

ABORDAR LAS DESIGUALDADES

Agenda de Desarrollo Post-2015 y el Futuro que queremos para todos

Consulta temática global

**Mortalidad materna:
Un indicador de desigualdades transversales**

Mabel Bianco, médica, MSP, epidemióloga

Susanna Moore, M.A.

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM-

Octubre de 2012

Resumen:

La mortalidad materna es un indicador clave para medir las desigualdades socio-culturales y económicas que afectan adversamente a las mujeres y niñas e impide el progreso de las metas de desarrollo establecidas para el 2015. La desigualdad de género, la pobreza y las disparidades en el acceso a la salud, la educación, el ingreso y el estatus socio-cultural de mujeres y niñas son factores clave que impactan en la salud materna. De acuerdo con un monitoreo desarrollado en África, Asia-Pacífico y América Latina y el Caribe, por diferentes redes de derechos y salud sexual y reproductiva, incluidas las que trabajan con VIH, investigaron las relaciones entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 5, 3 y 6. Se comprobó que la única forma de mejorar la salud materna es creando y fortaleciendo un enfoque integral que incorpore asuntos transversales de la igualdad de género, la educación y el empoderamiento de las mujeres y niñas; la eliminación del matrimonio infantil; la reducción de la pobreza y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que incluyan el aborto seguro, la prevención del VIH y atención del parto. Se presentan los debates y resultados de este estudio, y las estrategias que se desarrollaron para abordar la desigualdad de género y garantizarles a las mujeres y niñas el ejercicio pleno de sus derechos humanos como pasos fundamentales para lograr las metas de los objetivos de desarrollo del milenio fijados para el 2015 y después de esa fecha.

Introducción:

La mortalidad materna es un indicador clave para expresar las desigualdades socio-culturales y económicas que afectan de manera adversa a mujeres y niñas, e impiden el progreso del desarrollo de los objetivos de desarrollo del milenio fijados para el 2015. Las mujeres con menos educación tienden más a vivir en la pobreza que las que accedieron a niveles de educación más altos. Tienen menos salarios y sus condiciones de trabajo son principalmente precarias, con menos beneficios como licencia por maternidad y enfermedad, seguro social y vacaciones. Las mujeres que viven en la pobreza también tienen menos acceso a atención

médica. A menudo, estas condiciones de vida se pasan de padres a hijos, perpetuando así el círculo vicioso de la pobreza.

La desigualdad de género, la pobreza y las diferencias para acceder a la salud, la educación y a ingresos económicos, así como también el bajo estatus socio-cultural son factores clave que impactan de manera negativa en la salud materna porque las mujeres que sufren estas desigualdades también son las que tienen menos posibilidades de informarse y acceder a métodos anticonceptivos y a prevención del VIH. Eso aumenta el riesgo de embarazos no planificados y, por tanto, aumenta el número de abortos, especialmente inseguros, debido a que en la mayoría de los países en desarrollo el aborto es ilegal o presenta altas restricciones para su acceso en los casos permitidos por ley. Al hacer visibles estas interconexiones, se observa cómo la mejora en la salud materna va de la mano de las mejoras de otros determinantes sociales que van más allá de las necesidades de las mujeres a servicios de atención médica.

Esto en el contexto de los objetivos de desarrollo del milenio, debemos empezar por reconocer que todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM- se interrelacionan y ninguno puede alcanzarse plenamente sin los demás. Con respecto al debate sobre mejorar la salud materna (ODM 5^a) y la salud reproductiva universal (ODM 5b), los asuntos transversales más importantes que no pueden dejarse de lado son: reducir la pobreza (ODM 1), acceso especialmente de las niñas a educación universal (ODM 2), empoderamiento de las mujeres e igualdad de género (ODM 3), y combatir el VIH/SIDA (ODM 6^a). Para lograr estas metas, se debe garantizar a las mujeres y niñas el pleno ejercicio de sus derechos humanos, incluidos sus derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a una vida libre de todo tipo de estigma, discriminación y violencia.

Con el fin de destacar la relación entre el OMD 5 con los OMD 1, 2, 3 y 6, diferentes redes de derechos y salud sexual y reproductiva -incluidas las que trabajan con VIH- en África, Asia-Pacífico y América Latina y el Caribe¹ monitorearon el progreso del cumplimiento de estas metas y analizaron qué debe hacerse para alcanzar un enfoque integral del OMD 5. Se consideró la salud materna desde esta perspectiva y se encontró que la mortalidad materna es

un indicador de desigualdades más amplias, por tanto necesita un enfoque más amplio para disminuirla efectivamente.

Mortalidad materna y las desigualdades que la subyacen: una mirada a los OMD 1, 2, 3, 5 y 6 en África, Asia-Pacífico y América Latina y el Caribe

La razón de mortalidad materna (RMM)² es uno de los principales indicadores que se tienen en cuenta para el OMD 5: mejorar la salud materna. Este OMD establece la meta de que se reduzca en tres cuartos de la RMM entre 1990 y 2015. **En 2010 todavía esta cifra estaba lejos de ser alcanzada y se consideraba que este era el OMD en donde menos progreso se había hecho**³. Según el último informe de NU sobre los OMD, a pesar de que “hubo importantes avances en la salud materna y en la reducción de las muertes maternas, (...) el avance es aún lento, [y] las reducciones del embarazo adolescente y la expansión del uso de anticonceptivos ha continuado, pero a un ritmo más lento desde el año 2000 que durante la década anterior”.⁴

En las regiones en desarrollo, que representan el 99% de las muertes maternas a nivel mundial, la RMM fue de 440 en 1990 a 240 en 2010.⁵ **La RMM es 15 veces mayor en las regiones en desarrollo, siendo uno de los indicadores de salud que más fielmente refleja las desigualdades socio-económicas.**⁶ Más de la mitad de las muertes maternas que ocurrieron en el mundo en 2010 (287.000) se produjeron en África Subsahariana, donde la razón continuó siendo 500.⁷ A pesar de que la razón en Asia del Sur se redujo a 220, esta subregión tiene la segunda RMM más alta y representa casi un tercio de las muertes maternas a nivel mundial.⁸ Para el 2010, la RMM en Oceanía se redujo a 200, en el Caribe a 190 y en el Sudeste Asiático a 150, África del Norte a 78, América Latina a 72, Asia Occidental a 71, el Cáucaso y Asia Central a 46 y Asia Oriental a 37.⁹

África Subsahariana y el Sudeste Asiático son dos subregiones que no solo tienen la mayor RMM, sino que (también) la gran mayoría de las otras desigualdades que contribuyen a la mortalidad materna también son las más altas. Una tendencia similar se da en el Caribe, Oceanía y América Latina, pero con indicadores en general más bajos. A pesar de que las causas

más directas de mortalidad materna en países en desarrollo son los abortos inseguros y la falta de acceso a servicios de atención médica debido a barreras geográficas, económicas y socio-culturales, la salud materna precaria y el incremento de la mortalidad materna de hecho están arraigados en la pobreza y la falta de educación, de acceso a un trabajo decente e ingresos de las mujeres , lo que se traduce en la falta de acceso a otros servicios esenciales, como la salud, la vivienda, la adecuada atención y otras, así como oportunidades de alcanzar un adecuado nivel de bienestar.

En **África**, es particularmente difícil recolectar datos sobre la mortalidad materna, ya que un número importante de nacimientos y muertes se producen en las casas o fuera de instituciones médicas, y porque otras formas de registrar la muerte materna tienden a ser inexacta. En África, en particular en África Subsahariana, existen barreras para acceder a servicios de salud de calidad por muchos factores, incluidos la pobreza, el acceso limitado de las mujeres a la educación y un ingreso, problemas nutricionales, infraestructura precaria o inexistente en situaciones de conflicto y posconflicto. El escaso acceso a los servicios de salud también significa un acceso virtualmente inexistente a tratamiento, prevención, cuidado y apoyo para la malaria y el VIH, y a personal de salud calificado a la hora del parto. Todos estos factores aumentan la RMM en la región, que es la más alta en el mundo.

Los datos revelan un patrón claro de mayor RMM en áreas rurales versus áreas urbanas de África Subsahariana, que se atribuye en gran medida a diferencias geográficas de acceso a atención obstétrica así como factores socioculturales en áreas rurales.¹⁰ En Ghana, información sobre las causas de mortalidad materna entre los diferentes grupos socio-demográficos muestra que la mortalidad disminuyó donde aumentaron los niveles de educación.¹¹ En Mali, donde la RMM es una de las más altas en el mundo, lejos de alcanzar la meta para el 2015, además de las barreras geográficas, las prácticas tradicionales y las tasas de analfabetismo entre mujeres y niñas también existen barreras para el acceso a personal de salud materna capacitado.¹² Las altas tasas de RMM también persisten en muchas áreas urbanas de bajos recursos y son el resultado de la alta prevalencia de VIH, los abortos inseguros o la baja calidad de la atención obstétrica de emergencia en hospitales.¹³

El VIH/SIDA, como principal causa de muerte en el mundo entre mujeres de 15 a 49 años, es otro contribuyente clave para la mortalidad materna, especialmente en regiones con elevada incidencia de VIH, como África del Sur y el Caribe.¹⁴ El VIH aumenta el riesgo de muerte de las mujeres durante el parto, a través de la anemia, hemorragia posparto y sepsis puerperal, o a través de infecciones oportunistas, neumonía, tuberculosis y malaria. En África, Namibia y Gabón no se redujo a la RMM, mientras que en otros países la RMM incluso aumentó desde 1990 - Botswana, Congo, Kenia, Lesoto, Somalia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe-, siendo Botswana y Zibabwe los países en los que la RMM se duplicó entre 1990 y 2008.¹⁵ La mayoría de estos países tiene grandes epidemias de VIH/SIDA. En 2008, se descubrió que el progreso general hubiera sido mayor si la epidemia de VIH no hubiera contribuido a importantes aumentos de la mortalidad materna en África Oriental y del Sur, y que la RMM hubiera disminuido en África del Sur si se hubieran excluido las muertes relacionadas con el VIH.¹⁶ Para reducir la incidencia de las muertes maternas relacionadas con el VIH, las mujeres que viven con VIH deben contar con acceso permanente y confiable a medicamentos antirretrovirales, lo cual es sumamente imprescindible cuando quedan embarazadas y durante la atención prenatal y posparto.

Otros factores que influyen en la RMM de África son el conflicto político y la inestabilidad en contextos de posconflicto. Los ocho países de la región con las RMM más altas en 2008 estaban en conflicto o posconflicto.¹⁷ En esos contextos, el acceso de las mujeres a servicios de salud es bajo, debido a la falta de transporte, caminos y servicios de comunicación. Se necesitan respuestas integrales multisectoriales para aumentar el acceso de las mujeres a una gama diversa de recursos y servicios, los cuales son condiciones necesarias para reducir la mortalidad materna y garantizar la salud sexual, reproductiva y materna.

En **países en desarrollo en Asia y el Pacífico**, desde el 2010, el promedio de la RMM solo bajó de 395 a 342¹⁸. Cada año, alrededor de 140.000 mujeres en la región mueren como resultado de un suceso del ciclo normal de la vida: embarazo y parto¹⁹. Los países que todavía muestran las RMM más altas para el año 2010 son: Laos (470), Afganistán (460), Pakistán (260), Camboya

(250), Bangladesh (240), Papúa Nueva Guinea (230), Indonesia (220), India y Myanmar (200), y Nepal (170). India sola representa el 19% de las muertes maternas globales²⁰, y es un ejemplo de cómo las desigualdades producen brechas dentro de un mismo país. A pesar de una RMM que disminuye, las diferencias entre los estados y distritos se mantienen “debido a niveles diferenciados de desarrollo socioeconómico”, que “se refleja en el acceso a partos atendidos por personal de salud calificado, y a la atención obstétrica de emergencia y el estatus general de las mujeres, condiciones que están marcadas por varios factores, entre ellos, el nivel de alfabetismo de las mujeres, la salud materna y la anemia”.²¹ Para reducir la RMM en la región, la respuesta debe incorporar no solo la atención de rutina o la obstétrica de emergencia, sino también la amplia gama de factores antes mencionados. En Nepal, el gobierno tomó medidas para reducir la mortalidad materna, como la educación para mujeres y niñas, mejorar las calles, elevar la edad legal para contraer matrimonio y la expansión del acceso a servicio de aborto seguro, que comenzaron en 2004.²²

En **América Latina y el Caribe** el promedio de RMM es mucho más bajo que en África o Asia-Pacífico, pero, **a pesar del progreso realizado, la meta fijada para el 2015 no se cumplirá**. Entre 1990 y 2010, la RMM en América Latina descendió de 130 a 72, y en el Caribe de 280 a 190²³. Esta disminución todavía deja a ambas regiones lejos de la meta, que sería una tasa de 32 y 70, respectivamente, para el 2015. En 2010, Haití (350), Guyana (280), Bolivia (190), República Dominicana (150), Guatemala (120), Ecuador y Jamaica (110), y Honduras (100) estaban lejos de alcanzar las reducciones asumidas. Países como Chile (25) y Uruguay (29) tienen tasas muy bajas.²⁴ Argentina (77) todavía cuenta con un RMM entre dos y tres veces más alta que la de Chile y Uruguay, y no muestra una reducción, sino un incremento sostenido desde 1995.²⁵

Naciones Unidas²⁶ brinda esta información de ALC y otras regiones, y no es necesariamente la misma que la que proporcionan los gobiernos. La ONU corrige información para tener en cuenta el subregistro y otros problemas del registro de datos. Según la OMS, la mortalidad materna o RMM es difícil de medir con precisión y muchos países de ingresos bajos cuentan con muy poco o ninguna información, entonces, a menudo se utilizan modelos estadísticos para obtener datos aproximados nacionales.²⁷ Estas dificultades en los países en desarrollo de

ingresos bajos también se relacionan con la limitada disponibilidad o accesibilidad a servicios de salud, en parte debido a razones geográficas, caminos y sistemas de comunicación precarios, y escasos centros de salud en zonas rurales, y razones económicas, como costos de atención, gastos de transporte o falta de tiempo debido a la carga de tiempo de las mujeres. La falta de mecanismos de registro adecuados en las áreas y países más afectados y pobres significa que la información recolectada tiende a ser menos desagregada por grupos de edad, población rural/urbana o características socio-económicas, como la educación y el nivel de ingresos. Estos obstáculos deben superarse para obtener información necesaria para diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades de las poblaciones que más lo necesitan y reduzcan la RMM.

Otro factor clave que debe considerarse es **el acceso a anticonceptivos**, un método esencial que debe estar disponible a través de todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, **en los lugares donde constantemente las mujeres no tiene acceso a servicios de salud –o les falta educación y recursos que las empoderarían en el ejercicio de sus derechos-, también les falta acceso a información y suministros esenciales, en especial anticonceptivos.** Globalmente, la prevalencia de anticonceptivos aumentó en los 90', pero la evolución disminuyó en la década del 2000. Esta tasa de prevalencia mide la proporción de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en parejas, que usan cualquier método anticonceptivo.

En África Subsahariana solo el 25% de las mujeres estaba en esta situación, en Oceanía el 38%, en Asia del Sur el 56%, en Asia Occidental el 58%, en el Caribe el 61% y en América Latina el 74%.²⁸ Estos números reflejan la baja disponibilidad de anticonceptivos. Sin embargo, el uso de métodos de anticoncepción modernos y eficaces, como los comprimidos orales, el preservativo masculino o el DIU también está sujeto a los valores culturales y las representaciones sociales. Los obstáculos sociales y culturales hacen incluso más difícil el acceso a dichos métodos y es más difícil que las mujeres negocien su uso. Las consecuencias negativas incluyen el incremento de embarazos no deseados, que a su vez fomentan el número de abortos inseguros y aumenta la vulnerabilidad para contraer el VIH, especialmente para las mujeres. La condición social

inferior en comparación con los hombres, el bajo nivel educacional y la religión limitan las elecciones reproductivas de las mujeres y ponen en riesgo sus vidas y su salud.²⁹

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar mide entre las mujeres de 15 y 49 años la brecha entre sus deseos de postergar o evitar tener un hijo, y su uso real de anticonceptivos³⁰, pero existen discrepancias en cómo cada país interpreta su significado y muchos países ni siquiera brindan información. Según datos disponibles, los niveles de necesidades insatisfechas son relativamente altos en la mayoría de las regiones en desarrollo (excepto en Asia Oriental), alcanzando hasta el 25% en África Subsahariana, el 17% en el Caribe y en Asia Occidental, el 16% en Asia del Sur, el 13% en el Cáucaso, Asia Central y Sudeste Asiático, el 12% en África del Norte y el 10% en América Latina³¹. En África Subsahariana, una de cada cuatro mujeres tiene necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, una realidad que no ha cambiado casi desde 1995. El rápido aumento del número de mujeres en edad reproductiva en esta subregión presenta un desafío incluso mayor para satisfacer sus necesidades insatisfechas de anticonceptivos.

Satisfacer todas las necesidades de las mujeres con respecto a la anticoncepción es un aspecto importante a la hora de reducir la mortalidad materna. En Asia Oriental, donde se observa la mayor reducción de la mortalidad materna, la tasa de prevalencia de anticonceptivos es 84%, en oposición al 22% de África Subsahariana, donde la disminución de la RMM es la más baja del mundo.³² En América Latina y el Caribe la demanda insatisfecha de planificación familiar es más alta en las poblaciones de bajos recursos. Las desigualdades entre y dentro de los países son importantes, con poblaciones pobres que alcanzan una tasa tres veces más alta que entre los grupos pudientes.³³ La pobreza es un obstáculo central para mejorar la salud materna ya que les impide a mujeres y niñas el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Las dificultades para ejercerlos contribuyen a tasas más altas de embarazos no deseados, incluidas el embarazo adolescente y las muertes maternas de mujeres de todas las edades, debido a la resistencia de los servicios de atención de la salud a practicar **abortos seguros permitidos por la ley**. También contribuyen a la feminización de la epidemia de VIH, que se observa en África y Asia-Pacífico donde las tasas de prevalencia de anticonceptivos son particularmente bajas.³⁴

La **tasa de natalidad entre adolescentes** es otro índice relevante para la salud materna, que considera que los embarazos adolescentes son por definición de alto riesgo, y también están relacionados con la pobreza y bajos niveles de educación.³⁵ El progreso en la reducción de la tasa de natalidad entre adolescentes a escala mundial no llega a cumplir con el objetivo establecido en el ODM 5b. En las regiones en desarrollo, en 2009, era 51 por 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años, que representa apenas una mejora desde 1990 cuando era 64. Sin embargo, existen grandes diferencias entre las sub-regiones. África Subsahariana supera ampliamente el promedio, con una tasa de 120, seguida por América Latina con 80, el Caribe con 69, Oceanía con 62, Asia Oriental con 48, Asia del Sur con 46 y Sudeste Asiático con 45.³⁶

Los embarazos tempranos todavía son comunes, a menudo en muchos países en África y Asia-Pacífico debido a los **matrimonios a edades tempranas**. Los últimos cálculos indican que “una de cada tres niñas en países de ingresos bajos y medios (excepto China) se casarán antes de los 18 años”, y “una de cada nueve se casará antes de los quince años”.³⁷ La prevalencia de matrimonios a edad temprana es incluso más alta en los países menos desarrollados: alrededor de uno cada dos.³⁸ Las dos subregiones con porcentajes más altos de mujeres de entre 20 y 24 años que se casan o se unen a sus parejas a los 18 años fueron Asia del Sur (46%) y África Central y Occidental (41%). Entre las adolescentes, la frecuencia de actividad sexual es más alta entre las que están casadas o en pareja, por lo tanto la posibilidad de un embarazo en ausencia de anticonceptivos es mayor.³⁹ En Asia del Sur y África Subsahariana, el embarazo adolescente fuera del matrimonio no es tan común como en América Latina y el Caribe.⁴⁰ Las diferencias subregionales indican que las normas socioculturales, en este caso el matrimonio a edad temprana o forzado, impactan en la libertad de las mujeres para tomar sus propias decisiones con respecto y mayor riesgo de contraer el VIH. Adoptar e implementar cambios legales para detener el matrimonio temprano contribuye a la autodeterminación de las mujeres y a reducir el embarazo adolescente. Esta es una medida urgente, considerando que, a pesar de las medidas nacionales existentes y los acuerdos internacionales, en más de 100 países el matrimonio a edad temprana sigue siendo una amenaza real para los derechos humanos, las vidas y la salud de las niñas.⁴¹

El progreso lento en la reducción de las tasas de embarazo adolescente plantea la pregunta sobre la falta de políticas, o de su implementación, que garanticen los derechos de niñas y adolescentes a la educación, incluida la educación sexual integral en escuelas, y el acceso a servicios de salud, como servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, información basada en la evidencia y la existencia de productos. Las jóvenes y adolescentes en los países en desarrollo, e incluso mujeres no casadas en algunos países de Asia, enfrentan muchas dificultades para acceder a métodos anticonceptivos en el sistema de salud público, a menudo por el estigma y el tabú sobre la sexualidad en estos países. Además de los obstáculos como el matrimonio a edad temprana, la falta de progreso en este asunto es otro factor que mantiene alta la tasa de natalidad en las adolescentes.

Estas conexiones revelan las amplias desigualdades, incluso el acceso desigual a servicios sociales y de salud, se deben a factores económicos, geográficos y socio-culturales, y todos juntos contribuyen a la mortalidad materna. La diversidad de las desigualdades experimentadas dentro y a lo largo de las regiones debe abordarse para mejorar la salud materna y reducir las muertes maternas.

El aborto inseguro, a menudo el resultado de una serie de dificultades que las mujeres y niñas enfrentan al conocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, es otro factor que contribuye a la alta RMM en países en desarrollo. En este sentido, el aborto inseguro debe entenderse como un asunto de salud pública, pero también, y por sobre todo, como una violación a los derechos de las mujeres.

En África, América Latina y Asia-Pacífico –excepto China e India–, **el aborto inseguro puede vincularse con las necesidades insatisfechas de planificación familiar y, como ese indicador, también representa una causa principal que limita la mejora de la salud materna**, que especialmente afecta a las mujeres pobres. En 2008, las muertes maternas debido a abortos inseguros representaron el 14% de las muertes maternas en África y el 12% en Asia, Oceanía y América Latina y el Caribe.⁴² Según cálculos de la OMS, en los países en desarrollo, hubo 19,2 millones de abortos inseguros en 2003, y en 2008, 21,2 millones⁴³. Las cifras publicadas recientemente, en 2011 y 2012, utilizan estadísticas de 2008, reflejando la dificultad para

registrar la incidencia de abortos inseguros. Si consideramos que los abortos presentan un alto subregistro, especialmente en países con leyes de aborto restrictivas y donde su práctica es estigmatizada, en realidad representan una proporción más amplia de las muertes maternas de lo que las cifras muestran.

De acuerdo con el último informe del Instituto Guttmacher, “estudios han revelado que la incidencia de aborto es inversamente proporcional al uso de anticonceptivos, especialmente en aquellos lugares donde las tasas se mantienen estables, y existe una correlación positiva entre las necesidades insatisfechas de anticoncepción y los niveles de abortos”⁴⁴. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que las necesidades insatisfechas de anticonceptivos son más bajas donde existen leyes de aborto liberales –en comparación con los lugares donde las leyes del aborto son restrictivas-, y donde existen leyes liberales la incidencia de aborto es más baja.⁴⁵ La falta del progreso en la reducción de necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción a nivel mundial, especialmente en las regiones en desarrollo, puede entonces relacionarse con el hecho de que la incidencia de abortos inseguros en las mismas regiones tampoco disminuyó⁴⁶, e incluso aumentó en algunas regiones. A pesar de que en algunos lugares el aborto está permitido en algunos casos por ley, a menudo no se realizan por creencias religiosas o sociales que afectan la implementación de la ley y hace que los trabajadores de la salud no cumplan con su deber de practicarlos de acuerdo a los estándares legales vigentes. Cuando el aborto seguro no está disponible, ya sea porque es ilegal o porque se niega su práctica a pesar de estar permitido por la ley, las mujeres determinadas a evitar un nacimiento no deseado recurren al aborto inseguro. En este sentido, las restricciones legales y otras empujan hacia procedimientos fuera de la ley, haciendo que se practiquen en condiciones inseguras utilizando métodos caseros que ponen en riesgo la vida y la salud de las mujeres. Son a menudo las mujeres pobres, que carecen de recursos económicos para acceder pagando a un aborto seguro, las que llegan a esta situación y enfrentan altas probabilidades de muerte.

