

# Objetivo 5

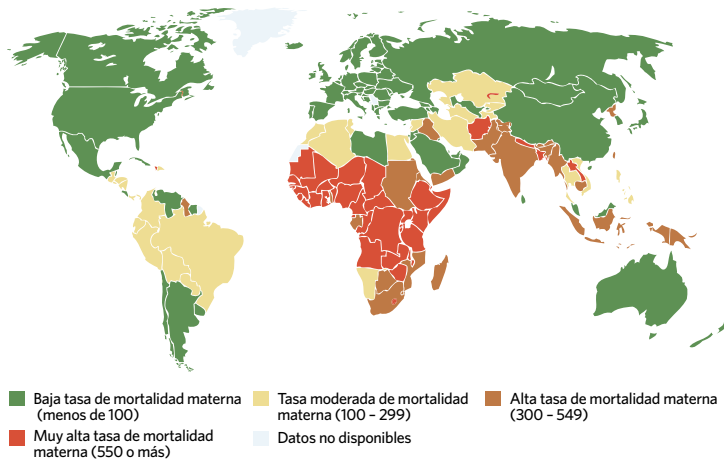
## Mejorar la salud materna

**META**

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

El alto riesgo de muerte durante el embarazo o en el parto no ha disminuido en el África subsahariana y el Asia meridional

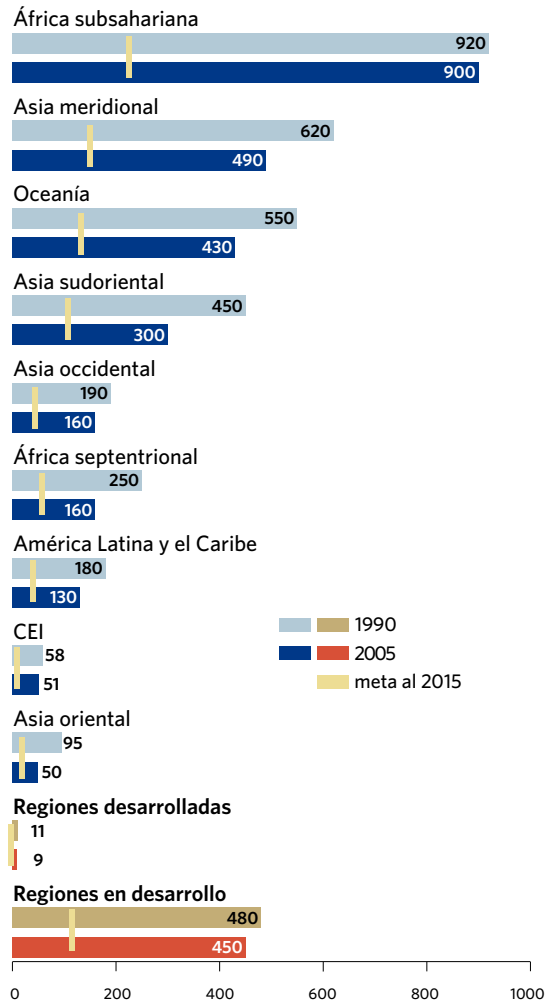
Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 2005



La mortalidad materna continúa inaceptablemente alta en gran parte del mundo en desarrollo. En 2005, murieron más de 500.000 mujeres durante el embarazo, el parto o las seis semanas posteriores. El 99% de estas muertes sucedieron en regiones en desarrollo, 86% de ellas en el África subsahariana y el Asia meridional. En el África subsahariana, el riesgo de que una mujer muera por complicaciones tratables o prevenibles del embarazo o del parto durante toda su vida es de 1 en 22, mientras que en las regiones desarrolladas es de 1 en 7.300.

## Se han logrado pocos avances en salvar vidas maternas

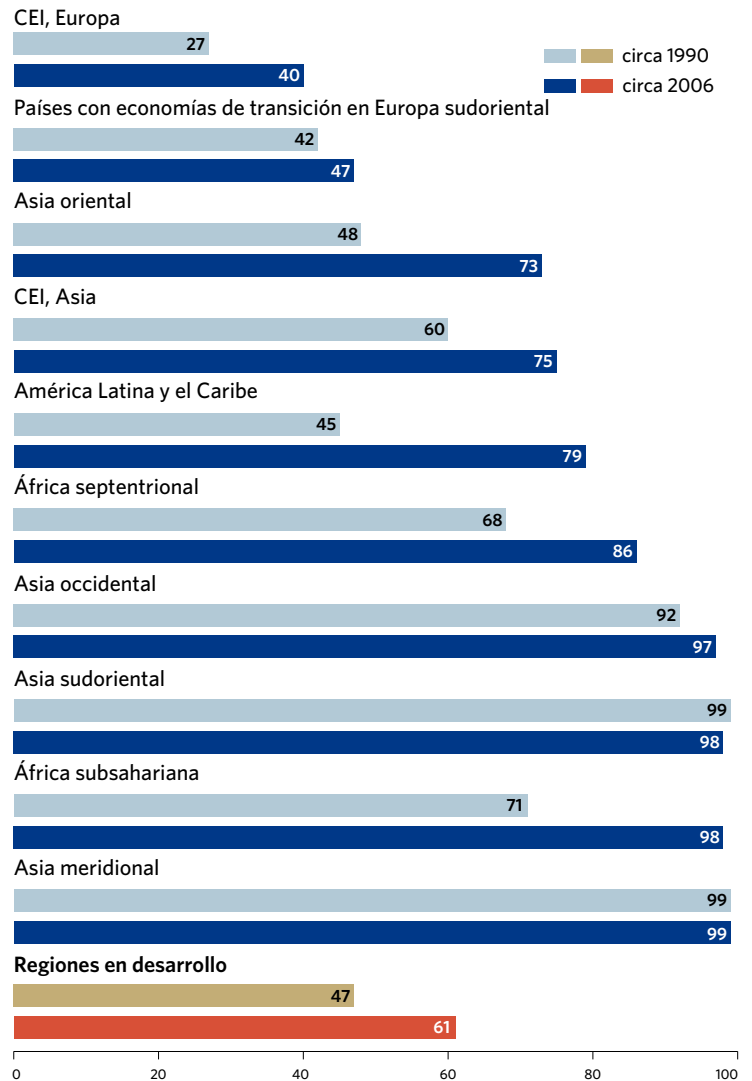
Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, 1990 y 2005



A escala mundial la mortalidad materna disminuyó menos de 1% por año entre 1990 y 2005, muy por debajo de la mejora necesaria de 5,5% anual para alcanzar la meta. En el África septentrional, América Latina y el Caribe, y el Asia sudoriental se lograron reducir los índices de mortalidad materna en un tercio aproximadamente durante este período, pero el progreso en estas regiones fue insuficiente para alcanzar la meta. En el África subsahariana, la región con mayor nivel de mortalidad materna, el progreso fue insignificante. Rápidos avances en todas las dimensiones de la salud reproductiva, que culminen con una mejor atención obstétrica pero que no se limiten a ella son necesarios en todas las regiones para alcanzar este objetivo.

## La presencia de personal sanitario calificado en el parto es clave para mejorar los resultados

Proporción de partos asistidos por personal sanitario especializado, circa 1990 y circa 2006 (Porcentaje)

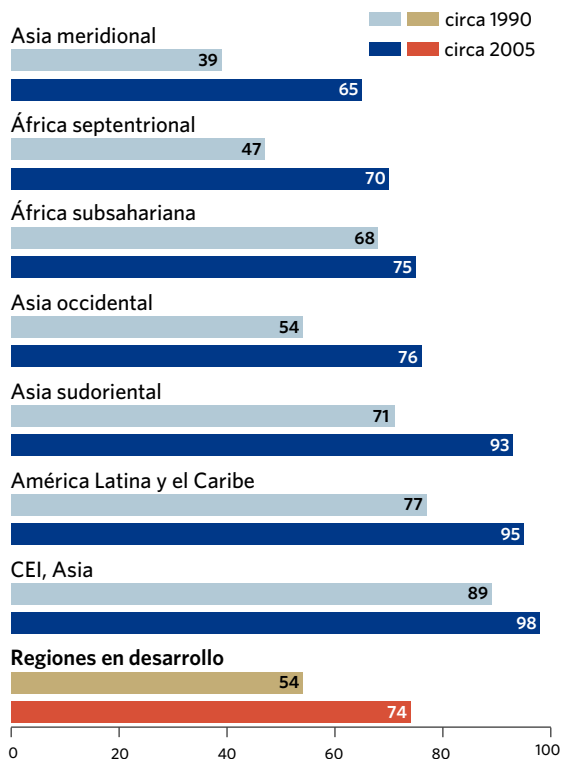


\*Incluye únicamente partos en instituciones de salud.

La presencia de un trabajador de la salud calificado (médico, enfermero o partera) en el parto, constituye un factor decisivo en la reducción de las muertes maternas. En 2006, cerca del 61% de los nacimientos en el mundo en desarrollo fueron asistidos por personal de salud especializado, lo cual representa un aumento con respecto a 1990, año en que menos de la mitad de los partos contaban con esta asistencia. La cobertura sin embargo sigue siendo baja en el Asia meridional (40%) y en el África subsahariana (47%), las dos regiones con mayor mortalidad materna. La asistencia de personal debidamente capacitado, con adecuados equipos y opciones de traslado en caso de complicaciones tendría que ser el procedimiento normal en los partos para que se lograra una reducción significativa de las muertes maternas.

## La atención prenatal está aumentando en todo el mundo

Proporción de mujeres (15 a 49 años) que se atendió por lo menos una vez con personal de salud calificado durante el embarazo, circa 1990 y circa 2005 (Porcentaje)



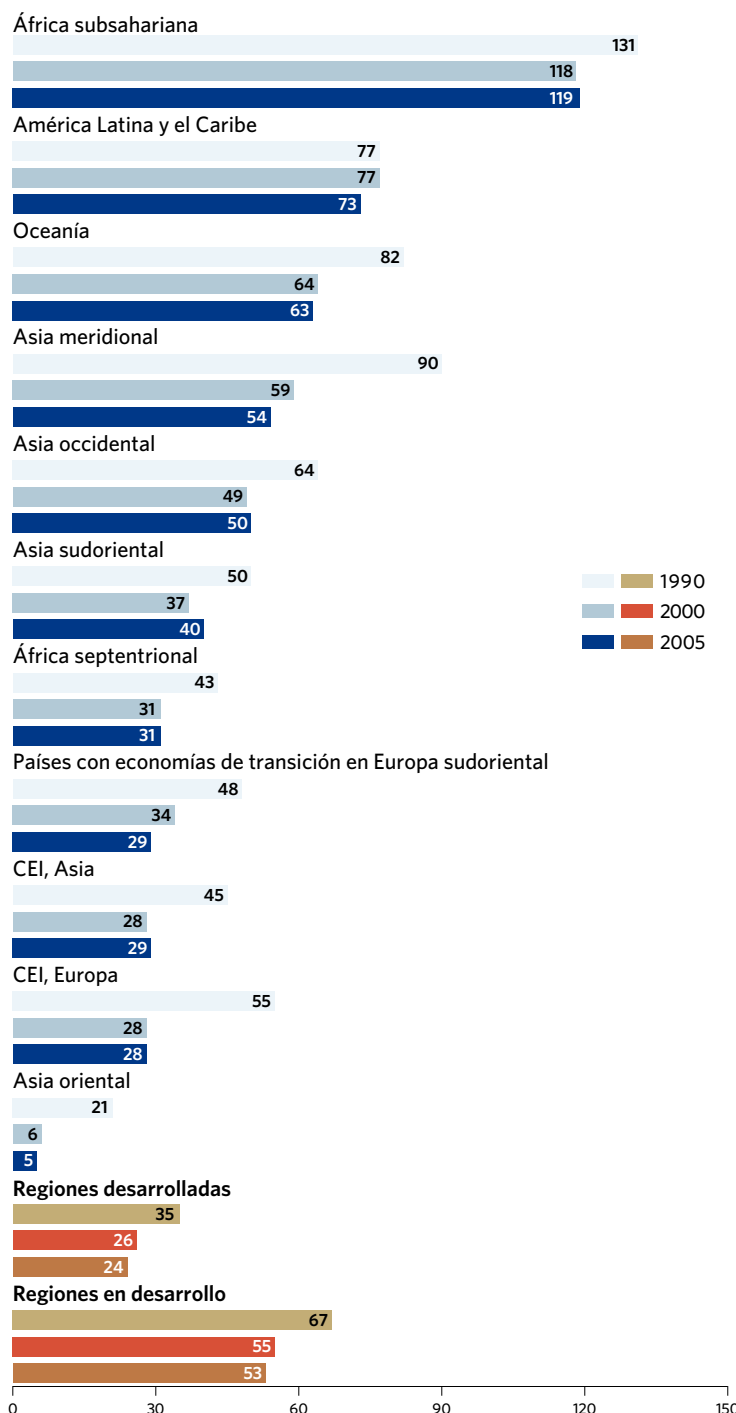
La atención prenatal constituye una red de protección esencial para una maternidad y un parto saludable, en donde el bienestar tanto de la madre como del hijo pueda ser monitoreado. La proporción de mujeres embarazadas del mundo en desarrollo que recibieron asistencia por lo menos una vez antes del parto aumentó de un poco más de la mitad a comienzos de los años noventa, a casi tres cuartos diez años más tarde. Si bien se trata de un avance, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan un mínimo de cuatro consultas de atención prenatal. En el África, solamente el 42% de las mujeres cumplieron con la recomendación de UNICEF y OMS.

### META

Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

## La fecundidad adolescente disminuye lentamente

Partos de mujeres entre 15 y 19 años, 1999, 2000 y 2005 (Cantidad de partos cada mil mujeres)

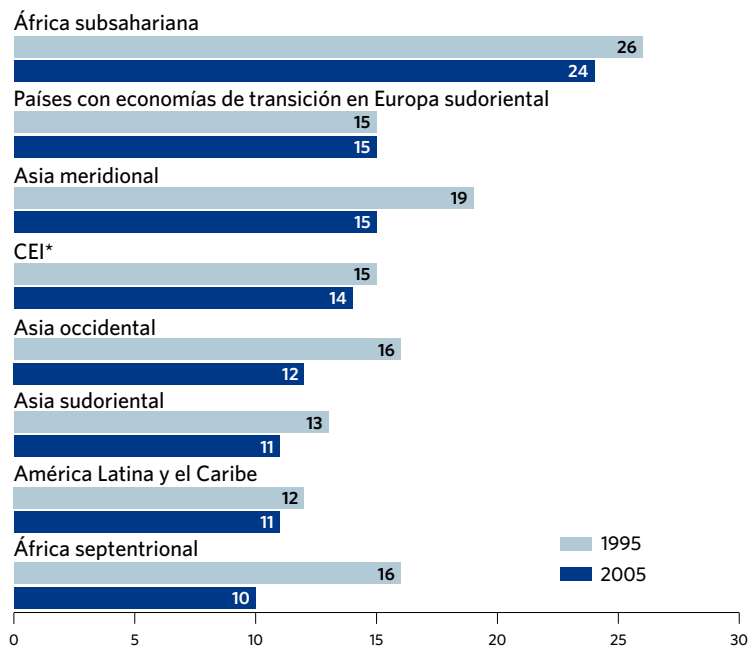


Los embarazos adolescentes contribuyen al ciclo de muertes maternas y mortalidad infantil. La fecundidad muy temprana no sólo aumenta el riesgo de muerte en el parto, sino que pone en peligro el bienestar de las madres y niños que sobreviven. Las madres jóvenes con frecuencia pierden oportunidades educativas y socioeconómicas. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morir durante la lactancia e infancia, y poseen mayor probabilidad de carecer de los beneficios conocidos que se transmiten de las madres educadas a sus hijos. Reducir la fecundidad adolescente contribuye directa e indirectamente a lograr la salud materna y otros objetivos.

En casi todas las regiones en desarrollo, el embarazo adolescente se redujo entre 1990 y 2000, posteriormente en general se estancó o creció marginalmente entre 2000 y 2005. La fecundidad adolescente es especialmente elevada en el África subsahariana, donde la fecundidad sigue siendo alta entre todas las mujeres en edad fértil. La fecundidad total disminuyó sustancialmente en las últimas dos décadas en muchos países de América Latina y el Caribe, y del Asia sudoriental, pero el embarazo adolescente se redujo poco y sigue con más de 60 nacimientos cada 1.000 mujeres en ambas regiones. La mayor disponibilidad de planificación familiar ha sido un factor importante en la reducción de los índices de fecundidad total en estas regiones, pero todavía no se ha logrado la demanda de anticoncepción de las adolescentes casadas en igual medida que en mujeres mayores. Esto ha dificultado la reducción del embarazo adolescente, aumentando la exposición de madres jóvenes al riesgo de mortalidad materna.

## La necesidad insatisfecha de planificación familiar dificulta el logro de otros objetivos

Proporción de mujeres casadas entre 15 y 49 años con necesidades insatisfechas de planificación familiar, 1995 y 2005 (Porcentaje)



\* Los últimos datos disponibles son de años circa 2000.

Nota: No se dispone de datos para el Asia oriental.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar —la diferencia entre los deseos manifestados por las mujeres de no tener hijos o prorrogar la maternidad y el uso real de métodos anticonceptivos— ha disminuido en la mayoría de los países que tienen tendencias perceptibles. Sin embargo, en el África subsahariana, cerca de una de cada cuatro mujeres casadas tiene necesidades insatisfechas de planificación familiar, y el aumento en el uso de anticonceptivos, en promedio, apenas ha avanzado al mismo ritmo que el deseo creciente de postergar o limitar los nacimientos. Esto contribuye a la manutención de una alta tasa de fecundidad en la región y dificulta el logro de otros objetivos relacionados, como la reducción de la mortalidad infantil, el hambre, la desnutrición y el aumento de la matrícula en enseñanza primaria.

En todas las regiones, estas necesidades insatisfechas son mayores en las familias más pobres. Este fenómeno es más pronunciado en América Latina y el Caribe, donde el 27% de las familias más pobres tienen necesidades de planificación familiar insatisfechas en comparación con el 12% de las familias de mayores recursos. En el África subsahariana, las necesidades insatisfechas son elevadas —más del 20%— inclusive entre las familias de más recursos.

Las necesidades insatisfechas de planificación familiar también es especialmente alta entre las jóvenes, muchas de las cuales desean aplazar sus embarazos. La frecuencia entre partos eleva los riesgos de vida y de salud.

Una vez que una mujer ha tenido los hijos que desea, la imposibilidad de usar un método anticonceptivo desemboca en embarazos y partos no deseados. Ello aumenta el riesgo de muerte materna y hace más difícil que las familias puedan costear la educación y la atención sanitaria de todos sus hijos.