneva: World Health Organization; 2003.

57 World Malaria report 2011.

Visibilizar el impacto de la ayuda

De la misma manera, es esencial difundir los logros de la innovación en la sociedad para que comprenda el retorno de la inversión y apoye la financiación pública de la I+D en SMIR.

Informar los criterios de priorización sectorial y geográfica de la AOD en salud

Los resultados proporcionados por la innovación en el ámbito de la SMIR deben contribuir a priorizar, a partir de criterios técnicos, los países y los sectores en los que la cooperación española interviene.

Evaluar el impacto de las intervenciones

La I+D debe servir para determinar la contribución de la AOD en salud española a la mejora de los indicadores de SMIR y especialmente a la consecución de los ODM relacionados con salud materna, infantil y VIH/sida (ODM 4, 5 y 6).

Respalda a la OMS en la elaboración de la “Agenda de I+D en salud de mujeres y niños priorizada y coordinada”

España debe adherirse a este esfuerzo internacional por el que se definirá cómo puede la comunidad académica internacional apoyar a los países de bajos y medios ingresos a disminuir la mortalidad materna e infantil, y en el que ya participan centros académicos españoles.

Cuadro 13. **Un ejemplo de programa de I+D para la cooperación**

El programa Research for Development, Investigación para el Desarrollo, de la cooperación británica se concentra en generar nuevas tecnologías y mejores formas de ayudar a los más pobres, estudios que permitan hacer más con el dinero de la AOD o estudios que ayuden a optimizar la gobernanza y combatir la corrupción. Está basado en el convencimiento

de que “la innovación, las nuevas tecnologías, la ciencia y una sólida base de evidencia son esenciales para mejorar y mantener el desarrollo y los resultados humanitarios para los más vulnerables [y] nos ayudan a mejorar las formas en las que actualmente trabajamos y a tomar decisiones basadas en la coste-efectividad”.

ISGlobal Instituto de Salud Global Barcelona

ISGlobal es una iniciativa de:

