



INTERNATIONAL WOMEN'S  
HEALTH COALITION

333 SEVENTH AVENUE  
6TH FLOOR  
NEW YORK, NY 10001

WWW.IWHC.ORG

T +1.212.979.8500  
F +1.212.979.9009

## CINCO SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE HARÁN MÁS SEGURO EL EMBARAZO PARA TODAS LAS MUJERES

### LAS REALIDADES:

- El 99 por ciento de las muertes anuales de mujeres adultas y adolescentes por causas relacionadas con el embarazo se registra en países en desarrollo. La mitad de estas defunciones ocurre en la región del África subsahariana y una tercera parte en Asia meridional.<sup>1</sup>
- Una de cada 22 mujeres en el África subsahariana y una de cada 61 en Asia meridional morirán durante sus años reproductivos debido a complicaciones del embarazo, en comparación con una de cada 7,300 en regiones desarrolladas.<sup>1</sup>
- Los métodos para prevenir muertes asociadas al embarazo son ampliamente conocidos; sin embargo, la tasa global de mortalidad materna se redujo sólo en un 5.4 por ciento entre 1990 y 2005.<sup>1</sup>

Cada año mueren más de medio millón de mujeres y muchas más, en cifras incontables, sufren discapacidades temporales o a largo plazo por causas asociadas al embarazo que son prevenibles.<sup>1</sup> Cualquier defunción por causas relacionadas con el embarazo—including aborto inseguro, trabajo de parto y alumbramiento dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo—se considera muerte materna.<sup>1</sup> Cinco complicaciones son responsables de la mayor parte de muertes maternas en todo el mundo:

- sangrado severo (hemorragia): 25 por ciento de muertes maternas;
- infecciones: 15 por ciento;
- aborto realizado en condiciones inseguras: 13 por ciento;
- eclampsia (convulsiones durante el trabajo de parto debido a alta presión arterial): 12 por ciento; y
- trabajo de parto obstruido (el bebé no puede pasar por el canal de nacimiento): 8 por ciento.<sup>1</sup>

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5)<sup>2\*</sup> de las Naciones Unidas establece metas específicas para reducir la mortalidad materna. Muchas personas que defienden la reducción de la mortalidad materna se centran sólo en los cuidados de la maternidad—atención prenatal, asistencia cualificada durante el parto y servicios obstétricos de emergencia. Obviamente, éstos son servicios cruciales, pero los cuidados de la maternidad constituyen sólo un elemento del

\* La meta del ODM 5 es mejorar la salud materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015 reduciendo en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna e incrementando la proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado. El logro del acceso universal a la salud reproductiva se mide por medio de: (1) tasa de uso de anticonceptivos; (2) tasa de natalidad entre las adolescentes; (3) cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas); y (4) necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. Ver: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>.

paquete integral de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) que se necesita para alcanzar el ODM 5. Los cinco elementos esenciales de un paquete integral de servicios de SSR son: (1) educación integral en sexualidad; (2) acceso a métodos anticonceptivos; (3) aborto seguro; (4) atención de la maternidad; y (5) prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Este paquete de servicios posibilita a las niñas y las mujeres decidir si quieren quedar embarazadas y cuándo hacerlo, decidir si desean llevar a término la gestación y tener un embarazo y un alumbramiento seguros.

## **SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE LAS MUJERES NECESITAN PARA TENER UN EMBARAZO CON BUENA SALUD**

### **(1) EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD**

Según acuerdos de las Naciones Unidas, todas las parejas y personas “tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”.<sup>3,4</sup> Sin embargo, muchas personas aún no saben cómo prevenir eficazmente los embarazos no deseados o dónde obtener servicios y suministros anticonceptivos.<sup>5</sup> Las personas jóvenes, en especial, necesitan información:<sup>6</sup>

- Menos de dos tercios de las mujeres sexualmente activas entre los 15 y 19 años de edad conocen algún método anticonceptivo en Burkina Faso, Guinea, Nigeria, Chad, la República Centroafricana y Mozambique.<sup>7</sup>
- La mitad de estudiantes de educación primaria de 12 años de edad y mayores en Mwanza, Tanzania, dijo que no conocía ningún método anticonceptivo en absoluto, aunque el 68 por ciento de las niñas y el 80 por ciento de los varones ya estaban teniendo relaciones sexuales.<sup>8</sup>
- En Nicaragua, casi el 90 por ciento de mujeres y hombres adolescentes no usó un método anticonceptivo la primera vez que tuvo relaciones sexuales, sobre todo porque la actividad sexual no fue “anticipada” o debido a que estas personas “no sabían que lo necesitaban”.<sup>9</sup>

En 2007, la asociación FESADE (Mujeres, Salud y Desarrollo) en Camerún lanzó un currículo de educación integral en sexualidad, de 21 módulos, que promueve la igualdad de género, así como la salud y los derechos sexuales, para todas las personas. Hoy día, FESADE está colaborando con los ministerios de la Juventud, de Salud y de Educación Secundaria a fin de incorporar el currículo en los programas ministeriales, incluso en escuelas públicas. En más de 10 años, FESADE ha impartido su currículo en francés a más de 10,000 personas a nivel nacional. Pronto tendrá también disponible una versión en inglés.<sup>11</sup>

Los programas de educación integral en sexualidad deberían implementarse en comunidades y escuelas, a partir de la primaria, e incluir información y remisión a los servicios de salud. La educación integral en sexualidad no sólo brinda a jóvenes la información biológica acerca de su salud. También les enseña sobre las relaciones sexuales, la anticoncepción, el embarazo, la comunicación y la toma de decisiones. Les ayuda a aprender cómo establecer la igualdad en las relaciones, respetar el derecho al consentimiento en las relaciones sexuales y el matrimonio, además de poner fin a la violencia y la coerción sexual.<sup>6-8,10</sup>

### **(2) ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

A nivel global, muchas mujeres desean tener menos hijos y las personas jóvenes que son sexualmente activas quieren posponer el embarazo. De los 205 millones de embarazos que se estima ocurren cada año en el mundo, alrededor de 80 millones no son planificados.<sup>12,13</sup>

- Más de 200 millones de mujeres que quieren retrasar o evitar el embarazo carecen de acceso a la información y los métodos anticonceptivos que necesitan para hacerlo.<sup>12</sup>

- El 41 por ciento de mujeres casadas o unidas en Uganda, el 38 por ciento en Haití y el 25 por ciento en Bolivia, Kenia y Pakistán no están utilizando ninguna forma de anticoncepción a pesar de que quieren evitar el embarazo.<sup>14</sup>
- Se estima que en el 66 por ciento de los embarazos no planificados en los países en desarrollo no se utilizó ningún método anticonceptivo.<sup>12,15</sup>

La brecha entre el deseo de contar con métodos anticonceptivos y el acceso a éstos a menudo refleja las desigualdades socioeconómicas y la desigual distribución de los servicios.<sup>16-19</sup> Es evidente que el logro del ODM 5 requiere que todas las mujeres y todos los hombres tengan un acceso fácil a opciones anticonceptivas asequibles y aceptables por medio de servicios que estén rápidamente disponibles y se basen en la confidencialidad y el consentimiento informado. Además, los servicios de aborto seguro y la atención de la maternidad son esenciales a fin de mitigar las consecuencias de que los embarazos no deseados tienen para la salud y el bienestar de las mujeres.

La anticoncepción de emergencia (AE) puede tomarse hasta cinco días después de una relación desprotegida para prevenir el embarazo no deseado. Aunque su uso es apoyado ampliamente y públicamente en el Perú, las fuerzas conservadoras han intentado en repetidas ocasiones limitar el acceso de las mujeres peruanas a la AE. En respuesta a ello, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) ha argumentado exitosamente un caso ante el Tribunal Constitucional del Perú. En 2006, el Tribunal dictaminó que el uso de la AE es constitucional; que la AE no es abortiva y el gobierno peruano debía proporcionarla, incluso a sobrevivientes de violación. PROMSEX también se pronunció valientemente contra las políticas de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), promovidas por el gobierno de Bush, que prohibían el uso de fondos estadounidenses con el fin de informar sobre la AE a las mujeres peruanas. En 2006, PROMSEX publicó *Las migajas bajo el mantel: la política fundamentalista de USAID y el caso de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú*, que aboga por el derecho de las mujeres a la AE como parte de los servicios integrales de SSR.<sup>20</sup>

### (3) SERVICIOS DE ABORTO SEGUROS Y ASEQUIBLES

Se estima que cada año mueren 67,000 mujeres a causa de complicaciones del aborto inseguro. A nivel mundial, la mitad de todos los embarazos no planificados termina en aborto inducido y la mitad de todos los abortos es realizada en condiciones inseguras, el 97 por ciento de éstos en los países en desarrollo.<sup>21</sup> Todas las mujeres y niñas que deciden interrumpir un embarazo por razones de salud, económicas o personales tienen el derecho a servicios de aborto seguros, asequibles, legales y de calidad.<sup>22,23</sup> Los procedimientos de aborto temprano inducido, tales como la aspiración manual o eléctrica al vacío, son seguros cuando los realiza una persona profesional cualificada en condiciones higiénicas. Métodos farmacéuticos, entre ellos los regímenes combinados de mifepristona-misoprostol y de sólo misoprostol, son maneras seguras y eficaces para que las mujeres pongan fin al embarazo en su propio hogar o bajo los cuidados de un proveedor capacitado.<sup>15, 23-25</sup>

La organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) es una incansable defensora del acceso a servicios de aborto seguros y legales. En 2008, la incidencia política de MYSU ayudó a persuadir a la Cámara de Senadores y la Cámara de Representantes de Uruguay para que aprobaran la trascendental Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 18.426), que habría legalizado el aborto en el primer trimestre de gestación, obligado a las instituciones de salud públicas y privadas a brindar servicios de aborto y creado políticas encaminadas a proporcionar acceso universal a métodos anticonceptivos. También habría ordenado que el gobierno desarrollara otras políticas y programas nacionales de salud reproductiva. Aunque firmó la legislación, el presidente Tabaré Vázquez vetó el artículo que despenalizaba el aborto. Sin embargo, la campaña que promovió esta ley generó un amplio apoyo e involucró al público en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho de las mujeres a servicios de aborto seguro, preparando así el camino para la posible aprobación de legislación bajo un nuevo presidente a finales de 2009.<sup>29</sup>

Actualmente, el 61 por ciento de las mujeres vive en países donde el aborto inducido se permite por una amplia gama de razones, incluyendo salud física y mental y motivos socioeconómicos, o sin restricciones

en cuanto a la razón. En contraste, el 26 por ciento de las mujeres vive en naciones donde el aborto es permitido sólo para salvar la vida de la mujer o totalmente prohibido.<sup>26</sup> El aborto también se permite en muchos países por razones tales como malformación fetal, violación o incesto.<sup>24,26,27</sup> Sin embargo, aun en lugares donde el aborto es legal, el acceso de las mujeres a servicios seguros es limitado en la mayoría de los países a través de:

- excesivas barreras regulatorias y administrativas en las instituciones de salud públicas y privadas;
- escasez de proveedores de aborto cualificados;
- negativa de algunos proveedores de cuidados de salud a capacitarse en servicios de aborto o a proporcionarlos; y
- falta de información, dinero o transporte en niñas y mujeres.<sup>23,24,28</sup>

#### (4) ATENCIÓN DE LA MATERNIDAD

Los cuidados de la maternidad—atención prenatal, asistencia cualificada durante el parto y servicios obstétricos de emergencia—son esenciales para que las mujeres puedan tener embarazos y partos seguros.

**La atención prenatal** realiza pruebas clínicas a las mujeres para detectar condiciones de salud que complican el embarazo, tales como desnutrición, anemia, diabetes, alta presión arterial o infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y les brinda cuidado adicional o las remite a servicios que se lo proporcionen, según sea necesario.<sup>30,31</sup> Las consultas prenatales también ofrecen la oportunidad de enseñarles a las mujeres y sus familias sobre las señales de peligro durante el embarazo que requieren atención médica inmediata, hacer arreglos para que las mujeres cuenten con asistencia cualificada en el parto y elaborar un plan de emergencia en caso de que se presenten complicaciones durante el embarazo o el alumbramiento. La proporción de mujeres que tienen por lo menos una consulta prenatal ha aumentado sustancialmente desde 1990 en todas las regiones en desarrollo, excepto el África subsahariana. Aun así, en algunos países sólo una de cada tres mujeres recibe alguna atención prenatal.

**La asistencia cualificada durante el parto** es proporcionada por personas profesionales acreditadas tales como parteras, enfermeras/os o médicas/os que han recibido capacitación para manejar embarazos y partos normales, que no presentan complicaciones, así como el periodo postparto inmediato. También cuentan con capacitación para reconocer complicaciones y remitir a las mujeres a centros médicos a fin de que reciban atención obstétrica de emergencia cuando sea necesaria.<sup>32</sup> Las personas cualificadas para asistir partos salvan las vidas de mujeres y recién nacidos.<sup>33,34</sup> Sin embargo, la proporción de mujeres que reciben asistencia especializada durante el parto y el tipo de asistencia que se les brinda varían sustancialmente entre los países y dentro de éstos.<sup>18,19,35,36</sup> Aunque en cada región, a excepción del África subsahariana, desde principios de la década de 1990 son cada vez más las mujeres cuyos partos son atendidos por personas cualificadas, hoy día sólo dos de cada tres niñas y mujeres en el mundo en desarrollo dan a luz con este tipo de asistencia. Numerosos países están aún muy lejos de la meta del ODM 5 de asegurar, para el año 2010, que el 85 por ciento de todos partos sea asistido por personal sanitario especializado.<sup>18,31,32,37,38</sup>

En un distrito rural del estado de Maharashtra en India, una organización local, SANGRAM, ayudó a que las mujeres se movilizaran para exigir y asegurar atención cualificada del parto; asesoramiento, pruebas y remisión a tratamiento y atención en materia de VIH; así como disponibilidad de anticonceptivos en los centros de atención primaria de la salud en todo el distrito. SANGRAM ayudó a los centros de salud a movilizar a hombres de la comunidad que tienen vehículos a fin de que brinden transporte confiable y asequible hacia el hospital del distrito, las 24 horas del día, a mujeres con complicaciones durante el parto.<sup>40</sup>

**Los servicios obstétricos de emergencia fácilmente accesibles** son esenciales para manejar complicaciones que amenazan la vida, las cuales suelen ocurrir de manera repentina e impredecible durante el trabajo de parto, el alumbramiento y el periodo postparto inmediato.<sup>30,37,39</sup> La eclampsia, el trabajo de parto obstruido, las laceraciones vaginales o cervicales incluyendo la fístula

obstétrica, así como la hemorragia o infección tras el parto pueden provocar la muerte rápidamente si no es accesible ni asequible una atención urgente de alto nivel que incluya suministro de oxígeno, transfusión sanguínea y antibióticos, además de la capacidad quirúrgica para realizar cesáreas y reparaciones vaginales o uterinas. Sin embargo, la provisión de atención obstétrica de emergencia universalmente accesible continúa siendo un gran reto para los sistemas de salud en los países en desarrollo, sobre todo en aquéllos donde los recursos son limitados, las poblaciones están muy dispersas o los entornos son inhóspitos.

#### **(5) PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS), INCLUIDO EL VIH**

Si no reciben tratamiento, las ITS y las infecciones del tracto reproductivo pueden plantear graves riesgos para las mujeres, los resultados del embarazo e infantes:

- Según un reciente estudio, las mujeres con VIH en Sudáfrica tienen entre 1.5 y cinco más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo que otras que no están infectadas.<sup>41</sup>
- Las mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) producto de ITS no tratadas pueden sufrir un dolor crónico que las discapacita o cicatrices en las trompas de Falopio, lo cual podría ocasionarles infertilidad permanente. También corren un mayor riesgo de tener embarazos ectópicos que pueden ser fatales si no reciben atención de emergencia.
- Hasta el 40 por ciento de mujeres con EIP gonocócica o clamidia puede tener un aborto espontáneo o un bebé muerto al nacer. También es entre tres y cinco veces más probable que ellas tengan un parto prematuro o que sus bebés nazcan con bajo peso.<sup>42,43</sup>

El condón femenino es el único método de prevención del VIH iniciado por mujeres que también protege contra otras ITS y el embarazo no deseado. Desde 2004, la Sociedad para Mujeres y el Sida en África (SWAAC), capítulo Camerún, ha desarrollado una demanda fuerte y cada vez mayor del condón femenino por medio de distribución y de educación pública para mujeres y hombres acerca del uso y los beneficios de este método. Las actividades de SWAAC incluyen demostraciones de modelos de tamaño real del condón en grandes mercados urbanos, así como distribución por parte de hombres sanadores tradicionales que caminan durante días a través de los bosques para llegar a aldeas rurales.<sup>46</sup>

Aunque el diagnóstico y tratamiento de ITS, incluido el VIH, durante el embarazo es un elemento esencial de la atención materna, su prevención es aun más importante. Esto puede ser difícil especialmente para mujeres casadas. En el África subsahariana, entre el 60 y 80 por ciento de mujeres con VIH dicen haber tenido relaciones sexuales sólo con sus esposos,<sup>44</sup> y en Asia hasta el 90 por ciento de mujeres con ITS, incluido el VIH, adquirió la infección de su pareja íntima o esposo.<sup>45</sup> La promoción de las relaciones sexuales más seguras, incluyendo el uso correcto de condones femeninos y masculinos en cada coito con todas las parejas sexuales, inclusive entre parejas casadas o unidas por largo plazo, es esencial para proteger a las niñas y las mujeres y hacer más seguro el embarazo. Siempre que sea posible, las ITS, incluido el VIH, deberían ser diagnosticadas y tratadas previo a la concepción.

#### **SEIS INVERSIONES QUE ASEGURARÁN EMBARAZOS MENOS RIESGOSOS**

Salvar las vidas de las mujeres requiere de un sistema de salud funcional que brinde el paquete de servicios de salud sexual y reproductiva arriba descrito. Las intervenciones de una sola vez y focalizadas son necesarias, pero no suficientes, para reducir las muertes y lesiones relacionadas con el embarazo y el parto. Los recientes compromisos contraídos por donantes y países en cuanto a fortalecer los sistemas de salud ofrecen grandes oportunidades para proporcionar atención integral de salud sexual y reproductiva en formas que aborden las desigualdades debidas al aislamiento geográfico, la pobreza, edad, raza o etnia, la falta de educación y las creencias y prácticas culturales discriminatorias.<sup>18,19,35,36</sup> La inversión del

sistema de salud en los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a mujeres brinda una sólida base para los servicios de salud de todas las personas. Las siguientes seis inversiones son necesarias a fin de hacer el embarazo más seguro para todas las mujeres y las niñas, proteger sus derechos y salvar sus vidas.

**1. INVERTIR EN ORGANIZACIONES DEDICADAS A LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, LA JUVENTUD Y LOS DERECHOS HUMANOS** para que aboguen por servicios integrales de salud sexual y reproductiva y exijan cuentas a gobiernos y donantes por la provisión de los mismos. La base para la incidencia y la rendición de cuentas es la resolución de 2009 de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas.<sup>47</sup> La resolución reafirma y fortalece el Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994,<sup>3,48</sup> que es el mapa para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluido el ODM 5.

**2. GENERAR EN LAS COMUNIDADES APOYO Y DEMANDA DE EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD Y SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA.** Los programas comunitarios de educación sobre la salud, incluida la educación integral en sexualidad, pueden generar apoyo y demanda, por las comunidades, de cuidados de salud reproductiva de calidad, aceptables y asequibles. Estos programas pueden ayudar a las mujeres y parejas a prevenir embarazos no planificados, poner fin de manera segura a embarazos no deseados, reconocer cuándo las complicaciones de la gestación amenazan la vida, además de utilizar personas cualificadas durante el parto y servicios obstétricos de emergencia.<sup>49-55</sup>

**3. DAR LA MÁS ALTA PRIORIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.** Las mujeres, así como niñas y niños de corta edad, constituyen la mayoría de personas que más necesitan cuidados donde los sistemas de salud son débiles, por lo cual los servicios para estas poblaciones deberían ser prioritarios. Todos los centros de atención primaria de la salud y de planificación familiar deberían contar con personal y equipo para ofrecer un paquete integral de servicios de salud sexual y reproductiva que satisfaga las crecientes necesidades del público usuario.<sup>56</sup> Estos servicios deben ser accesibles, asequibles y subsidiados o gratuitos para mujeres y familias pobres, incluyendo a adolescentes. Deberían alentar el asesoramiento conjunto de las parejas acerca de sus mutuos derechos y responsabilidades.<sup>57</sup>

**4. ASEGURAR QUE OTRAS INICIATIVAS ESPECIALES EN MATERIA DE SALUD DEN ATENCIÓN PRIORITARIA A LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.** Entre estas iniciativas especiales se encuentran la Asociación Internacional para la Salud+, el Grupo de Trabajo sobre el Personal Sanitario y el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Financiamiento Internacional Innovador para los Sistemas de Salud. Por ejemplo, al evaluar las críticas insuficiencias de personal sanitario (especialmente en el África subsahariana),<sup>52,58</sup> se deberían hacer inversiones específicas en el personal que se necesita para brindar cuidados de salud sexual y reproductiva. Esto incluye a profesionales de nivel medio que puedan proporcionar asesoramiento y servicios en materia de métodos anticonceptivos, aborto seguro y atención cualificada del parto, así como diagnóstico y tratamiento de ITS, incluido el VIH. El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Financiamiento Internacional Innovador para los Sistemas de Salud debería calcular específicamente los fondos requeridos para la provisión de servicios de salud reproductiva y formular recomendaciones focalizadas.

**5. BRINDAR ACCESO FÁCIL Y UNIVERSAL A INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD REPRODUCTIVA.** Los medios de comunicación populares e Internet, así como organizaciones, programas y eventos comunitarios, deberían proporcionar información acerca de la sexualidad y de cómo prevenir embarazos no deseados e ITS, incluido el VIH; cómo utilizar y dónde obtener condones femeninos y masculinos y otros métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia; y cómo encontrar farmacias y servicios de cuidados de salud.

**6. REFORMAR LEYES Y POLÍTICAS RESTRICTIVAS.** Las políticas, leyes y prácticas que restringen el acceso a información sobre la sexualidad, a métodos anticonceptivos seguros y asequibles, incluida la anticoncepción de emergencia, y a servicios de aborto seguro deberían liberalizarse o ser rescindidas a fin de que las niñas y las mujeres puedan acceder a la información y los cuidados que necesitan para tomar decisiones voluntarias e informadas.

La inversión financiera sostenida en estas seis acciones debe ser una prioridad de las iniciativas internacionales, nacionales y locales encaminadas a fortalecer los sistemas de salud. Sólo entonces protegeremos las vidas y la salud de las mujeres—y podremos asegurar la salud y el bienestar de sus familias y comunidades.<sup>59</sup>

### Reconocimientos

Agradecemos a las revisoras Jane Cottingham (consultora independiente), Dra. Mahmoud F. Fathalla (Universidad de Assuit) y Dra. Laura Laski (UNFPA).

Traducción del inglés: Laura E. Asturias



COALICIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD DE LAS MUJERES  
333 SEVENTH AVENUE, 6TH FLOOR, NUEVA YORK, NY 10001, ESTADOS UNIDOS  
WWW.IWHC.ORG · T +1.212.979.8500 · F +212.979.9009

## Muertes maternas y tasas de fertilidad 2005 – Países seleccionados

	NÚMERO DE MUERTES	RIESGO DURANTE TODA LA VIDA*	Razón de mortalidad materna**			FERTILIDAD TOTAL***
			MEJOR ESTIMACIÓN	MÁS BAJA	MÁS ALTA	
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>						
Níger	14,000	1 en 7	1,800	840	2,900	8.0
Nigeria	59,000	18	1,100	440	2,000	5.9
Ghana	3,800	45	560	200	1,300	4.4
Sudáfrica	4.300	110	400	270	530	2.8
<b>NORTE DE ÁFRICA Y ASIA OCCIDENTAL</b>						
Yemen	3,600	1 en 39	430	150	900	6.2
Egipto	2,400	230	130	84	170	3.2
Jordania	92	450	62	41	82	3.7
Turquía	650	880	44	29	58	2.4
<b>SUR Y SURESTE DE ASIA</b>						
Afganistán	26,000	1 en 8	1,800	730	3,200	6.8
India	117,000	70	450	300	600	3.0
Tailandia	1,100	500	110	70	110	1.7
Sri Lanka	190	850	58	39	77	2.0
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>						
Haití	1,700	1 en 44	670	390	960	4.7
Guatemala	1,300	71	290	100	650	4.4
México	1,300	670	60	60	120	2.6
Chile	40	3,200	16	16	32	2.0

\* Probabilidad de que una niña de 15 años muera durante sus años reproductivos por una causa relacionada con el embarazo, con base en las actuales razones de mortalidad materna aplicadas a las tasas totales de fertilidad.

\*\* Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100,000 nacidos vivos en el mismo periodo. El cuadro incluye estimaciones más bajas y más altas que demarcan el rango de incertidumbre de las estimaciones de la razón de mortalidad materna en cada país.

\*\*\* Cantidad promedio de hijas e hijos por cada mujer, con base en las tasas actuales de fertilidad específicas por edad.

**Fuentes:** Las estimaciones de mortalidad para 2005 provienen de Organización Mundial de la Salud (referencia No. 1); los datos sobre fertilidad provienen de Population Reference Bureau, **Cuadro de datos de la población mundial 2005**, correspondientes a la fecha de las estimaciones de mortalidad ([http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet\\_Eng.pdf](http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet_Eng.pdf), en inglés).



## Uso de anticonceptivos, estado de la planificación de nacimientos recientes y tasa total de fertilidad – Países seleccionados

		% de uso de anticonceptivos		% de planificación de nacimientos			TASA TOTAL DE FERTILIDAD
		NECESIDAD INSATISFECHA*	USUARIAS ACTUALES**	QUERÍA MÁS ADELANTE	NO QUERÍA MÁS	TOTAL – NO PLANIFICADOS	
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>							
<b>Uganda</b>	<b>2006</b>	<b>41</b>	<b>24/18</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>6.7</b>
<b>Ghana</b>	<b>2003</b>	<b>34</b>	<b>25/19</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>4.4</b>
<b>Etiopía</b>	<b>2006</b>	<b>34</b>	<b>15/14</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>5.4</b>
<b>Kenia</b>	<b>2003</b>	<b>25</b>	<b>39/32</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>4.9</b>
<b>NORTE DE ÁFRICA Y ASIA OCCIDENTAL</b>							
<b>Armenia</b>	<b>2005</b>	<b>13</b>	<b>53/20</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>1.7</b>
<b>Jordania</b>	<b>2007</b>	<b>12</b>	<b>57/42</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>3.6</b>
<b>Egipto</b>	<b>2005</b>	<b>10</b>	<b>59/56</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>3.1</b>
<b>Marruecos</b>	<b>2004</b>	<b>10</b>	<b>63/55</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>2.5</b>
<b>SUR Y SURESTE DE ASIA</b>							
<b>Pakistán</b>	<b>2007</b>	<b>25</b>	<b>29/22</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>4.1</b>
<b>Filipinas</b>	<b>2003</b>	<b>17</b>	<b>49/33</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>3.5</b>
<b>India</b>	<b>2006</b>	<b>13</b>	<b>56/48</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>2.7</b>
<b>Indonesia</b>	<b>2003</b>	<b>9</b>	<b>60/57</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>17</b>	<b>2.6</b>
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>							
<b>Haití</b>	<b>2005</b>	<b>38</b>	<b>32/25</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>46</b>	<b>3.9</b>
<b>Bolivia</b>	<b>2003</b>	<b>23</b>	<b>58/35</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>3.8</b>
<b>Honduras</b>	<b>2005</b>	<b>17</b>	<b>65/56</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>6.5</b>
<b>Colombia</b>	<b>2005</b>	<b>6</b>	<b>78/68</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>2.4</b>

\* Porcentaje de mujeres casadas o unidas que dicen no querer un embarazo inmediatamente, que se encuentran en riesgo de quedar embarazadas y que no están usando ningún método anticonceptivo.

\*\* Porcentaje de mujeres que actualmente están utilizando algún método anticonceptivo / método moderno.

**Fuente:** Macro International Inc., Encuestas Demográficas y de Salud (MEASURE DHS) STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 18 de marzo de 2009. Para datos recientes sobre fertilidad y anticoncepción de todos los países, ver **Cuadro de datos de la población mundial 2008** (en español) en <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2008/2008WPDSspa.aspx> y **Cuadro de datos de la población mundial 2009** (en inglés) en [http://www.prb.org/pdf09/09wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf) (Washington, DC: Population Reference Bureau).

## Porcentajes de mujeres que dieron a luz en los últimos cinco años según tipo de asistencia – Países seleccionados

		MÉDICO/A	OTRO/A PROFESIONAL DE SALUD	PERSONAL CUALIFICADO (A+B)	COMADRONA TRADICIONAL	PARIENTE U OTRO/A	NADIE
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>							
<b>Etiopía</b>	<b>2005</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>[6]</b>	<b>28</b>	<b>60</b>	<b>5</b>
<b>Níger</b>	<b>2006</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>[18]</b>	<b>64</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
<b>Nigeria</b>	<b>2003</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>[37]</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>17</b>
<b>Sudáfrica</b>	<b>1998</b>	<b>29</b>	<b>56</b>	<b>[85]</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>NORTE DE ÁFRICA Y ASIA OCCIDENTAL</b>							
<b>Yemen</b>	<b>1997</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>[23]</b>	<b>21</b>	<b>52</b>	<b>4</b>
<b>Marruecos</b>	<b>2004</b>	<b>16</b>	<b>47</b>	<b>[63]</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>1</b>
<b>Egipto</b>	<b>2005</b>	<b>69</b>	<b>6</b>	<b>[75]</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Armenia</b>	<b>2005</b>	<b>93</b>	<b>5</b>	<b>[98]</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>SUR Y SURESTE DE ASIA</b>							
<b>Bangladés</b>	<b>2004</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>[14]</b>	<b>14</b>	<b>72</b>	<b>1</b>
<b>Nepal</b>	<b>2006</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>[23]</b>	<b>19</b>	<b>52</b>	<b>7</b>
<b>Indonesia</b>	<b>2003</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>[67]</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Vietnam</b>	<b>2002</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>[85]</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>							
<b>Haití</b>	<b>2005</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>[26]</b>	<b>66</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>Guatemala</b>	<b>1999</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>[42]</b>	<b>49</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>Bolivia</b>	<b>2003</b>	<b>56</b>	<b>5</b>	<b>[61]</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>2</b>
<b>Rep. Dominicana</b>	<b>2002</b>	<b>29</b>	<b>66</b>	<b>[95]</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Macro International Inc., Encuestas Demográficas y de Salud (MEASURE DHS) STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, 18 de marzo de 2009.

## Referencias

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. 2008. *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial*. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9789241596213/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9789241596213/en/index.html).
- <sup>2</sup> Naciones Unidas. 2008. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2008*. Nueva York, NY: Naciones Unidas; disponible en [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2008\\_SPANISH.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf).
- <sup>3</sup> Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1995. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13/Rev.1, Capítulo II, Principio 8. Nueva York, NY: Naciones Unidas; disponible en [http://www.unfpa.org/icpd/docs/finalreport\\_icpd\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/finalreport_icpd_spa.pdf).
- <sup>4</sup> Naciones Unidas. 1995. *Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995, A/CONF.177/20. Nueva York, NY: Naciones Unidas; disponible en [www.eclac.cl/mujer/publicaciones/sinsigla/xml/3/6193/Plataforma.pdf](http://www.eclac.cl/mujer/publicaciones/sinsigla/xml/3/6193/Plataforma.pdf).
- <sup>5</sup> Brown, A., Jejeebhoy, S. J., Shah, I. y Yount K. M. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies [Relaciones sexuales entre jóvenes en los países en desarrollo: Evidencias de estudios de casos de la OMS]*. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/RHR\\_01.8/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/RHR_01.8/en/index.html).
- <sup>6</sup> Lloyd, C. B. (ed.). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries [Creciendo a nivel global: Las cambiantes transiciones a la vida adulta en los países en desarrollo]*. Washington, DC: National Academies Press, págs. 203-218; disponible en [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=11174](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11174).
- <sup>7</sup> Singh, S., Bankole, A. y Woog, V. 2005. "Evaluating the need for sex education in developing countries: sexual behaviour, knowledge of preventing sexually transmitted infections/HIV and unplanned pregnancy" ["Evaluando la necesidad de educación sexual en los países en desarrollo: Conducta sexual, conocimientos sobre cómo prevenir infecciones de transmisión sexual/VIH y el embarazo no planificado"]. *Sex Education* 5(4):307-331; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/2005/11/14/SEv5n4Singh.pdf>.
- <sup>8</sup> Matasha, E., Netembelela, T., Mayaud, P., et ál. 1998. "Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention" ["Salud sexual y reproductiva en estudiantes de educación primaria y secundaria en Mwanza, Tanzania: Necesidad de intervención"]. *AIDS Care* 10(5):577; a la venta en <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all?content=10.1080/09540129848433>.
- <sup>9</sup> Blanc, A. K. y Way A. A. 1998. "Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries" ["Conducta sexual y conocimientos y uso de anticonceptivos entre adolescentes en países en desarrollo"]. *Studies in Family Planning* 29(2):106-116; resumen disponible en <http://www.popcouncil.org/publications/sfp/sfpabs/sfpabs292.html>.
- <sup>10</sup> Rogow, D. y Haberland, N. 2005. "Educación sobre sexualidad y relaciones: Hacia una perspectiva de estudios sociales". *Sex Education* 5(4):333-344; disponible en [http://www.popcouncil.org/pdfs/SE\\_5\\_4\\_esp.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/SE_5_4_esp.pdf).
- <sup>11</sup> Oum T. N. H., Bissek, D. N., Mounlom, D., Tsemo, V. G. y Akongo, U.A. 2006. *Programme d'Éducation a la Sexualité des Adolescents [Programa de educación en sexualidad para adolescentes]* Yaundé, Camerún: FESADE (Femmes-Santé-Développement / Mujeres, Salud y Desarrollo) y Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC); ver información (en inglés) sobre el lanzamiento del Programa en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2331&Itemid=5097](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2331&Itemid=5097).
- <sup>12</sup> Singh, S., Darroch, J. E., Vlassoff, M. y Nadeau, J. 2003. *Salud sexual y reproductiva: Una inversión que vale la pena*. Nueva York, NY: Instituto Guttmacher; disponible en español, francés e inglés en <http://www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html>.

- <sup>13</sup> Instituto Guttmacher. 2008. *Facts on Induced Abortion Worldwide factsheet [Datos sobre el aborto inducido a nivel mundial – Hoja informativa]*. Nueva York, NY: Instituto Guttmacher; disponible en [http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_IAW.html](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html). Ver también: Instituto Guttmacher. 2009. *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe* (hoja informativa que acompaña al informe de Singh, S. et ál., 2009, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress [El aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual]*), Nueva York, NY: Instituto Guttmacher, disponible en [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-ES.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf); y Boland, R. y Katzive, L. (2009). *Acontecimientos en las leyes sobre aborto inducido: 1998-2007*. Nueva York, NY: Instituto Guttmacher, disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3503009S.pdf>.
- <sup>14</sup> Macro International Inc., Encuestas Demográficas y de Salud (MEASURE DHS), STATcompiler; disponible en <http://www.measuredhs.com>.
- <sup>15</sup> Hatcher, R.A. 2004. *Contraceptive Technology [Tecnología anticonceptiva]*, 18ª edición revisada. Nueva York, NY: Ardent Media. pág. 226.
- <sup>16</sup> Ross, J. A. y Winfrey, W. L. 2002. “Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union: an updated estimate” [“Necesidad insatisfecha de anticonceptivos en el mundo en desarrollo y la antigua Unión Soviética: Una estimación actualizada”], *International Family Planning Perspectives* 28(3):138; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html>.
- <sup>17</sup> Dixon-Mueller, R. y Germain, A. 2006. “Fertility regulation and reproductive health in the Millennium Development Goals: the search for a perfect indicator” [“Regulación de la fertilidad y salud reproductiva en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: La búsqueda de un indicador perfecto”]. *American Journal of Public Health* 97(1):45-51; disponible en <http://www.ajph.org/cgi/content/full/97/1/45>.
- <sup>18</sup> Gwatkin, D. et ál. 2004. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population—45 Countries [Diferencias socioeconómicas en salud, nutrición y población—45 países]*. Washington, DC: El Banco Mundial, PovertyNet Library; disponible en <http://go.worldbank.org/TNEUO1LE70>.
- <sup>19</sup> Proyecto Policy, Iniciativa de USAID sobre Políticas de Salud. 2007. *Inequalities in the Use of Family Planning and Reproductive Health Services: Implications for Policies and Programs [Desigualdades en el uso de servicios de planificación familiar y salud reproductiva: Implicancias para políticas y programas]*. Washington DC: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; disponible en <http://www.healthpolicyinitiative.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=113>.
- <sup>20</sup> Sitio de PROMSEX (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos), disponible en <http://www.promsex.org/>. O ver el perfil de PROMSEX (en inglés) en el sitio de la IWHC en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2291&Itemid=104](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2291&Itemid=104). Ver también: Chávez, S. y Coe, A-B. 2006. *Las migajas bajo el mantel: La política fundamentalista de USAID y el caso de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú*. Lima: PROMSEX, disponible en [http://promsex.org/index.php?option=com\\_rokdownloads&view=file&Itemid=77&id=86%3A-las-migajas-bajo-el-mantel-la-politica-fundamentalista-de-usaid-y-el-caso-de-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-aoe-en-el-peru](http://promsex.org/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=77&id=86%3A-las-migajas-bajo-el-mantel-la-politica-fundamentalista-de-usaid-y-el-caso-de-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-aoe-en-el-peru); Abad Yupanqui, S. B. 2008. *Validez constitucional del aborto terapéutico en el ordenamiento jurídico peruano*. Lima: PROMSEX, disponible en <http://www.promsex.org/publicaciones/>; y Guerrero, R. y Ramírez, F. 2006. *Sustento normativo de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú*. Lima: PROMSEX y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, disponible en [http://www.promsex.org/index.php?option=com\\_rokdownloads&view=file&Itemid=77&id=90](http://www.promsex.org/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=77&id=90).
- <sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. 2007. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003 [Aborto inseguro: Cálculos mundiales y regionales de la incidencia del aborto inseguro y su asociación con la mortalidad materna en 2003]*. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241596121/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241596121/en/index.html). Ver también: IPAS, “El aborto inseguro aún ocurre con demasiada frecuencia”, 29 de octubre de 2007; disponible en

[http://www.ipas.org/Library/News/News\\_Items/El aborto inseguro aun ocurre con demasiada frecuencia.aspx](http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/El_aborto_inseguro_aun_ocurre_con_demasiada_frecuencia.aspx).

<sup>22</sup> Bankole, A., Singh, S. y Haas, T. 1998. "Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries" ["Razones por las cuales las mujeres tienen abortos inducidos: Evidencias de 27 países"]. *International Family Planning Perspectives* 24(3):117-127; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.html>. Ver también: Henshaw, S. K., Singh, S. y Haas, T. 2009. "La incidencia del aborto inducido a nivel mundial", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Vol. 25, número especial; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa01699.html>.

<sup>23</sup> Dixon-Mueller, R. y Dagg, P. K. B. 2002. *Abortion & Common Sense* [Aborto y sentido común]. Xlibris; a la venta en <http://www.amazon.com/Abortion-Common-Sense-Dixon-Mueller-Ruth/dp/1401059554>. Una reseña del libro está disponible en inglés en [http://www.womenshealthmatters.ca/resources/show\\_res.cfm?ID=39601](http://www.womenshealthmatters.ca/resources/show_res.cfm?ID=39601).

<sup>24</sup> Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9241590343/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/en/index.html).

<sup>25</sup> Weeks, A. (ed.). 2007. "Misoprostol for reproductive health: dosage recommendations" ["Misoprostol para la salud reproductiva: Recomendaciones de dosis"]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 99 (Suplemento 2); a la venta en [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=PublicationURL&\\_tockey=%23TOC%235062%232007%23999009999.8997%23674366%23FLA%23&\\_cdi=5062&\\_pubType=J&\\_auth=y&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=a0d51fccbc656f291e517ad6a3849682](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_tockey=%23TOC%235062%232007%23999009999.8997%23674366%23FLA%23&_cdi=5062&_pubType=J&_auth=y&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=a0d51fccbc656f291e517ad6a3849682). Prólogo disponible en inglés en [http://www.misoprostol.org/File/IJGO\\_Foreword\\_Shaw.pdf](http://www.misoprostol.org/File/IJGO_Foreword_Shaw.pdf).

<sup>26</sup> Centro de Derechos Reproductivos. 2008. *Leyes sobre el aborto en el mundo*, Hoja informativa 2008. Nueva York: NY; disponible en inglés en <http://reproductiverights.org/en/document/world-abortion-laws-2008-fact-sheet>.

<sup>27</sup> Singh, S. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society & Abortion Worldwide*. [Compartiendo la responsabilidad: Mujeres, sociedad y aborto a nivel mundial]. Nueva York, NY: Instituto Guttmacher; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>.

<sup>28</sup> Warriner, I. K. y Shah, I. H. (eds.). 2006. *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action* [Prevención del aborto inseguro y sus consecuencias: Prioridades para investigación y acción]. Nueva York, NY: Instituto Guttmacher; disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/07/10/PreventingUnsafeAbortion.pdf>.

<sup>29</sup> Sitio de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay), disponible en <http://www.mysu.org.uy/>. O ver el perfil de MYSU en el sitio de la IWHC en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2892&Itemid=249](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2892&Itemid=249). Ver también: López Gómez, A. y Abracinskas, L. 2009. *El debate social y político sobre la Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. Cuadernos del UNFPA, Año 3, N° 3, julio. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas; disponible en [http://www.mysu.org.uy/pdf/UNFPA\\_cuaderno3.pdf](http://www.mysu.org.uy/pdf/UNFPA_cuaderno3.pdf).

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud. 2006. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice* [Embarazo, parto, postparto y cuidados del recién nacido: Guía para la práctica fundamental], Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/924159084X/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/924159084X/en/index.html). (Herramientas y directrices adicionales para comadronas, enfermeras/os y médicos/as, incluyendo prácticas óptimas, se encuentran en <http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-newborn.en.html>.)

<sup>31</sup> AbouZahr, C. y Wardlaw, T. 2003. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities*. [Atención prenatal en los países en desarrollo: Promesas, logros y

oportunidades perdidas]. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/9241590947/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241590947/en/index.html).

<sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud. 2008. *Factsheet on Proportion of Births Attended by a Skilled Health Worker: 2008 Updates* [Hoja informativa sobre la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado: Actualizaciones de 2008]. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en

[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications\\_skilled\\_attendant\\_at\\_birth\\_2008.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_skilled_attendant_at_birth_2008.pdf). Ver también:

OMS, Asistentes de partería cualificados, disponible en

[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/topics/skilled\\_birth/es/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/es/index.html).

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud. 2004. *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant* [Haciendo más seguro el embarazo: La crucial función de asistentes cualificados]. Declaración conjunta de la OMS, la Confederación Internacional de Comadronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Ginebra, Suiza: OMS; disponible en

[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/9241591692/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241591692/en/index.html).

<sup>34</sup> Graham, W. J., Bel, J. S. y Bullough, C. H. W. “Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries?” [“¿Puede la atención cualificada durante el parto reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo?”]. En: Brouwere, V. y Van Lerberghe, W. (eds.). 2001. *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence* [Estrategias para una maternidad sin riesgos: Un examen de las evidencias]. Amberes, Bélgica: ITG Press. págs. 97-129; disponible en

<http://nzdl.sadl.uleth.ca/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0safem--00-0--0-10-0---0---0prompt-10---4---0-11--11-en-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL1.1&d=HASH0178fd00e5e6e9f06f1db8&gt=1>.

<sup>35</sup> Kruk, M. E., Prescott, M. R. y Galea, S. 2007. “Equity of skilled birth attendant utilization in developing countries: financing and policy determinants” [“Equidad en la utilización de asistentes de partería cualificados en los países en desarrollo: Factores determinantes para el financiamiento y las políticas”]. *American Journal of Public Health* 2007(97); resumen disponible en

<http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/98/1/142>.

<sup>36</sup> Houweling, T. A. J., Ronsmans, C., Campbell, O. M. R. y Kunst, A. E. 2007. “Grandes desigualdades entre pobres y ricos en atención de maternidad: Estudio comparativo internacional de la atención de maternidad y la atención infantil en los países en desarrollo”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Vol. 85, octubre, págs. 745-754; Resumen en español y artículo completo en inglés disponibles en

<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/es/index.html>.

<sup>37</sup> Berer, M. (ed.). 2007. *Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women?* [Mortalidad y morbilidad maternas: ¿Se está haciendo más seguro el embarazo para las mujeres?]. Edición temática de *Reproductive Health Matters* 15(30); disponible en

[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb264/is\\_30\\_15/](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb264/is_30_15/).

<sup>38</sup> Stanton, C., Blanc, A. K., Croft, T. y Choi, Y. 2007. “Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage” [“Atención cualificada durante el parto en el mundo en desarrollo: Progresos hasta la fecha y estrategias para ampliar la cobertura”]. *Journal of Biosocial Science* 39(1):109-120; resumen disponible en

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=557628&fulltextType=RA&fileId=S0021932006001271>.

<sup>39</sup> Berer, M. y Ravindran, T. K. S. (eds.). 1999. *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues* [Iniciativas para una maternidad sin riesgos: Asuntos cruciales]. Edición especial de *Reproductive Health Matters*. Ver también: Ransom, E. I. y Yinger, N. V. 2002. *Por una maternidad sin riesgos: Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna*. Washington DC: Population Reference Bureau; disponible en [http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Sp.pdf).

<sup>40</sup> Visita a Maharashtra, India. 29 de abril a 1 de mayo de 2009, Adrienne Germain.

<sup>41</sup> Black, V., Brooke, S. y Chersich, M. F. 2009. “Effect of Human Immunodeficiency Virus treatment on maternal mortality at a tertiary center in South Africa” [“Efecto del tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana sobre la mortalidad materna en un centro atención terciaria en

Sudáfrica”]. *Obstetrics & Gynecology* 114(2):292-299; resumen disponible en [http://www.aidsportal.org/Article\\_Details.aspx?ID=11313](http://www.aidsportal.org/Article_Details.aspx?ID=11313).

<sup>42</sup> Sherris J. D. y Fox, G. 1983. “Infertility and sexually transmitted disease: a public health challenge” [“Esterilidad y enfermedades comunicadas por vía sexual: Un reto para la salud pública”]. *Population Reports* Serie L (4):120-1; resumen disponible en <http://www.popline.org/docs/0579/015631.html>.

<sup>43</sup> Wasserheit, J. N. 1989. “The significance and scope of reproductive tract infections among third world women” [“La importancia y el alcance de las infecciones del tracto reproductivo en mujeres del tercer mundo”]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics Supplement* 3:147-8; resumen disponible en <http://www.popline.org/docs/0869/067962.html>.

