Naciones Unidas A/63/222

# Asamblea General

Distr. general
6 de agosto de 2008
Español
Original: inglés

**Sexagésimo tercer período de sesiones**
Tema 59 del programa provisional*
**Adelanto de la mujer**

## Apoyo a los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica

### Informe del Secretario General

*Resumen*

El presente informe fue preparado en respuesta a la resolución 62/138 de la Asamblea General. La fístula obstétrica es una lesión devastadora que pueden sufrir las mujeres durante el parto y que les provoca incontinencia, y, con frecuencia, las aísla de sus comunidades. Es un ejemplo patente de que los servicios de salud materna y salud reproductiva continúan siendo deficientes y un indicio de los altos niveles de mortalidad y discapacidad materna. En el informe se esbozan las medidas adoptadas para erradicar la fístula obstétrica a los niveles internacional, regional y nacional, entre ellas las del sistema de las Naciones Unidas. El informe concluye con recomendaciones para intensificar los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica como parte del apoyo al logro del objetivo de desarrollo del Milenio número 5 incluida la mejora de los sistemas sanitarios y el aumento de los niveles y la previsibilidad de la financiación.

* A/63/150.

08-45160 (S) 260808 020908

# Índice


| | | *Párrafos* | *Página* |
|---|---|---|---|
| I. | Introducción | 1 | 3 |
| II. | Antecedentes | 2–12 | 3 |
| III. | Medidas adoptadas a nivel intergubernamental y regional | 13-26 | 7 |
| | A. Medidas intergubernamentales | 13–20 | 7 |
| | B. Medidas regionales | 21–26 | 9 |
| IV. | Medidas adoptadas recientemente por los Estados Miembros y las Naciones Unidas | 27–60 | 11 |
| | A. Recopilación y análisis de datos | 27–33 | 11 |
| | B. Estrategias e intervenciones de prevención | 34–42 | 13 |
| | C. Estrategias e intervenciones de tratamiento y reintegración | 43–49 | 16 |
| | D. Promoción y concienciación | 50–52 | 17 |
| | E. Apoyo mundial y movilización de recursos | 53–60 | 18 |
| V. | Conclusión y recomendaciones | 61–65 | 20 |

# I. Introducción

1. El presente informe se ha preparado de conformidad con la resolución 62/138 de la Asamblea General en la cual la Asamblea pidió al Secretario General que le presentara un informe sobre la aplicación de la resolución en su sexagésimo tercer período de sesiones. En el informe da una idea general de las causas principales de la fístula obstétrica y las medidas adoptadas por la comunidad internacional y el sistema de las Naciones Unidas para abordarlas, y de las recomendaciones que debe considerar la Asamblea General. Como se solicitaba en la resolución, el informe se presenta en relación con el tema del programa titulado “Adelanto de la mujer”.

# II. Antecedentes

2. La fístula obstétrica es una lesión devastadora que pueden sufrir las mujeres durante el parto y que les provoca incontinencia, las avergüenza y, con frecuencia, las aísla de sus comunidades. Es un ejemplo patente de los deficientes servicios de salud materna y salud reproductiva y un indicio de los altos e inaceptables niveles de mortalidad y discapacidad materna. Afecta de manera desproporcionada a las mujeres y niñas empobrecidas que viven en las comunidades rurales en los países en desarrollo. La fístula obstétrica se puede prevenir casi totalmente facilitando el acceso a buenos servicios de atención de salud materna. Las mismas intervenciones servirían para evitar la mortalidad materna y otras discapacidades. Con intervenciones quirúrgicas se pueden curar las heridas, y las consecuencias sociales pueden solucionarse con asistencia de modo que, la mayoría de las mujeres que han vivido con fístula pueden reanudar una vida plena y productiva. Para poner fin a la fístula obstétrica es necesario abordar las desigualdades sociales y económicas subyacentes que impiden que las mujeres disfruten de sus derechos reproductivos entre ellos, el derecho a decidir cuándo casarse y tener hijos, a tener acceso servicios de educación de salud reproductiva, y a evitar el matrimonio precoz y el parto prematuro.

3. En todo el mundo, la gran mayoría de las fístulas obstétricas están ocasionadas por partos prolongados y obstruidos. A escala mundial, casi el 5% de los partos son obstruidos. Cuando una mujer, durante un parto prolongado y obstruido no recibe atención médica de manera oportuna, normalmente practicando una intervención de cesárea, la presión de la cabeza del bebé contra la pelvis de la madre puede causar lesiones importantes. Si la mujer sobrevive, puede quedarle una abertura —una fístula obstétrica— que resulte en una pérdida constante de orina o de materia fecal. Normalmente, las mujeres que tienen una fístula obstétrica han sobrevivido a tres días de parto y, en algunos casos, a más de una semana. En no menos del 90% de los casos, el bebé nace muerto o muere durante la primera semana de vida[1].

4. Las mujeres que viven con fístula obstétrica sufren consecuencias médicas y sociales. Además de perder orina, pueden tener infecciones de vejiga, heridas dolorosas, insuficiencia renal e infertilidad. El olor de la pérdida constante de orina, junto con las percepciones erróneas sobre su causa, a menudo resulta en un estigma y el aislamiento en las comunidades. Muchas mujeres son abandonadas por sus

[1] L. L. Wall, J. A. Karshima, C. Kirschner y Arrowsmith. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients From Tos Nigeria, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; vol. 190, No. 4 (abril de 2004), págs. 1.011 a 1.019.

maridos y, en algunos casos, por sus familias. A menudo, no pueden participar en la vida diaria familiar y comunitaria, como por ejemplo, asistir a eventos sociales, practicar su religión, o ayudar en las tareas domésticas. Pueden tener dificultades para mantener una fuente de ingresos o apoyo, lo que intensifica su pobreza. Los sentimientos de aislamiento pueden afectar su salud mental y causar depresiones, baja autoestima y, en algunos casos, suicidio.

5. Pese a que no se dispone de mediciones de población fiables, se acepta en general que entre 2 y 3,5 millones de mujeres sufren fístula obstétrica[2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, anualmente se dan unos 73.000 nuevos casos[3], lo que podría ser un cálculo demasiado bajo ya que está basado en datos ofrecidos por instituciones sanitarias, y la mayoría de los casos no suelen llegar al hospital. La mayoría de los casos de fístula obstétrica se dan en zonas con altas tasas de mortalidad materna, como el África subsahariana y el Asia Meridional, donde se producen la mayoría de las 500.000 defunciones maternas anuales y las tasas de mortalidad materna a menudo exceden a 300 por 100.000 nacidos vivos[4]. El riesgo total de muerte de parto a lo largo de la vida en esas regiones puede ser 1.000 veces superior al que existe en las regiones industrializadas, lo que constituye la mayor desigualdad sanitaria del mundo. En regiones como América Latina y el Caribe y los Estados Árabes, se han hecho grandes progresos, pero algunos países y ciertas poblaciones siguen teniendo altas tasas de mortalidad materna. Algunas de las tasas más altas se registran en los países afectados por emergencias humanitarias.

6. El nivel óptimo de salud materna incluyendo la erradicación de la fístula obstétrica, en última instancia se logrará con el acceso universal a servicios de salud reproductiva. La situación actual refleja la deficiencia de los sistemas sanitarios, en particular, la insuficiencia de los recursos humanos y la falta de acceso a los sistemas de salud reproductiva. Dentro de la salud reproductiva, tres intervenciones tendrán el efecto más inmediato en las tasas de mortalidad y discapacidad materna, a saber: la planificación de la familia, la asistencia de personal sanitario especializado durante el parto y la atención obstétrica de urgencia en caso de que surjan complicaciones:

- La planificación de la familia puede ayudar a prevenir los embarazos entre los adolescentes y reducir el número de embarazos y, con ello, la exposición al riesgo de muerte o discapacidad. A nivel mundial, 37 países tienen necesidades insatisfechas en materia de planificación de la familia superiores al 20% entre las mujeres casadas, y 24 países tienen una tasa de uso de anticonceptivos modernos inferior al 10%[5].

---

[2] L. L. Wall “Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem”. *The Lancet*; vol. 368, número 9542 (30 de septiembre de 2006), págs. 1.201 a 1.209.

[3] C. AbouZahr, “Global burden of maternal death and disability”, *British Medical Bulletin*, vol. 67, No. 1 (diciembre de 2003).

[4] *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007).

[5] Fondo de Población de las Naciones Unidas y División de Población de las Naciones Unidas, 2008.

- Menos de la mitad de las mujeres en Asia y África reciben asistencia de personal sanitario especializado durante el parto[6]. Hay grandes disparidades socioeconómicas; por ejemplo, en los 68 países con la tasa de mortalidad materna más elevada[7], las mujeres en los quintiles socioeconómicos más altos tienen un 34% más de posibilidades de recibir asistencia especializada durante el parto que las de los más bajos. La crisis de recursos humanos en el sector sanitario agrava este problema; la OMS estima que se necesitan como mínimo 300.000 parteras para cubrir las necesidades[8].

- La atención obstétrica de urgencia comprende las intervenciones médicas que pueden evitar que las complicaciones en el parto sean mortales o causen formas de discapacidad como la fístula obstétrica. Las Naciones Unidas recomiendan que se establezcan cinco instituciones sanitarias que ofrezcan atención obstétrica de urgencia por cada 500.000 habitantes, y que al menos una de ellas ofrezca atención integral[9]. Sin embargo, las evaluaciones nacionales demuestran que a menudo, ni siquiera se dispone de los servicios básicos[10]. La tasa de cesáreas, que son fundamentales para evitar la fístula obstétrica, sigue muy por debajo de la tasa recomendada de entre el 5% y el 15% para las mujeres más pobres en los países con altas tasas de mortalidad materna[11].

7. La persistencia de la fístula obstétrica refleja no sólo las restricciones del sistema sanitario, sino también el marco económico y sociocultural más amplio. La pobreza y la desigualdad entre los géneros obstaculizan el acceso de la mujer a las oportunidades incluyendo su acceso a los servicios. Las preferencias culturales de alumbramiento en el hogar y sin asistencia inhiben la utilización de los servicios. Los costos de la asistencia sanitaria pueden tener consecuencias catastróficas para las familias pobres. Además, las deficiencias de otra infraestructura como el transporte y las comunicaciones, complican aún más las dificultades de acceso. Estos factores afectan a los tres tipos de retraso que pueden impedir el acceso de las mujeres a la atención sanitaria, a saber, la tardanza en solicitar asistencia sanitaria, en llegar a las instituciones sanitarias, y en recibir asistencia en las instituciones.

---

[6] Organización Mundial de la Salud, Proporción de partos asistidos por personal cualificado: actualización de 2008.

[7] Countdown 2008 Equity Analysis Group, “Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries”, The Lancet, vol. 371, número 9620 (12 de abril de 2008), págs. 1.259 a 1.267.

[8] Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán! (Ginebra, 2005).

[9] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Directrices para supervisar la disponibilidad y utilización de los servicios de obstetricia (Nueva York, UNICEF, 1997).

[10] A. Paxton, P. Bailey, S. Lobis y D. Fry, “Global patterns in availability of emergency obstetric care”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 93, No. 3 (junio de 2006), págs. 300 a 307.

[11] C. Ronsmans, S. Holtz y C. Stranton, “*Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospectrive analysis*”, *The Lancet*, vol. 368, número 9546 (28 de octubre de 2006), págs. 1.516 a 1.523.

8. Las madres primerizas son las que tienen mayor riesgo de fístula obstétrica y deben seguirse más de cerca[12]. Con el descenso de la fertilidad y la disminución del número de nacimientos, del total de partos cada vez habrá una proporción mayor de partos de madres primerizas que requerirán atención especial. El establecimiento de costumbres sanas entre las madres primerizas y sus parejas por lo que se refiere al parto, la alimentación del lactante y las opciones de espaciamiento de los nacimientos, también puede servir para conformar comportamientos para toda la vida.

9. En comparación con las mujeres mayores de 20 años, las adolescentes están particularmente expuestas a padecer fístulas obstétricas y tienen el doble de riesgo de fallecer durante el parto. Se ha demostrado que retrasar el embarazo hasta después de la adolescencia puede reducir el riesgo de obstrucción del parto y, por consiguiente, de fístula obstétrica[13]. La cifra media de partos entre las niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años en los países en desarrollo, es más de cinco veces superior a la de las niñas de países desarrollados[14]. Anualmente, 14 millones de adolescentes dan a luz, a menudo contando con pocos recursos y escasos conocimientos sobre salud reproductiva[15]. Para las niñas, la malnutrición puede atrofiar el crecimiento de la pelvis, y los embarazos precoces antes de que la pelvis esté completamente desarrollada pueden contribuir a un mayor riesgo de obstrucción del parto[16]. También es más probable que las adolescentes den a luz sin contar con asistencia especializada. Las mujeres que tienen su primer parto a edad temprana, normalmente tienen mayor cantidad de hijos y con intervalos más cortos, lo que está vinculado a un riesgo más elevado de defunción o discapacidad materna.

10. Además, los factores socioeconómicos también contribuyen a los embarazos y partos precoces y ello aumenta el riesgo de fístula obstétrica. La experiencia demuestra que las niñas pobres y marginadas tienen más probabilidades de casarse y dar a luz durante la adolescencia que las niñas con más oportunidades económicas y educativas. A menudo se espera que las niñas tengan hijos inmediatamente después de contraer matrimonio y, habida cuenta de la escasa consideración que se les da en los hogares, puede ser que las decisiones con respecto a su salud y a la utilización de servicios las tomen otras personas. El matrimonio precoz constituye una violación de la Convención sobre los Derechos del Niño y es ilegal en muchos países. Está aumentando la edad en que se contrae el primer matrimonio; no obstante, en el próximo decenio, más de 100 millones de niñas de países en desarrollo se casarán antes de los 18 años[17].

---

[12] J. Kelly y B. E. Kwast, Epidemiologic study of vesicovaginal fistula in Ethiopia, *International Urogynaecology Journal*, vol. 4, No. 5 (octubre de 1993), págs. 278 a 281.

[13] A. O. Tsui, A. A. Creanga, S. Ahmed, “The role of delayed childbearing in the prevention of obstetric fistulas”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 99, Suplemento 1 (noviembre de 2007), págs. S98 a S107.

[14] Guttmacher Institute, *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity*. (Nueva York: Guttmacher Institute, 2006).

[15] Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2007. Giving Girls Today and Tomorrow.

[16] J. P. Neilson, T. Lavender, S. Quenby y S. Wray, “Obstructed labour. Reducing maternal death and disability during pregnancy”, *British Medical Bulletin*, vol. 67, No. 1 (diciembre de 2003) págs. 191 a 204.

[17] Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the Cycle of Adolescent Pregnancy*, 2007.

11. Los tratamientos para mujeres que viven con fístula obstétrica, pueden curar entre el 85% y el 90% de los casos. Pocas instituciones sanitarias pueden proporcionar ese tipo de tratamiento debido a la cantidad limitada de profesionales de la salud debidamente capacitados. Además, suele haber escasez de personal, equipos y espacio[18]. Incluso cuando estos servicios están disponibles, muchas mujeres los desconocen, no pueden pagarlos o no tienen acceso a ellos. Se ha estimado que cada año, cerca de 7.000 mujeres reciben el tratamiento, sólo el 10% de los casos nuevos y casi ninguno de los 2 millones o más de casos pendientes. A causa de las consecuencias sociales y psicológicas, las mujeres también necesitan apoyo para restablecer su autoestima y reintegrarse en la sociedad. Este apoyo puede incluir servicios de asesoramiento, alfabetización, formación vocacional y educación sanitaria.