En **África**, el aborto es aún mayormente ilegal, los servicios son en general inseguros y están disponibles a costo alto, lo que incrementa el riesgo de muerte de las mujeres embarazadas. Entre 1995 y 2003, las tasas de abortos inseguros en África disminuyeron de 33 a 29 por cada

1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, pero de 2003 a 2008, se mantuvieron estables en 29, mostrando un alto en la reducción observada.⁴⁷ África Oriental y Central estaban muy por encima del promedio, con tasas de 38 y 36, respectivamente.⁴⁸ En Sudáfrica el aborto está permitido por ley desde 1996 y está ampliamente disponible en servicios de salud públicos, lo que representa un 91% de disminución en la cifra anual de muertes maternas relacionadas con el aborto,⁴⁹ pero el aborto inseguro aún no se eliminó. Esto sucede en gran parte porque, como ocurre en muchos países, la población carenciada no cuenta con información sobre los servicios que están disponibles por ley o sobre los servicios existentes, entonces no recurren a ellos y continúan abortando de forma insegura. En otros países del Sur de África, el aborto está permitido en algunos casos, por ejemplo: Swazilandia aprobó una nueva constitución en 2005 que permite el aborto para salvar la vida de las mujeres en caso de serios peligros para su salud física o mental.⁵⁰

En **América Latina y el Caribe**, las tasas de aborto inseguro cayeron de 35 por cada 100 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 20 en 2003, pero luego experimentaron un aumento: 31 en el 2008.⁵¹ Las complicaciones del aborto inseguro están entre las principales causas de muerte materna, representando el 12% de las muertes maternas en la región y seguramente incluso esta es más alta debido al subregistro existente.⁵² Es la principal causa de muerte en Argentina, Jamaica y Trinidad y Tobago⁵³. Actualmente, Chile, República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras y Nicaragua prohíben incluso el aborto terapéutico. Nicaragua y El Salvador han restringido sus leyes luego del 2005⁵⁴. Esto muestra un alarmante retroceso en la región y va contra el compromiso de reducir la tasa de mortalidad materna como lo establece el ODM 5.

En **Asia**, las tasas de abortos inseguros apenas disminuyeron, de 12 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 11 en 2003, cifra que se mantuvo cinco años después, a fines de 2008.⁵⁵ Sin embargo, la situación es diferente a la de las otras dos regiones. A pesar de que el promedio general de abortos es similar al de África y América Latina y el Caribe, la proporción de esos abortos inseguros es notablemente menor porque los procedimientos seguros superan a los inseguros debido a que los abortos son legales, especialmente en China ya que en el marco de la política demográfica de un solo hijo por familia es alto el número de abortos. La mayor

reducción en las tasas de mortalidad materna ocurrió por el incremento de abortos seguros.⁵⁶ Mientras, en Asia Occidental, el incremento en la proporción de los abortos inseguros se debió a la disminución en la incidencia de abortos seguros.⁵⁷

A pesar de la evidencia aquí resumida, las leyes de abortos siguen siendo altamente restrictivas en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo. Las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna provocada por abortos inseguros incluye: mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva así como a insumos, aumentar el uso eficaz de anticonceptivos y asegurar el acceso a servicios de aborto seguros y atención postaborto⁵⁸. Sin estas medidas, que deben acompañarse con educación y recursos que empoderen a las mujeres para que conozcan y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, la incidencia de abortos inseguros y la RMM seguirán aumentando.⁵⁹

El debate sobre enfoque integral de la mortalidad materna y avanzar en la salud y los derechos básicos en regiones en desarrollo

El lento progreso en la reducción de la mortalidad materna y la mejora de la salud reproductiva y materna observada en las regiones en vías de desarrollo es inaceptable. Para acelerar el avance y reducir las desigualdades dentro de los países, se deben abordar las desigualdades de manera integral. Pero, ¿cómo se logra esto?

Primero, debemos considerar qué medimos como “avance” y cómo lo hacemos. ¿Usamos indicadores que nos ayudarán a comprender si la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, jóvenes y adolescentes se están abordando de manera integral? ¿Tienen en cuenta las desigualdades de género y la recolección de datos desagregados por sexo, ambos factores centrales a la hora de dar respuestas con perspectiva de género? ¿Qué otros aspectos o perspectivas debemos tener en cuenta para trabajar de manera integral para lograr estos objetivos de desarrollo que se interrelacionan?

Al explorar estas preguntas, las redes de organizaciones sociales participantes en el estudio, cuyos resultados y debates son las bases de este documento, llegaron a la conclusión de que el

conjunto de indicadores propuestos por Naciones Unidas para el ODM 5 debe complementarse para que exprese claramente la situación actual del acceso de las mujeres a la salud materna en el mundo. Uno de los principales problemas que se observaron en dichos indicadores es que **no integran una gama de factores fundamentales más amplia que afectan la salud materna. Se alcanzarán muy pocos de los objetivos propuestos mejorando los servicios de salud públicos si no se acompaña también con políticas y compromisos que aborden todos estos temas integralmente.**

Por lo tanto, las redes propusieron considerar el ODM 5 en relación con todos los indicadores usados por Naciones Unidas para el ODM 3, 5b y 6a⁶⁰, *así como también los siguientes indicadores adicionales:* para el ODM 3: acceso a la educación sexual integral en el nivel primario y secundario; elevar la edad legal mínima para que las niñas contraigan matrimonio establecida por ley; informar sobre violencia contra las mujeres; para el ODM 5: la RMM desagregada por causa de muerte para determinar la proporción de muertes maternas relacionadas con el VIH; prevalencia de abortos seguros en relación a los inseguros; para el ODM 5b: tasa de prevalencia de doble protección; acceso a preservativos gratuitos para adolescentes (de 15 a 20 años) sin la presencia de un adulto; asesoramiento y prueba de VIH voluntarios durante la atención prenatal; y para el ODM 6a: prevalencia de VIH desagregada por sexo entre población de 15 a 24 años; información sobre huérfanos por SIDA. El análisis de estos indicadores consideró la naturaleza transversal y los efectos de la reducción de la pobreza y la educación universal abordados en los ODM 1 Y 2, respectivamente.

Considerar los asuntos abordados por todos estos ODM por separado seguirá impidiéndonos que eliminemos las desigualdades que impulsan la mortalidad materna, que persisten, en particular, en los países en desarrollo. Las subregiones con RMM más altas –África Subsahariana y Sudeste Asiático- también son las que tienen los niveles más altos de extrema pobreza, empleo vulnerable (excepto Oceanía), desnutrición y mortalidad infantil, y juntas albergan al 75% de los 61 millones de niños en edad escolar que en 2010 estaban fuera de las escuelas: 33 millones y 13 millones, respectivamente.⁶¹ También ambas son las subregiones con la proporción más baja de partos asistidos por personal de salud calificado, de mujeres

embarazadas que acuden al menos una vez a una consulta prenatal con personal de salud calificado, de mujeres que realizan entre cuatro y más consultas de atención prenatal brindada por cualquier proveedor, y que tienen las tasas de prevalencia de anticoncepción más bajas (excluyendo a Oceanía).⁶² Estas correlaciones revelan profundas interrelaciones entre las múltiples y transversales desigualdades que actúan y que juntas se potencian e impiden la garantía de salud y derechos para mujeres y niñas y el desarrollo sustentable en general.