<sup>44</sup> Erb-Leoncavallo, A., Holmes, G., Jacobs, G., Urdang, S., Vanek, J. y Zarb, M. 2004. *La mujer y el VIH/sida: Enfrentar la crisis*. Nueva York, NY: ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM; resumen ejecutivo en español y francés y publicación completa en inglés disponible en [http://www.unifem.org/materials/item\\_detail.php?ProductID=1](http://www.unifem.org/materials/item_detail.php?ProductID=1).

<sup>45</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. 2009. *HIV Transmission in Intimate Partner Relationships in Asia* [La transmisión del VIH en las relaciones íntimas de pareja en Asia]. Ginebra, Suiza: ONUSIDA; el comunicado de prensa de ONUSIDA (10 de agosto de 2009) en español sobre este informe está disponible en [http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090811\\_IntimatePartners.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090811_IntimatePartners.asp), donde puede descargarse el informe completo en inglés.

<sup>46</sup> Perfil de SWAAC (Sociedad para Mujeres y el Sida en África) en el sitio de la IWHC; disponible en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=137&Itemid=70](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=137&Itemid=70).

<sup>47</sup> Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC). Análisis detallado de la resolución de 2009 de la Comisión de Población y Desarrollo de la ONU; disponible en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3602&Itemid=824](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3602&Itemid=824). Ver también: Puntos sobresalientes y análisis de la resolución de 2009 de la Comisión de Población y Desarrollo de la ONU; disponible en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3575&Itemid=1242](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3575&Itemid=1242).

<sup>48</sup> Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas. Resolución sobre la contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 42º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, 7 de abril de 2009. Disponible en inglés en [http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2009/CPD42\\_draft\\_resolution.pdf](http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2009/CPD42_draft_resolution.pdf). Ver también: Naciones Unidas. 2009. Informe del Secretario General, *Seguimiento de los programas de población, con especial referencia a la contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (E/CN.9/2009/4), 16 de enero de 2009, disponible en <http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2009/comm2009.htm>.

<sup>49</sup> Jahan, R. 2007. “Securing maternal health through comprehensive reproductive health services: lessons from Bangladesh” [“Asegurando la salud materna a través de servicios integrales de salud reproductiva: Lecciones de Bangladés”]. *American Journal of Public Health* 97(7):1186-1190; disponible en [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2356&Itemid=947](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2356&Itemid=947).

<sup>50</sup> Freedman, L. P., Graham, W. J. y Brazier, E., *et ál.* 2007. “Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation” [“Lecciones prácticas de las iniciativas globales para una maternidad sin riesgos: Es hora de un nuevo enfoque en la implementación”]. *Lancet* 370:1383-1391; resumen y texto completo disponibles en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61581-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61581-5/fulltext).

- <sup>51</sup> Organización Mundial de la Salud. 2006. *The global shortage of health workers and its impact [La escasez global de personal sanitario y el impacto de ésta]*. Hoja informativa No. 302. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html>.
- <sup>52</sup> Frankenberg, E., Bütünheimn, A., Sikoki, B. y Suriastini, W. 2009. "Do women increase their use of reproductive health care when it becomes more available? Evidence from Indonesia" ["¿Incrementan las mujeres su uso de servicios de salud reproductiva cuando la disponibilidad de éstos es mayor? Evidencias de Indonesia"]. *Studies in Family Planning* 40(1):27-38; resumen y texto completo disponibles en <http://www.poppovresearchnetwork.org/Papers/MacroEconomicPolicy/DoWomenIncreaseTheirUseofReproductiveHealth.aspx>.
- <sup>53</sup> Koenig, M. A., Jamil, K., Streatfield, P. K., et ál. 2007. "Maternal health and care-seeking behavior in Bangladesh: findings from a national survey" ["Salud materna y conducta de búsqueda de cuidados en Bangladés: Hallazgos de una encuesta nacional"]. *International Family Planning Perspectives* 33(2):75-82; resumen y texto completo disponibles en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3307507.html>.
- <sup>54</sup> Kyomuhendo, G. B. 2003. "Low use of rural maternity services in Uganda: impact of women's status, traditional beliefs and limited resources" ["Bajo uso de servicios de maternidad rurales en Uganda: Impacto de la condición de las mujeres, las creencias tradicionales y los recursos limitados"]. *Reproductive Health Matters* 11(21):16-26; resumen y texto completo disponibles en [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(03\)02176-1/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(03)02176-1/abstract).
- <sup>55</sup> Wall, L. L. 1998. "Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria" ["Madres muertas y esposas lesionadas: El contexto social de la morbilidad y mortalidad maternas en el pueblo Hausa del norte de Nigeria"]. *Studies in Family Planning* 29(4):341-359; disponible en <http://www.wfmic.org/older-folders-050506/OLD-031606/Dead%20mothers.pdf>.
- <sup>56</sup> Organización Mundial de la Salud. 2006. *Integrating Sexual and Reproductive Health-Care Services [Integración de los servicios de cuidados de salud sexual y reproductiva]*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Documento de política 2. Ginebra, Suiza: OMS; disponible en [http://whqlibdoc.who.int/policy\\_briefs/2006/RHR\\_policybrief2\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/policy_briefs/2006/RHR_policybrief2_eng.pdf).
- <sup>57</sup> Dixon-Mueller, R., Germain, A., Fredrick, B. y Bourne, K. 2009. "Towards a sexual ethics of rights and responsibilities" ["Hacia una ética sexual de derechos y responsabilidades"]. *Reproductive Health Matters* 16(33); resumen disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09688080>, donde está a la venta el texto completo en PDF.
- <sup>58</sup> Conway, M. D., Srishti Gupta, S. y Khajavi, K. 2007. "Addressing Africa's health workforce crisis" ["Afrontando la crisis del personal sanitario en África"]. *The McKinsey Quarterly*, noviembre; disponible en [http://www.mckinseyquarterly.com/Health\\_Care/Strategy\\_Analysis/Addressing\\_Africas\\_health\\_workforce\\_crisis\\_2079](http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/Strategy_Analysis/Addressing_Africas_health_workforce_crisis_2079). Ver también: OMS, "Puesta en marcha de un nuevo instrumento que contribuirá a suplir la escasez mundial de personal de salud", Ginebra: OMS, 8 de julio de 2009, disponible en [http://www.un.org/ecosoc/julyhls/pdf09/Espanol\\_RRT\\_pr\\_8July09.pdf](http://www.un.org/ecosoc/julyhls/pdf09/Espanol_RRT_pr_8July09.pdf); y hoja informativa sobre la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, disponible en <http://www.who.int/workforcealliance/Spanish%20version.pdf>.
- <sup>59</sup> Compromisos acordados por primera vez en 1994 durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y, a partir de ese año, reafirmados en numerosas ocasiones por los gobiernos y el sistema de las Naciones Unidas.