12. En 2003, El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros asociados iniciaron una Campaña mundial para erradicar la fístula obstétrica para 2015, mediante su prevención y tratamiento, y el empoderamiento de la mujer para su reintegración en la sociedad tras el tratamiento. En la actualidad, la Campaña está en marcha en más de 45 países de África, Asia y los Estados Árabes. En 2003 se creó el Grupo de Trabajo Internacional sobre la Fístula Obstétrica para que velara por la coordinación mundial de los esfuerzos por erradicar la fístula obstétrica. La Campaña tiene como objetivo contribuir al logro del objetivo de desarrollo del Milenio 5 de mejorar la salud materna y el objetivo de desarrollo del Milenio 3 de fomentar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

# III. Medidas adoptadas a nivel intergubernamental y regional

## A. Medidas intergubernamentales

13. Durante dos decenios, las Naciones Unidas y la comunidad internacional han hecho campañas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas. En la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo, celebrada en Nairobi en 1987, se asumieron los primeros compromisos a nivel mundial. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, la salud materna fue reconocida como el componente fundamental de la salud sexual y reproductiva. En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, los gobiernos reconocieron que las pautas arraigadas de discriminación social y cultural son los principales contribuyentes a la mala salud sexual y reproductiva, entre otras cosas, a la mortalidad y discapacidad maternas y a la falta de información y servicios. En el Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se pide a los Estados que garanticen a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. En el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño también se pide a los Estados que adopten las medidas adecuadas para asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.

---

[18] A. Velez, K. Ramsey y K. Tell, “The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; vol. 99, Suplemento 1 (noviembre de 2007), págs. S143 a S150.

14. En 2000, los dirigentes mundiales refirmaron sus compromisos de mejorar la salud materna en relación con el objetivo de desarrollo del Milenio 5, estableciendo una meta de reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% a más tardar en 2015 (véase A/56/326). Las mismas intervenciones que reducen la mortalidad también evitan formas de morbilidad como la fístula obstétrica. La adición de la meta del acceso universal a servicios de salud reproductiva bajo el objetivo de desarrollo del Milenio 5 garantizó posteriormente la plena cobertura de todos los factores para mejorar la salud materna. Los otros objetivos de desarrollo del Milenio, en particular los objetivos 3, 4 y 6 están relacionados estrechamente con la salud y la supervivencia maternas. En la actualidad, los progresos alcanzados con respecto al objetivo de desarrollo del Milenio 5 van a la zaga del resto de los objetivos y tienen el nivel de apoyo financiero más bajo. Ninguna región ha logrado reducir las tasas anuales de mortalidad materna lo suficiente para alcanzar la meta. De los 68 países en los que se registra la mayor cantidad de muertes de madres y niños, sólo el 16% va bien encaminado para lograr los objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5 a más tardar en 2015.

15. En su resolución 60/141 sobre la niña, la Asamblea General reconoció el problema de la fístula obstétrica. En la resolución la Asamblea insta a los Estados a que promuevan la igualdad entre los géneros y la igualdad de acceso a los servicios básicos como la educación, la nutrición y la atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Se reconoce el papel que desempeñan la maternidad prematura y el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva como principales causas de la persistencia de la fístula obstétrica, la mortalidad materna y otros tipos de enfermedades.

16. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental estudió la relación entre el derecho a la salud y la reducción de la mortalidad materna. En el informe (A/61/338), que fue presentado a la Asamblea General en 2006, se hace hincapié en que el derecho a la salud también da derecho a contar con una serie de servicios de salud materna. También se destaca que el derecho a la salud abarca los derechos a determinantes sociales, económicos, culturales y políticos de la salud y se insta a la organización de una campaña de derechos humanos contra la mortalidad materna.

17. En el informe del Secretario General de 2007, presentado de conformidad con la resolución 60/41 (A/62/297), se señalan las medidas adoptadas por el Comité de los Derechos del Niño para subrayar la continuación de la discriminación contra las niñas, en particular las niñas marginadas. El informe también se centra en los matrimonios de niños y los embarazos tempranos y señala que, en muchos países, no está claramente establecida ni impuesta la edad mínima para contraer matrimonio. Se dedica una sección especial a las medidas adoptadas para erradicar la fístula obstétrica. En el informe se proporciona información actualizada sobre la Campaña mundial para erradicar la fístula dirigida por el UNFPA, en asociación con los Estados Miembros, los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones.

18. En 2007, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer se centró en las estrategias para la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra la niña. Las conclusiones convenidas[19], entre otras cosas, instan a los gobiernos a adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de las niñas en esferas como la educación y la salud, entre otras cosas, información y servicios de calidad sobre salud reproductiva. También reconocen que el riesgo de fístula obstétrica y de mortalidad materna es más alto entre las adolescentes.

19. La Conferencia titulada “Las mujeres dan la vida”, celebrada en Londres en octubre de 2007, reunió a cerca de 2.000 participantes de 109 países con el objetivo de movilizar apoyo político y financiero para la salud de la mujer, en particular, para evitar la mortalidad y discapacidad maternas. Los expertos participantes demostraron que invertir en las mujeres es un factor esencial para el desarrollo. Fue el primer foro mundial en el que las mujeres que habían vivido con la fístula obstétrica tuvieron la oportunidad de expresar públicamente sus experiencias. La Conferencia concluyó con un compromiso asumido por 70 ministros y parlamentarios de asignar alta prioridad al logro del objetivo de desarrollo del Milenio 5 en los programas nacionales, regionales e internacionales.

20. La resolución 62/138 de la Asamblea General titulada “Apoyo a los esfuerzos para erradicar la fístula obstétrica”, copatrocinada por 138 Estados Miembros, fue aprobada en diciembre de 2007. En la resolución la Asamblea hace hincapié en la interrelación entre pobreza, malnutrición, falta de servicios de salud o servicios inadecuados o inaccesibles, procreación prematura y matrimonio precoz de las niñas como las principales causas de la fístula obstétrica. También se destaca que los Estados tienen la obligación de promover y proteger todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres y las niñas, y se invita a los Estados Miembros a contribuir a los esfuerzos por eliminar la fístula obstétrica, en particular la Campaña mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas para erradicar la fístula.

## B. Medidas regionales

21. En 2003, preocupado por la falta de progresos en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5, el Equipo Regional Africano de Tareas sobre Salud Reproductiva instó a los países africanos a desarrollar un plan para acelerar la reducción de la mortalidad de la madre y del recién nacido. El plan, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial y otros miembros del Equipo de Tareas, tiene como objetivo ayudar a los gobiernos en la planificación y movilización de apoyo para la atención especializada durante el embarazo, el parto y el período posterior al nacimiento a todos los niveles del sistema sanitario, y para fortalecer la capacidad de las personas, familias y comunidades de mejorar la salud de la madre y del recién nacido. Hasta la fecha, más de 40 países africanos han elaborado hojas de ruta.

[19] Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2007, Suplemento No.7* (E/2007/27-E/CN.6/2007/9), cap. I, secc. A.

22. En 2005, los gobiernos y los asociados técnicos se reunieron en Johannesburgo para organizar el Llamamiento de Johannesburgo (Sudáfrica) a la acción en pro de una maternidad más segura poniendo fin a la fístula obstétrica. Los participantes en la reunión, convocados por el Gobierno de Sudáfrica, el UNFPA y la OMS, instaron a los gobiernos africanos a garantizar la aplicación y ampliar los programas regionales para abordar el problema de la fístula obstétrica y mejorar la salud materna. Se recomendó que los Estados y la sociedad civil trabajaran de consuno para abordar la igualdad entre los géneros y la educación de las niñas y para fortalecer los sistemas de salud adoptando un enfoque multisectorial amplio. Se desarrolló una estrategia de erradicación de la fístula obstétrica para la región africana.