Uno de los principales factores en el empoderamiento de mujeres y niñas para romper el círculo vicioso de la pobreza es asegurar la educación básica de las niñas. La educación básica es en sí un derecho humano y una condición necesaria para ejercer otros derechos y la base para el desarrollo inclusivo y el cambio transformador.⁶³ Sin embargo, la pobreza, la residencia en áreas rurales y las desigualdades de género condicionan quiénes acceden a la educación y quiénes no. Las jóvenes adolescentes de zonas rurales y pobres son las que más tienden a estar fuera de las escuelas, y las niñas de estas zonas son las que más se enfrentan a las barreras más importantes para acceder a la educación.⁶⁴ Nuevamente, el Sudeste Asiático fue la región con mayor brecha de género en la tasa de educación en 2010, con solo 86 mujeres que saben leer y escribir cada 100 hombres que también lo hacen en el grupo etario de 15 a 24 años.⁶⁵ Esta es también una de las regiones con mayor incidencia de matrimonio a edad temprana más alta entre niñas y mujeres jóvenes, otra práctica que impide el empoderamiento de mujeres y niñas.

La falta de oportunidades en educación junto con otras barreras que se enfrentan al acceder a un empleo formal significa que “las mujeres participan más o casi exclusivamente de la economía informal”⁶⁶, trabajando en sectores que carecen de protecciones básicas y a menudo sufren violaciones de sus derechos básicos. Estas desigualdades de género persisten no solo en las diferencias salariales, sino también en el acceso a posiciones de toma de decisiones y en las tasas de infección de VIH, mientras que las poblaciones de ingresos bajos y rurales en general también tienen menor acceso a alimentos nutritivos, a agua potable, sanidad, y las tasas de mortalidad infantil y de retraso en el crecimiento son entre dos y cuatro veces más altas con diferencias entre los quintiles de riqueza más bajos y más altos.⁶⁷ De acuerdo con el reciente Informe del Secretario General, nuestras conclusiones reafirman que estas amplias,

desigualdades “son determinantes clave de las tasas de mortalidad y fertilidad más altas entre las regiones pobres y de bajos ingresos”, y están relacionadas con “altos niveles de embarazos no deseados [que] persisten en muchos países, en especial entre los pobres y los jóvenes adultos”.⁶⁸ Por lo tanto, para reducir la RMM y mejorar la salud materna y reproductiva, es necesario actuar principalmente sobre las desigualdades más amplias abordadas en los otros ODM, en especial en torno a la pobreza, la educación y el empoderamiento de mujeres y niñas, en lugar de concentrarnos solo en mejorar los servicios de atención de la salud.

Mejorar el acceso a servicios de alimentos básicos, agua, sanidad, sociales y educativos, y a trabajo decente son todas partes integrales de una estrategia integral que mejora la salud reproductiva y materna. Dentro de este rango de servicios, la educación primaria y secundaria debe incorporar la educación sexual integral (ESI) como un componente adicional. Solo un curriculum de ESI que se basa en la evidencia y los derechos para todas las niñas y niños les brindará las herramientas que necesitan para que puedan construir igualdad de género en sus relaciones y ejercer su sexualidad responsablemente, previniendo el VIH y los embarazos no deseados, y reduciendo las tasas de natalidad entre los adolescentes que eventualmente contribuye a abortos inseguros y la mortalidad materna en muchos países en desarrollo. Para que la ESI tenga un efecto en la vida de los jóvenes y adolescentes, debe estar acompañada por el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescente de entre 15 y 24 años amigables para ellos, incluida la distribución gratuita y anónima de preservativos en los sistemas de salud pública sin la presencia de un adulto u otro requisito.

A pesar de la clara necesidad de la ESI y el acceso a anticonceptivos para adolescentes y jóvenes, a menudo se violan estos derechos. Muchos países no tienen políticas de salud sexual y reproductivas orientadas a los adolescentes y jóvenes, y los que sí lo hacen, a menudo no las implementan o favorecen la educación sexual que propone la abstinencia. Esto sucede debido a la influencia de tabúes y estigmas socio-culturales en torno a la sexualidad e los jóvenes que son parte de culturas tradicionales o que vienen con el financiamiento internacional, como es el caso del PEPFAR, que a pesar de que ahora impone restricciones más laxas, no ha eliminado las

restricciones a solo la abstinencia. La falta de políticas públicas basadas en derechos humanos y evidencia impide lograr las metas de mejorar la salud materna y reproductiva.

La ESI también es una herramienta esencial para abordar normas y prácticas culturales dañinas que son obstáculos para el empoderamiento de mujeres y niñas. Enseña la igualdad entre mujeres y hombres, y concientiza sobre la discriminación basada en el género y la violencia contra las mujeres que comienza desde temprana edad. Este enfoque es clave para transformar factores socio-culturales que avalan la persistencia de las desigualdades de género.

Las prácticas culturales dañinas que impactan en la salud de mujeres y niñas incluyen la discriminación basada en el género en el acceso a servicios y derechos básicos, el matrimonio a edad temprana y forzado, las formas de violencia contra las mujeres y niñas, que representan las manifestaciones más graves y profundas de desigualdad y discriminación. La violencia que sufren las mujeres dentro y fuera de los servicios de atención de la salud –incluidas la violencia física, sexual, psicológica y sexual- constituyen graves violaciones de los derechos humanos y son barreras clave que impiden los avances de la salud sexual y reproductiva, y el empoderamiento de las mujeres en general. Debe buscarse y priorizarse su eliminación en base a los derechos y la ética. Sin embargo, como una manifestación de desigualdades subyacentes más amplias, también es un impedimento para el progreso en todos los aspectos del desarrollo, y por lo tanto, debe integrarse como prioridad en todas las áreas de la agenda de desarrollo pos 2015-

Los debates aquí plasmados consideran las desigualdades más amplias que impulsan la mortalidad materna y representan barreras importantes para el desarrollo. También identifican las condiciones básicas que permitirán a las mujeres ejercer sus derechos humanos fundamentales, incluido el derechos a la mejor salud posible, que comprende el derecho a la salud sexual y reproductiva. Si no se consideran todos los determinantes interconectados de la salud materna considerada en este documento, no será posible reducir la mortalidad materna o hacer cambios transformadores necesarios luego del 2015, para acelerar el progreso en el desarrollo humano inclusivo a nivel mundial.