23. En 2006, los ministros de salud africanos se reunieron en Maputo a fin de preparar un plan de acción conjunto para poner en marcha un marco de políticas en materia de salud y derechos reproductivos que la Unión Africana hizo suyo en enero de 2006. La reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, que incluye la erradicación de la fístula obstétrica, es un componente fundamental del marco. La Declaración de Maputo responde a distintas vulnerabilidades, como la desigualdad entre los géneros, la vida rural y los jóvenes, y la vulnerabilidad específica de los migrantes, refugiados y desplazados. Los países de la región ahora están traduciendo esos compromisos en planes e iniciativas nacionales.

24. En Asia, la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC) incorporó la salud materna a sus objetivos de desarrollo para 2005-2010 centrándose en reducir la mortalidad materna, y en mejorar los estándares de nutrición de las adolescentes y las mujeres embarazadas. Entre los principales objetivos está el aumento de la asistencia especializada durante el parto, el cuidado prenatal y postnatal, y un descenso rápido de las tasas globales de fecundidad. La SAARC también tiene previsto desarrollar un documento de concepto sobre salud materna para la cumbre interministerial de 2009 que abarcará los países con prioridad para reducir la mortalidad y morbilidad maternas, a saber, el Afganistán, Bhután, la India, Nepal y el Pakistán.

25. Además, en Asia meridional funciona una red regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad de la madre y del recién nacido. Entre los miembros de la red figuran el sistema de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, bancos de desarrollo regionales y la SAARC. La red ha determinado como prioridades el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, haciendo hincapié en el personal sanitario, la mejora de la calidad de los servicios, el aumento del número de parteras comunitarias y la creación de demanda vinculada a las actividades para hacer que los servicios sean más asequibles. La acción colectiva se centra en promocionar los recursos humanos calificados para atención de la salud de la madre y del recién nacido. La red se reunió en junio de 2008 para evaluar las situaciones de los países, compartir experiencias y planificar la forma de aumentar el personal.

26. Hace casi un decenio, se estableció un grupo de tareas interinstitucional para reducir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe para que abordara los problemas regionales de la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Entre los miembros del grupo figuran organismos de las Naciones Unidas, organismos donantes bilaterales, bancos de desarrollo y organizaciones no gubernamentales. El grupo de tareas se reúne periódicamente y se guía por un

consenso interinstitucional estratégico alcanzado en 2002. En la actualidad, sus prioridades incluyen: movilizar la voluntad política, recopilar y analizar datos para demostrar el problema y localizar a las poblaciones más afectadas, y desarrollar capacidad para fortalecer los sistemas sanitarios.

# IV. Medidas adoptadas recientemente por los Estados Miembros y las Naciones Unidas

## A. Recopilación y análisis de datos

27. En una serie sobre supervivencia materna publicada en *The Lancet* en 2006 se analizaron las pruebas acumuladas a lo largo de los últimos 20 años sobre la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas, presentando las intervenciones más eficaces basadas en esas pruebas. Este análisis ha ayudado a lograr un consenso y a centrarse en las maneras de mejorar las intervenciones y fortalecer los sistemas de supervisión para estudiar las tendencias de la mortalidad materna y la accesibilidad de los servicios de salud materna[20].

28. Se están adoptando medidas a fin de mejorar el seguimiento de los progresos en el logro de las metas del objetivo de desarrollo del Milenio 5, entre otras cosas, la medición de la reducción de la mortalidad materna y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. A este respecto, la OMS y el UNFPA han propuesto indicadores de prioridades para la vigilancia a nivel nacional[21]. Entre los indicadores, hay un subgrupo relacionado con la salud materna y perinatal, que incluye la fístula obstétrica.

29. Los cálculos de mortalidad materna de la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial para 2005 señalan los progresos realizados en el logro del objetivo de desarrollo del Milenio 5[22]. El análisis de las tendencias entre 1990 y 2005 indica que las tasas de mortalidad materna disminuyeron mundialmente menos de un 1% anual, cifra que dista mucho de la tasa necesaria para lograr el objetivo de desarrollo del Milenio 5. Los datos también subrayan las grandes desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo: en 2005, el 86% de las defunciones maternas se dieron en el África subsahariana y en Asia meridional. De modo similar, el riesgo total de mortalidad materna a lo largo de la vida[23] varía de 1 de cada 7 mujeres en el Níger y 1 de cada 7.300 mujeres en los países desarrollados.

30. Una evaluación de las necesidades de 9 países africanos realizada por el UNFPA y *Engender Health* en 2003, fue una de las primeras fuentes de datos multinacionales sobre fístula obstétrica. Con el apoyo del UNFPA y otros, 36 países han llevado a cabo evaluaciones documentando datos de referencia sobre el problema y sus dimensiones socioculturales. La pobreza se citó frecuentemente como la principal causa subyacente por su vinculación con la falta de acceso a la

---

[20] V. Filippi, C. Ronsmans, O. Campbell y otros. “Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action”, *The Lancet*, vol. 368 No. 9546 (28 de octubre de 2006), págs. 1535 a 1541.

[21] Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *National-level monitoring of the achievement of universal access to reproductive health: conceptual and practical considerations and related indicators*, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007).

[22] *Maternal Mortality in 2005*, op. cit.

[23] La probabilidad de que una muchacha de 15 años pueda morir a causa del parto.

atención sanitaria, la malnutrición, y el matrimonio y la maternidad precoces[24]. Las causas de la falta de acceso de las mujeres a los servicios de salud materna eran la oposición por parte de los familiares, las largas distancias y la falta de transporte, los elevados costos y la escasa calidad de los servicios. Se determinó que en la mayoría de países existía capacidad para tratar la fístula y que al mismo tiempo había problemas de falta de personal sanitario, equipo, suministros y espacio y no se ofrecía atención médica subvencionada los pacientes pobres. Los datos y su difusión a nivel nacional han ayudado a promover una mayor conciencia sobre la fístula obstétrica y a diseñar programas.

31. Muchas evaluaciones detectaron las limitaciones de los datos nacionales en materia de salud materna, en particular sobre fístula obstétrica. Se detectaron problemas similares en las evaluaciones de la atención obstétrica de urgencia llevadas a cabo en 32 países. A menudo los datos no se recopilan periódicamente mediante sistemas de información sanitaria, y ello obstaculiza el análisis de los progresos. En varios países, como Nigeria y Uganda, se han emprendido iniciativas de desarrollo de bases de datos nacionales sobre la fístula obstétrica. Bangladesh, Malawi, Marruecos, Nepal y el Pakistán han integrado algunos o todos los indicadores de atención obstétrica de urgencia recomendados por las Naciones Unidas[25] en los sistemas de información sanitaria. El Grupo de Trabajo Internacional sobre la Fístula Obstétrica está elaborando un informe, que se concluirá hacia finales de 2008, con las recomendaciones para los indicadores relacionados con la fístula obstétrica.

32. Habida cuenta de la necesidad de datos a nivel de población, Etiopía, Malawi, Malí, el Níger, el Pakistán, la República Democrática del Congo, Rwanda, y Uganda incluyeron módulos sobre la fístula obstétrica en sus encuestas demográficas y de salud. Los módulos variaban según los países, pero incluían cuestiones relacionadas con los conocimientos y la experiencia sobre los síntomas de la fístula obstétrica. En Etiopía, una de cada cuatro mujeres había oído hablar de la fístula obstétrica y de éstas, aproximadamente el 1% de las que habían dado a luz alguna vez informaron de que habían tenido síntomas de fístula obstétrica[26]. En Malí, el 16% de las mujeres tenían conocimientos sobre la fístula obstétrica y el 0,2% de las mujeres que habían dado a luz alguna vez, informaron de que habían padecido fístula obstétrica[27]. Se ha elaborado un módulo estándar que se utilizará en las próximas encuestas, entre ellas las de Burkina Faso y Kenya.

33. En respuesta a las deficiencias de los datos comparables, en abril de 2008, la Universidad Johns Hopkins, el UNFPA y la OMS iniciaron un estudio titulado “Prognosis, improvements in quality of life (QOL) and social integration of women with obstetric fistula after surgical treatments” (Pronóstico, mejoras en la calidad de vida e integración social de las mujeres con fístula obstétrica tras la intervención quirúrgica). La investigación durará dos años y se llevará a cabo con asociados en los siete países siguientes: Bangladesh, Benin, Etiopía, Malí, el Níger, Nigeria y el Sudán. El estudio tiene como objetivo medir los resultados de la intervención, en particular la salud física y la calidad de vida, con un seguimiento durante un año después del tratamiento.

---

[24] Velez y otros, op. cit.

[25] *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services,* op. cit.

[26] Oficina Central de Estadística, Addis Abeba y ORC Macro, Maryland (Estados Unidos de América), *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*.

[27] Salif Samaké y otros. CPS/MS/DNSI/MEIC, Bamako y Macro International, Maryland (Estados Unidos de América), *Malí: Enquête Démographique et de Santé* (ESDN-IV) 2006.

## B. Estrategias e intervenciones de prevención

34. La prevención de la fístula obstétrica puede ser una de las iniciativas para lograr el objetivo de desarrollo del Milenio 5, en particular, mediante el acceso universal a servicios de salud reproductiva asequibles y de alta calidad, haciendo hincapié en los que pueden tener efecto inmediato, como la planificación de la familia, la asistencia por parte de personal sanitario especializado durante el parto y la atención obstétrica de urgencia. Puede aprovecharse la experiencia de países como Egipto, Honduras, Malasia, Nicaragua, Sri Lanka y Tailandia que han logrado reducir la mortalidad y morbilidad maternas en períodos relativamente cortos mediante el compromiso político y financiero y la planificación efectiva en el plano nacional.

35. Para abordar las deficiencias en la esfera de la atención materna, muchos gobiernos, con la ayuda de organismos de las Naciones Unidas, entre otros, están implementando planes para asegurar que los sistemas de salud sean robustos, funcionen bien y ofrezcan toda una gama de servicios de salud materna. Malawi, por ejemplo, ha concluido, calculado los costos y movilizado los recursos necesarios para su plan nacional para reducir la mortalidad y morbilidad de la madre y del recién nacido y ha empezado a implementar el plan operacional. El plan tiene como objetivo solucionar la falta de personal, la limitada disponibilidad y utilización de los servicios de salud materna, los sistemas de remisión deficientes y la participación comunitaria insuficiente mediante un enfoque más amplio de sistemas de salud. En la actualidad, muchos otros países están movilizando recursos y empezando a implementar sus hojas de ruta con la ayuda de las Naciones Unidas y de donantes bilaterales. En América Latina, varios asociados[28] han organizado cursos de capacitación sobre desarrollo de sistemas sanitarios para los representantes de países de la región, utilizando la salud materna como un aspecto intersectorial para analizar las dimensiones de los sistemas sanitarios.

36. El acceso a servicios de planificación de la familia garantiza que todos los embarazos sean deseados y puede ayudar a mejorar la salud de la madre y del recién nacido, garantizando que la cantidad, el momento y el espacio entre partos sean óptimos. En los últimos años ha disminuido drásticamente la financiación y la prioridad concedida a la planificación de la familia. Se están adoptando medidas para reactivar las iniciativas de planificación de la familia, en particular movilizando apoyo político y financiero. El UNFPA trabaja con los gobiernos mediante programas en 140 países para asegurar que en todas las instalaciones sanitarias se ofrezca información y una serie de métodos de planificación de la familia. En Madagascar, el Presidente reunió a los grupos religiosos, los dirigentes juveniles y los funcionarios y ministros provinciales de salud para subrayar la importancia intersectorial de la dinámica de población. De modo similar, el Yemen ha dado prioridad a la planificación de la familia como estrategia fundamental para mejorar la salud y el desarrollo. Recientemente, la OMS, el UNFPA, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otros asociados han

[28] Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), UNFPA, el Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional (OSDI), y el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de Nicaragua.

formulado nuevas orientaciones para los profesionales de la salud sobre la oferta de servicios de planificación de la familia de calidad[29].

37. Algunos Estados Miembros han emprendido iniciativas para aumentar el acceso a servicios antes, durante y después del parto, incluida la atención obstétrica de urgencia. Ello incluye el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria mediante equipos, renovaciones y sistemas de suministro fiables. Además, es necesario hacer frente a la escasez de recursos humanos. Un enfoque fundamental ha sido aumentar la cantidad y mejorar las competencias de los asistentes durante el parto, en particular de las parteras, cuya función ha sido fundamental para reducir la mortalidad y morbilidad de la madre y el recién nacido en muchos países, por ejemplo en Sri Lanka y Túnez. En Camboya, las conclusiones de un examen amplio del sector de la obstetricia formaron parte del examen de mitad de período del plan estratégico del sector sanitario. En Bolivia, la universidad y el Ministerio de Educación han apoyado un programa de diploma en obstetricia. El Sudán tiene como objetivo asegurar que se destine al menos una partera a cada aldea y recientemente ha revisado su programa de capacitación en obstetricia para mejorar las competencias de las parteras recién capacitadas. Últimamente, algunos países en desarrollo han empezado a usar planes de contratación basada en el desempeño, para motivar al personal sanitario a mejorar en su desempeño. La experiencia de Rwanda demuestra que las instalaciones sanitarias con ese tipo de contratos ofrecieron más cantidad y mejores servicios y con menos gastos. Para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros, el UNFPA, la OMS y la Confederación Internacional de Matronas están trabajando conjuntamente para impartir orientación a fin de mejorar el acceso a los servicios de obstetricia.

38. La falta de transporte, las largas distancias y los elevados costos son los obstáculos típicos al acceso a servicios de atención sanitaria. Recientemente, el Senegal aplicó una política para reducir las barreras socioeconómicas a los servicios de salud materna ofreciendo servicios gratuitos de atención en los partos y cesáreas para reducir las barreras financieras, y delegando autoridad para acercar a las comunidades los servicios de atención obstétrica de urgencia. Un cierto número de países y organismos también están explorando maneras de promocionar las respuestas comunitarias al transporte de emergencia así como una mayor colaboración entre los sectores de la salud y del transporte.

39. Muchos países reconocen la necesidad de encontrar medios adicionales para financiar los servicios sanitarios apoyando, al mismo tiempo, a las personas pobres y vulnerables. El Programa de Asignación Familiar de Honduras ofrece cupones para mujeres embarazadas, madres lactantes y niños menores de tres años para mejorar sus condiciones de salud y nutrición[30]. En América Latina, África y Asia se están proporcionando, con cierto grado de éxito, transferencias condicionales de efectivo que proporcionan recursos monetarios a los hogares, siempre que cumplan

[29] *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, 2007.

[30] C. Moore. *Assessing Honduras' CCT Programme PRAF, Programa de Asignacion Familiar: Expected and unexpected realities*. Centro Internacional de la Pobreza, Estudio para el País No. 15, abril de 2008.

determinados requisitos[31]. En un cierto número de países, más recientemente en Rwanda y Ghana, se está estableciendo el seguro social de enfermedad.