Las estrategias para eliminar la mortalidad materna y contribuir con la agenda de desarrollo post-2015

Para considerar la situación crítica y compleja de la salud materna en todo el mundo para acelerar el progreso alcanzado a la fecha y atacar las desigualdades que subyacen y que perpetúan las desigualdades e impiden que se alcancen las metas establecidas, el marco de desarrollo post-2015 debe incorporar, priorizar y hacer responsables a los gobiernos para apoyar, adoptar e implementar eficazmente políticas basadas en los derechos y evidencia, estrategias e intervenciones de acuerdo con estos principios:

1. *Reducir la pobreza entre las mujeres y niñas mediante la garantía de trabajo decente para mujeres e igualdad de salarios para hombres y mujeres en el sector no agrícola.* Alcanzar más reducciones de la extrema pobreza es una deuda mundial, en particular en África, América Latina y el Caribe, y algunos países de Asia-pacífica. Las estrategias de crecimiento del desarrollo y políticas macroeconómicas deben tener perspectiva de género y estar dirigidas a reducir la pobreza mediante la construcción de mayores oportunidades de empleos asalariados para mujeres en el sector no agrícola.
2. *Garantizar el acceso a la educación primaria y secundaria de las niñas.* Debe implementarse un esfuerzo continuo para alcanzar las metas de educación universal, aumentar la tasa de inscripción, retención y finalización, y alcanzar la paridad de género, aumentando las tasas de alfabetismo entre niñas, haciendo hincapié en mejorar la calidad de la educación. En todos los países en desarrollo, los gobiernos deben tomar medidas eficaces para eliminar las cuotas escolares par que la educación primarias y secundaria para niñas pueda alcanzarse. **Asegurar la educación básica para las niñas es una de los principales factores en alcanzar el empoderamiento de las mujeres y niñas, y su habilidad para ejercer sus derechos básicos.**
3. *Brindar educación sexual integral a adolescentes y jóvenes en todas las escuelas primarias y secundarias.* La ESI debe incorporarse en el curriculum de las escuelas para construir el

conocimiento correcto e integral de la prevención del VIH y de embarazos no deseados, reducir las tasas de natalidad entre adolescentes, aumentar la concientización y deconstruir las normas y prácticas culturales dañinas, y contribuir a construir la igualdad de género desde temprano edad.

4. *Abordar normas y prácticas culturales dañinas que son obstáculos para el empoderamiento de mujeres y niñas, incluido el matrimonio a edad temprana o forzado. Promulgar cambios legales para impedir matrimonios a edades tempranas y forzados como un paso hacia el empoderamiento y autodeterminación de mujeres y niñas.* El matrimonio a edad temprana y forzado impide ejercer la libertad de mujeres y niñas para tomar sus propias decisiones sobre sus vidas y su salud, especialmente su salud sexual y reproductiva, incrementa las tasas de embarazos adolescentes y las pone en mayor riesgo de infectarse con el VIH y de enfermar y morir durante el embarazo, parto y/o puerperio.
5. *Eliminar todas las formas de violencia basada en el género contra mujeres y niñas para garantizar su integridad y el pleno ejercicio de sus derechos básicos.* Todas las formas de violencia contra las mujeres –sexual, física y psicológica- constituyen graves violaciones contra los derechos de las mujeres y el principal impedimento para el empoderamiento de las mujeres; sin embargo, sigue aumentando a nivel mundial, socavando los esfuerzos para lograr todas las metas de desarrollo. Un mayor progreso antes y después del 2015 depende del avance que se realice en esta meta.
6. *Garantizar el acceso eficaz al aborto seguro cuando la ley lo permita, y promover una reforma legal para expandir las condiciones bajo las cuales el aborto es permitido por ley.* Ambas acciones son necesarias para reducir la incidencia de abortos inseguros que constantemente ponen en peligro la vida y la salud de mujeres y niñas y que continúan siendo una de las principales causas de mortalidad materna en las regiones en vías de desarrollo.
7. *Dar prioridad a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva, fortalecer y mejorar su calidad, disponibilidad y accesibilidad a todos los servicios de salud para las mujeres, incluida la atención primaria de salud, los servicios de salud sexual y reproductiva,*

incluidos los insumos y el cuidado de la salud materna, especialmente la atención obstétrica de rutina y de emergencia y la atención ginecológica. Asegurar y aumentar la inversión en salud de la mujer, eliminar los pagos en estos servicios priorizando el aumento de la accesibilidad entre la población rural que enfrenta mayores barreras a los servicios que la población urbana.

8. *Reconocer y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población especialmente de las mujeres, adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) pobres y marginales.* Para satisfacer las necesidades de salud específicas de adolescentes y jóvenes, se les debe garantizar el acceso a la educación sexual integral y a servicios de salud para adolescentes y con perspectiva de género que brinden información basada en la evidencia sobre sexualidad y acceso gratuito a una gama de métodos conceptivos modernos así como a información precisa sobre esos métodos que permitan tomar decisiones informadas para prevenir embarazos no deseados e infecciones con VIH.
9. *Promover la integración de la prevención, el tratamiento la atención del VIH/SIDA y el apoyo para las personas afectadas e infectadas con el virus dentro de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando que los profesionales de la salud incluyan una perspectiva de género y derechos, y promuevan asesoramiento y pruebas voluntarios para las adolescentes y mujeres.*
10. *Fortalecer la recolección de datos y los mecanismos de registro a nivel país, que incluya información desagregada por grupos de edad, población rural/urbana y características socio-económicas –como educación y/o nivel de ingreso.* Esta información es necesaria para diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades de las poblaciones que más lo necesitan y reducir la RMM.

REFERENCIAS:

-
- ¹ Las redes mencionadas en este documento son parte del grupo “Estrategias desde el sur: Construyendo sinergias en VIH/SIDA y derechos sexuales y reproductivos”, formado en 2006, que reúne a 43 redes regionales e internacionales de África, Asia-Pacífico y América Latina y el Caribe del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el VIH/SIDA los derechos humanos y especialmente los derechos de las mujeres, las personas que viven con VIH y SIDA, LGBTT, jóvenes, trabajadores sexuales y usuarios de drogas, dedicadas a fortalecer y mejorar el impacto de la abogacía internacional en conjunto sobre derechos y salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA para mujeres y niñas y grupos con identidades sexuales diversas.
- ² Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mujeres de entre 15 y 49 años.
- ³ United Nations (2010). “The Millennium Development Goals Report 2010”.
- ⁴ United Nations (2012). “The Millennium Development Goals Report 2012”.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Ibid.
- ⁸ Ibid.
- ⁹ Ibid.
- ¹⁰ Ronsmans, C. & Graham, W. J. (2006). “Maternal mortality: who, when, where, and why”. *The Lancet*, 368(9542), 1189 -1200.
- ¹¹ Asamoah, B. O., Moussa, K. M., Stafström, M. & Musinguzi, G. (2011). “Distribution of causes of maternal mortality among different socio-demographic groups in Ghana; a descriptive study”. *BMC Public Health*, 11(159). doi:10.1186/1471-2458-11-159.
- ¹² UNFPA (2011) “El estado de las parteras en el mundo 2011: Mali”. Retrieved from: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/country_info/profile/es_Mali_SoWMy_Profile.pdf
- ¹³ Ronsmans, C. & Graham, W. J. (2006). “Maternal mortality: who, when, where, and why”. *The Lancet*, 368(9542), 1189 -1200.
- ¹⁴ United Nations (2012). “The Millennium Development Goals Report 2012”.
- ¹⁵ ECA, AU, ADBG, UNDP (2012). “MDG Report 2012: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals. Emerging perspectives from Africa on the post-2015 development agenda”.
- ¹⁶ Hogan, M. et. al (2010). “Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”. *The Lancet*, 375(9726), 1609-1623. doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1
- ¹⁷ ECA, AU, ADBG, UNDP (2012). “MDG Report 2012: Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals. Emerging perspectives from Africa on the post-2015 development agenda”.
- ¹⁸ ESCAP, ADB, UNDP (2012). “Accelerating equitable achievement of the MDGs: Closing gaps in health and nutrition outcomes. Asia Pacific Regional MDG Report 2011/12”.
- ¹⁹ Ibid.
- ²⁰ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank (2012). “Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates”.
- ²¹ Chatterjee, P. (2007). “India addresses maternal deaths in rural areas”. *The Lancet*, 370(9592), 1023-1024. doi:10.1016/S0140-6736(07)61460-3.
- ²² Ipas (2010, September 23). “Nepal recibe Premio de ODM por mejorar la salud materna”. Retrieved 22 October 22, 2012, from: <http://www.ipas.org/es-MX/News/2010/September/Nepal-receives-MDG-Award-for-improving-maternal-health.aspx>
- ²³ United Nations (2012). “The Millennium Development Goals Report 2012”.
- ²⁴ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank (2012). “Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates”.
- ²⁵ Ibid.
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ WHO (2012). Health statistics and health information systems. Consultado el 17 de octubre de 2012, en <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/index.html>

-
- ²⁸ United Nations (2012). "The Millennium Development Goals Report 2012".
- ²⁹ Singh, S. et al. (2009). "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress". New York: Guttmacher Institute.
- ³⁰ ECA, AU, ADBG (2009). "Assessing Progress in Africa Toward the Millennium Development Goals. MDG Report 2009".
- ³¹ United Nations (2012). "The Millennium Development Goals Report 2012".
- ³² WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank (2012). "Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates".
- ³³ United Nations (2005). "The Millennium Development goals: a Latin American and Caribbean perspective."
- ³⁴ ESCAP, ADB, UNDP (2010). "Achieving the Millennium Development Goals in an Era of Global Uncertainty. Asia Pacific Regional Report 2009/10".
- ³⁵ United Nations (2012). "The Millennium Development Goals Report 2012".
- ³⁶ Ibid.
- ³⁷ UNFPA (2012). "Marrying too young. End child marriage".
- ³⁸ Ibid.
- ³⁹ WHO (2012, March 16). "Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat". Sixty-fifth World Health Assembly, A65/13. Retrieved from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_13-en.pdf
- ⁴⁰ Ibid.
- ⁴¹ UNFPA (2012). "Marrying too young. End child marriage".
- ⁴² WHO Department of Reproductive Health and Research (2011). "Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Sixth edition".
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008". New York: Guttmacher Institute. Author Version - Original Research Article in *The Lancet*, publicado en línea el 19 de enero de 2012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
- ⁴⁵ Ibid.
- ⁴⁶ "Global levels of unmet need and contraceptive use seem to have stalled in the past decade: the percent of married women with unmet need for contraception fell by 0.2 percentage points per year in 1990–2000, but essentially did not change in 2000–2009". Cita de: Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008". New York: Guttmacher Institute. Autor versión original- artículo de investigación en *The Lancet*, publicado en línea el 19 de enero de 2012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
- ⁴⁷ Guttmacher Institute (2012). "In Brief: Fact Sheet. Facts on Induced Abortion Worldwide". Consultado el 14 de septiembre de 2012 en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
- ⁴⁸ Ibid.
- ⁴⁹ Ibid.
- ⁵⁰ Singh, S. et al. (2009). "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress". New York: Guttmacher Institute.
- ⁵¹ Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008". New York: Guttmacher Institute. Author Version - Original Research Article in *The Lancet*, published online January, 19th, 2012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
- ⁵² Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2011). "Informe Annual 2011. El salto de la autonomía: de los márgenes al centro".
- ⁵³ Católicas por el Derecho a Decidir, C.D.E.M., CEDES, CELS, CLADEM, Comisión Provincial por La Memoria, FEIM, Feministas en Acción, INSGENAR, Mujeres Trabajando (2010). "Derechos humanos de las mujeres: Asignaturas pendientes del estado argentino". Argentina Shadow Report by Civil Society Organizations in the framework of the Presentation of the Sixth Periodical Report of Member States (CEDAW/C/ARG/6) before the CEDAW 46th Session.
- ⁵⁴ Singh, S. et al. (2009). "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress", New York: Guttmacher Institute.
- ⁵⁵ Guttmacher Institute: "In Brief: Fact Sheet. Facts on Induced Abortion Worldwide", enero de 2012: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
- ⁵⁶ Singh, S. et al. (2009) "Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress", New York: Guttmacher Institute.

⁵⁷ Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K. & Bankole, A. (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008". New York: Guttmacher Institute. Author Version - Original Research Article in *The Lancet*, published online January, 19th, 2012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ ODM 3: paridad de género en la educación, el trabajo no agrícola y la participación política; ODM 5a: razón de mortalidad materna, consultas prenatales con personal calificado; ODM 5b: tasa de prevalencia de anticonceptivos, tasa de natalidad entre adolescentes, cobertura de atención prenatal, necesidades insatisfechas de planificación familiar; ODM 6a: prevalencia de VIH entre población de entre 15 y 24 años, uso de preservativo, conocimiento integral del VIH/SIDA, asistencia de huérfanos a las escuelas.

⁶¹ United Nations (2012). "The Millennium Development Goals Report 2012".

⁶² Ibid.

⁶³ UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda (2012). "Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General."

⁶⁴ United Nations (2012). "The Millennium Development Goals Report 2012".

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda (2012). "Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General."

⁶⁸ Ibid.