40. Las respuestas eficaces a la mortalidad y la discapacidad maternas también tienen en cuenta los determinantes sociales y culturales. Las intervenciones para lograr cambios de comportamiento y la movilización comunitaria aumentan la concienciación y la comprensión a nivel comunitario. En Eritrea, un proyecto experimental de movilización comunitaria ejecutado por el Gobierno y apoyado por el UNFPA demostró que la movilización de los dirigentes comunitarios y la capacitación de educadoras y educadores sanitarios sobre maternidad segura pueden ayudar a aumentar la utilización de los servicios. En Nigeria septentrional, los educadores y educadoras comunitarias —de las cuales algunas son supervivientes de fístula obstétrica— han recibido capacitación en cuidados de salud materna, entre otras cosas, en la prevención de la fístula obstétrica como parte de una iniciativa experimental prometedora apoyada por el UNFPA y *Virgin Unite*. En poco tiempo, han llegado a cientos de tutores, hombres y mujeres embarazadas, y esto ha aumentado la utilización de los servicios de salud materna. El UNICEF ha desarrollado un módulo de capacitación de asistencia en el hogar para trabajadores de la salud comunitarios centrado en la preparación para el parto durante el embarazo, que incluye la motivación para recibir asistencia de personal capacitado durante el parto, concienciación sobre las señales de peligro y solicitud de atención temprana, junto con visitas postnatales inmediatas. Estos programas, que se están aplicando en algunos países están vinculados al fortalecimiento de la capacidad de las instalaciones sanitarias para proporcionar atención obstétrica de urgencia.

41. El empoderamiento de las mujeres que han sobrevivido a una fístula obstétrica y de sus familias, mediante, por ejemplo, grupos de apoyo entre pares y asesoramiento, ayuda a prevenir que vuelvan a producirse casos de fístula obstétrica en futuros embarazos. También permite que las mujeres que han vivido con fístula obstétrica participen en el fomento del cambio de comportamiento para prevenir nuevos casos. Distintas organizaciones no gubernamentales como la Asociación Internacional para la Salud de la Madre y del Recién Nacido en Malí hacen que las supervivientes de fístula obstétrica participen como defensoras, asesoras, y movilizadoras comunitarias para promover la salud materna y la educación de las niñas.

42. Para erradicar la fístula obstétrica y proteger y fomentar los derechos de la niña, es fundamental invertir en la educación de las niñas y poner fin al matrimonio precoz. Las niñas marginadas son las que corren mayor riesgo de mortalidad materna y discapacidad, en particular, de fístula obstétrica. Las iniciativas de prevención adoptadas en algunos países están orientadas a estas adolescentes vulnerables y unidas a intervenciones que fomentan la educación de las niñas, aumentan la edad mínima para contraer matrimonio, y promueven su acceso a los servicios de salud y a las iniciativas de empoderamiento económico. Muchos países están estableciendo una edad legal mínima para contraer matrimonio, pero, a menudo tienen dificultades para hacer cumplir las leyes, lo que hace necesario adoptar medidas adicionales para cambiar las prácticas socioculturales. Por ejemplo, el Gobierno de Etiopía, con el apoyo del UNFPA, puso en marcha una campaña para poner fin al matrimonio precoz con el objetivo de dar a conocer los peligros que

[31] M. Lagrande, A. Haines y N. Palmer. *Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries: A Systematic Review, JAMA*, vol. 298, No. 16 (24 a 31 de octubre de 2007), págs. 1.900 a 1.910.

implica y los derechos que viola esta práctica nociva y hacer cumplir las leyes sobre el matrimonio precoz. En Guatemala, el UNFPA trabaja con asociados proporcionando a las adolescentes indígenas técnicas de subsistencia y oportunidades laborales, además de ofrecerles educación sobre salud sexual y reproductiva.

## C. Estrategias e intervenciones de tratamiento y reintegración

43. Aunque la prevención es el método primordial para poner fin a la fístula obstétrica, aún sigue siendo necesario tratar a las mujeres que viven con la enfermedad. El costo medio del tratamiento es de aproximadamente 300 dólares por caso. Algunos Estados Miembros han empezado a adoptar medidas para aumentar el acceso a los tratamientos de fístula obstétrica mediante la mejora de las instalaciones sanitarias y la capacitación del personal de la salud. El UNFPA ha prestado apoyo a más de 40 países, y esto ha resultado en el tratamiento de más de 7.800 mujeres y la capacitación de más de 500 profesionales de la salud desde que empezó la Campaña Mundial para erradicar la fístula

44. Se han hecho grandes progresos en cuanto a la normativa; se ha intentado armonizar los estándares y recopilar datos basados en pruebas para fundamentar la planificación nacional. En 2006, con aportaciones de expertos y del Grupo de Trabajo Internacional sobre la Fístula Obstétrica, la OMS publicó un manual en el que se esbozan los principios rectores para desarrollar programas nacionales sobre la prevención, tratamiento y cuidado de la fístula obstétrica[32].

45. Las actividades emprendidas en Etiopía y Nigeria siguen a la vanguardia. El hospital de fístula obstétrica de Addis Abeba, que es el centro más grande y más antiguo del mundo de tratamiento de fístula obstétrica, está estableciendo cinco centros satélite en el país, lo que permitirá tratar a las mujeres más cerca de sus comunidades y ampliar la capacitación sobre el tratamiento de la fístula obstétrica para profesionales de la salud de Etiopía y otros países. Nigeria tiene numerosos centros en todo el país y posiblemente la mayor cantidad de expertos del mundo en cirugía de la fístula obstétrica. Cada año, profesionales de la salud de todo el mundo reciben capacitación en el hospital de fístula obstétrica de Babbar Ruga y médicos nigerianos viajan a otros países para asistir en la capacitación y proporcionar tratamiento.

46. Desde el comienzo de la Campaña, más de 20 países han establecido al menos un centro para el tratamiento de la fístula obstétrica. Para ampliar los servicios de estos centros nacionales, muchos países han empezado a descentralizar los servicios para garantizar un mayor acceso. En Bangladesh se está estableciendo un centro nacional de excelencia en Dhaka y el tratamiento se ha descentralizado a nueve hospitales universitarios regionales. Se ha adoptado un enfoque similar en Kenya, donde cuatro hospitales son a la vez centros de consulta para los distritos de los alrededores, y de capacitación para los proveedores a nivel de distrito. La República Unida de Tanzanía ha desarrollado un sistema de remisión de tres niveles para el tratamiento de la fístula obstétrica.

---

[32] Organización Mundial de la Salud. *Obstetric Fistula: Guiding principles for clinical management and programme development, 2006.*

47. Las campañas de divulgación de los servicios también son un instrumento importante para reducir la cantidad de casos pendientes, acercar los tratamientos a las mujeres y fomentar las capacidades de tratamiento de fístula obstétrica de los proveedores de servicios de salud. El UNFPA está ensayando sobre el terreno las orientaciones sobre planificación de los servicios de divulgación y tratamiento[33]. En 2007, en el Pakistán se organizaron 27 campañas de divulgación de los servicios que permitieron al mismo tiempo capacitar a profesionales de la salud. En 2007, en Uganda se realizaron talleres de capacitación similares y se apoyaron las campañas de divulgación de los servicios en cuatro localidades. Los servicios de divulgación han resultado especialmente útiles en las situaciones de conflicto o posteriores a un conflicto en las que puede resultar difícil ofrecer los servicios habituales. En noviembre de 2007, el UNFPA junto con el personal del Hargeisa Group Hospital y el Ministerio de Salud iniciaron la primera campaña de divulgación del tratamiento de la fístula obstétrica en Somalia.

48. La fístula obstétrica tiene graves consecuencias sociales, económicas y psicológicas para las mujeres afectadas. Para abordar este problema, el UNFPA se ha asociado con organizaciones de la sociedad civil a fin de ayudar a las mujeres a reintegrarse en la sociedad y reanudar una vida libre de estigmas. Los servicios de rehabilitación se centran en el restablecimiento de la autoestima de las mujeres, el empoderamiento socioeconómico mediante actividades que generan ingresos, los esquemas de microfinanciación y alfabetización o formación profesional, y los servicios de asesoramiento para fomentar el interés por la salud a fin de evitar nuevos casos de fístula obstétrica. Estas organizaciones también participan en actividades de sensibilización en la comunidad para reducir las malas interpretaciones y el estigma relacionado con las complicaciones del parto.

49. Mediante una alianza entre el Gobierno, el UNFPA, y la Coalición para la Salud de la Mujer de Bangladesh las mujeres del país que solicitan tratamiento de fístula obstétrica reciben servicios de rehabilitación que incluyen asesoramiento y un módulo de formación sobre actividades para generar ingresos y educación funcional. Los vínculos con el Centro Nacional para el Tratamiento de la Fístula garantizan la continuación del tratamiento. Además, hay un componente orientado a sensibilizar a las comunidades y garantizar visitas periódicas para seguir el estado de los pacientes y ofrecer asesoramiento a los miembros de la familia. En el Níger, las organizaciones no gubernamentales ofrecen un módulo de empoderamiento económico, servicios de salud reproductiva para prevenir la recurrencia de la fístula obstétrica, y asesoramiento y sensibilización para las familias y los miembros de la comunidad.

## D. Promoción y concienciación

50. Las evaluaciones de las necesidades llevadas a cabo en los países subrayaron la falta de conciencia y de reconocimiento de la enfermedad; esto hace que sea fundamental centrar la atención en las actividades de promoción y concienciación. Tanto en los países donantes como en los países en desarrollo las medidas de promoción se han dirigido a diversas audiencias, como los encargados de formular las políticas, los profesionales de la salud, los medios de difusión y el público. Los

[33] La divulgación de información sobre los servicios relativos a la fístula se lleva a cabo en instalaciones que no ofrecen servicios periódicos de tratamiento de la fístula.

gobiernos donantes, las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y el sector privado han mostrado considerable interés. Personalidades conocidas, entre ellas, Jefes de Estado, Primeras Damas y famosos han participado en las iniciativas de concienciación. El UNFPA presta apoyo a la participación de las mujeres que han vivido con la fístula obstétrica en las actividades de promoción para convencer a las comunidades y a los entes normativos del derecho a recibir tratamiento y la importancia de prevenir la mortalidad y la discapacidad maternas.

51. La integración de la cuestión de la fístula obstétrica en las políticas nacionales es fundamental para garantizar el compromiso político y financiero. En los últimos años, muchos países han integrado la lucha contra la fístula obstétrica en los programas nacionales de salud reproductiva y materna. En la actualidad, dieciséis países han incorporado la fístula obstétrica en planes y estrategias nacionales de salud pertinentes[34].

52. Se están utilizando los medios de difusión para llegar a muchas audiencias. En Ghana, se han formado alianzas clave con los medios de difusión por conducto de la red nacional de comunicación y promoción en los medios de difusión. La radio es un importante medio de acceso a las poblaciones más afectadas y se ha utilizado en Côte d'Ivoire, Ghana, Liberia, Nigeria, el Pakistán y el Sudán para aumentar la conciencia sobre la salud materna y la fístula obstétrica y para informar a las mujeres que viven con fístula obstétrica acerca de los tratamientos y la atención disponibles.

## E. Apoyo mundial y movilización de recursos

53. En la actualidad existe un impulso mundial importante para abordar la salud materna dentro del contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio. En 2007 los actos relacionados con el vigésimo aniversario de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo ayudaron a recabar apoyo para el logro del objetivo de desarrollo del Milenio 5. Además, están en marcha varias iniciativas mundiales para apoyar el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio en materia de salud, algunas de ellas establecidas como grupos de presión de organizaciones internacionales de salud para la promoción de políticas de alto nivel, y otras como alianzas de organizaciones no gubernamentales internacionales y organismos de las Naciones Unidas para coordinar las intervenciones.

54. Desde 2003, la Campaña Mundial para erradicar la fístula se ha ampliado, de 12 países a más de 45 en África, Asia, y los Estados Árabes. En los últimos cinco años, los asociados en la Campaña han movilizado más de 50 millones de dólares[35] en contribuciones para apoyar actividades relacionadas con la fístula obstétrica, realizadas por gobiernos, instituciones financieras internacionales y el sector privado, incluidos los donantes individuales. A nivel mundial, el Grupo de Trabajo Internacional sobre la Fístula Obstétrica fomenta la coordinación mundial de los esfuerzos y planifica iniciativas conjuntas. El Grupo, coordinado por el UNFPA, está formado por organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales internacionales y regionales, instituciones académicas, asociaciones

[34] El Afganistán, Bangladesh, Benin, Camerún, el Congo, Cote d'Ivoire, Eritrea, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malawi, Malí, Mauritania, el Níger, el Pakistán, la República Democrática del Congo y el Senegal.

[35] La cifra se basa en las contribuciones recibidas para los programas más importantes y no incluye a todos los fondos.

profesionales, organizaciones religiosas e instalaciones sanitarias. El Grupo intenta lograr que la fístula obstétrica se incluya en el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad materna y generar consenso y pruebas sobre estrategias eficaces para el tratamiento y la reintegración de las mujeres que viven con fístula obstétrica.

55. La Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, una alianza mundial de salud creada en septiembre de 2005 que reunió a las comunidades que se ocupan de la salud de las madres, los recién nacidos y los niños en una asociación de unos 240 miembros, sigue creciendo. La Alianza reúne a estas tres comunidades para plantear la importancia que reviste la salud de la madre, del recién nacido y del niño y aumentar la visibilidad y el apoyo a esas cuestiones. Los miembros trabajan conjuntamente para alinear y acelerar las actividades, crear mensajes coordinados y compartir conocimientos sobre enfoques efectivos.

56. Los dirigentes de ocho organismos internacionales activos en la esfera de la salud[36] han formado un grupo oficioso para coordinar mejor el apoyo a los países. El grupo reconoce la necesidad de fortalecer los sistemas sanitarios y de apoyar un proceso nacional en el sector de la salud. En este marco, la Alianza Sanitaria Internacional creada en septiembre de 2007, es un acuerdo entre países donantes y países en desarrollo, organismos internacionales de la salud, entre ellos, las Naciones Unidas y fundaciones para mejorar la colaboración, y hace hincapié en las prioridades nacionales determinadas en los planes de salud del país. Ocho países de África y Asia[37] se han sumado a ella y otros han manifestado interés. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario se dedica a determinar y aplicar soluciones para la crisis de personal sanitario. Bajo los auspicios de la OMS, reúne a gobiernos nacionales, la sociedad civil, instituciones financieras, personal sanitario, organismos internacionales, instituciones académicas y asociaciones profesionales para responder al llamamiento a la adopción de medidas urgentes y coordinadas para solucionar la crisis de personal sanitario que incluye al sector de la obstetricia.

57. El UNICEF, el UNFPA, la OMS y el Banco Mundial han decidido coordinar mejor su apoyo a los países para mejorar la salud materna y del recién nacido. La coordinación está orientada por un proceso de atención y apoyo continuos a un plan nacional de salud, aprovechando los puntos fuertes de cada organismo, asignando responsabilidades clave a cada organismo y fomentando mecanismos efectivos para la coordinación a nivel de país.

58. En 2007, se estableció un Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre las adolescentes[38] bajo el liderazgo del UNFPA para apoyar a los gobiernos a invertir en las adolescentes como una estrategia para reducir la pobreza,

---

[36] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud y Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Banco Mundial, Fundación de Bill y Melinda Gates, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y Alianza Mundial para la labor de fortalecimiento de los sistemas de salud.

[37] Burundi, Camboya, Etiopía, Kenya, Malí, Mozambique, Nepal y Zambia.

[38] Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Fondo de las Naciones Unidas para la Colaboración Internacional, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA), Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y Organización Mundial de la Salud.

evitar el matrimonio precoz, reducir la mortalidad y morbilidad maternas y fomentar la salud de los adolescentes, incluida la salud sexual y reproductiva. El propósito general del Equipo de Tareas es fortalecer la colaboración entre organismos en el plano mundial y a nivel de países para aumentar la eficacia de los programas orientados a las adolescentes.

59. En enero de 2008, el UNFPA estableció un fondo temático para la salud materna con el fin de movilizar 500 millones de dólares en cuatro años para ayudar a los 60 países con tasas de mortalidad materna más elevadas. El objetivo de esta iniciativa es aumentar la capacidad de los sistemas sanitarios de ofrecer una gama de servicios de atención sanitaria materna de calidad, fortalecer los mecanismos para reducir las desigualdades en materia de salud, y facilitar a las comunidades el ejercicio de sus derechos en materia de salud reproductiva.

60. En la Conferencia cuenta regresiva para 2015 celebrada en Sudáfrica en abril de 2008 se señalaron los retos que planteaba el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5 en 68 países prioritarios con una alta tasa de mortalidad materna y de niños menores de 5 años; la Conferencia culminó con una declaración de compromiso por la cual los encargados de la formulación de políticas se comprometieron a adoptar medidas para mejorar la salud materna e infantil. En la reunión del Grupo de los Ocho celebrada en junio de 2008 en el Japón, las Naciones Unidas hicieron hincapié en que se necesitaba un impulso mundial para abordar la cuestión de la salud materna. En su intervención sobre el desarrollo en África, los dirigentes del Grupo de los Ocho señalaron la grave situación de muchos países en relación con el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio 4 y 5 e instaron a que se concediera más atención a la salud materna, del recién nacido y del niño, y mayor acceso a los servicios de salud reproductiva.

# V. Conclusión y recomendaciones

61. En los últimos dos decenios se han logrado progresos considerables en los esfuerzos por centrar la atención en el problema de la mortalidad y la discapacidad maternas y más recientemente, en particular, en la fístula obstétrica. Ello se ha debido fundamentalmente a que se dispone de más pruebas sobre las intervenciones eficaces, a la mejora de la recopilación y el análisis de datos, a los programas de promoción y a las asociaciones, y al subsiguiente fortalecimiento de los compromisos políticos y financieros. En la actualidad se comprende mejor la carga social y económica que se produce cuando los servicios de salud materna y reproductiva son deficientes, y su relación con la reducción de la pobreza, y hay mayor consenso en cuanto a las intervenciones clave para reducir la mortalidad y la discapacidad maternas. La concienciación y el reconocimiento del problema de la fístula obstétrica han aumentado de forma exponencial. Los países cada vez invierten y fomentan más la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la reintegración de las mujeres que viven con fístula obstétrica como parte de los esfuerzos para mejorar la salud materna.

62. En muchos sectores se han adoptado enfoques multisectoriales para establecer vínculos entre la pobreza, las desigualdades de ingresos, las disparidades basadas en el género, la discriminación y la educación deficiente, puesto que estos factores contribuyen a las deficiencias de salud de las mujeres y las niñas. Entre las iniciativas figuran la educación para mujeres y niñas, el empoderamiento económico, incluyendo

el acceso al microcrédito y la microfinanciación, y reformas legales e iniciativas sociales para retrasar el matrimonio y el embarazo.

63. Pese a estos acontecimientos positivos, sigue habiendo graves problemas. Los esfuerzos por mejorar los sistemas de salud y reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, entre otras cosas la fístula obstétrica, no sólo deben continuar, sino también intensificarse. Hay una necesidad urgente de ampliar las intervenciones para prevenir las más de 500.000 muertes y los 9 millones de casos de morbilidad[39] que tienen lugar anualmente a causa de complicaciones en el embarazo y el parto. Además, las mujeres que viven con fístula obstétrica necesitan servicios de tratamiento y reintegración. La estrategia mundial para lograrlo incluirá, entre otras cosas, el establecimiento de vínculos más fuertes entre la formulación y la ejecución de políticas en el sector de la salud, el aumento del porcentaje de las consignaciones presupuestarias nacionales, mayores inversiones en los sistemas sanitarios, en particular para la salud materna, la creación de asociaciones a nivel nacional entre la sociedad civil y las comunidades, y un aumento de la cooperación a nivel mundial con las instituciones financieras y otros actores pertinentes.

64. **Entre las medidas específicas que hay que adoptar para mejorar la salud materna y abordar el problema de la fístula obstétrica figuran:**

**a) Mayores inversiones en los sistemas sanitarios, haciendo hincapié en los recursos humanos para mejorar los servicios de salud y garantizar que las mujeres y las niñas tengan acceso a toda la gama de servicios de salud reproductiva, en particular la planificación de la familia, atención especializada durante el parto y atención obstétrica de urgencia. Los servicios deben cubrir el período comprendido entre la adolescencia y la etapa anterior al embarazo, el embarazo, el parto y la etapa postnatal;**

**b) Actividades en apoyo de los planes nacionales para fortalecer los sistemas sanitarios y para tener acceso y abordar los factores subyacentes sociales, culturales y económicos determinantes de la mortalidad y discapacidad maternas. Debe prestarse especial atención a las zonas con las tasas de mortalidad y morbilidad materna más elevadas, en particular, en el África subsahariana y el Asia meridional. Dentro de los países, deben adoptarse enfoques para llegar hasta los pobres, las poblaciones rurales y las adolescentes;**

**c) Inversiones para apoyar los planes nacionales de salud y abordar las desigualdades en la cobertura de atención de la salud entre grupos de distintas edades y niveles socioeconómicos, en particular, en las zonas rurales. Entre las prioridades debe figurar el acceso a una serie de métodos anticonceptivos en las instituciones sanitarias y a través de otros medios, los planes de recursos humanos para trabajadores de la salud, en particular las parteras, y las inversiones adecuadas en infraestructura, equipos y cadenas de suministro para garantizar la provisión de atención obstétrica de urgencia. Estas prioridades tienen que estar vinculadas a otras cuestiones de salud que contribuyen a las altas tasas de mortalidad y morbilidad, como la desnutrición, la prevención del VIH y el SIDA y el control del paludismo;**

---

[39] División de Estadística de las Naciones Unidas. Progress towards the MDGs1990-2005: objetivo 5, junio de 2005.

**d) Establecer al menos un servicio o centro de remisión para el tratamiento de la fístula obstétrica en cada uno de los países con alta tasa de prevalencia y, cuando sea posible, deben descentralizarse los servicios para acercarlos a las mujeres. Otros mecanismos, como las campañas de divulgación de los servicios deben utilizarse hasta que los cuidados puedan ofrecerse periódicamente para reducir el número de mujeres que esperan tratamiento. Además, deben establecerse vínculos con las organizaciones de la sociedad civil y los programas de empoderamiento de la mujer para garantizar el acceso a servicios de asistencia para la reintegración social que incluyan asesoramiento, alfabetización y educación sanitaria, desarrollo de aptitudes y actividades de generación de ingresos;**

**e) Velar por que los servicios de salud materna y de tratamiento de la fístula obstétrica sean geográficamente accesibles, económicamente asequibles, y culturalmente aceptables. El acceso geográfico exige la distribución adecuada de las instalaciones sanitarias y del personal, la colaboración con el sector del transporte para garantizar opciones de transporte asequibles y el fomento de las soluciones comunitarias. El acceso financiero exige mecanismos innovadores que garanticen que la atención durante el parto y los tratamientos de la fístula obstétrica sean gratuitos o altamente subvencionados para las mujeres que no disponen de los recursos suficientes. En la prestación de servicios deben tenerse en cuenta las preferencias culturales de la población;**

**f) Movilizar a las comunidades para que participen y estén informadas y habilitadas respecto de las necesidades en materia de salud materna, utilicen los servicios y ayuden a las mujeres a acceder a ellos. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir trabajando con las comunidades. También puede facultarse a las mujeres que han vivido con fístula obstétrica para que contribuyan a esos esfuerzos como supervivientes de complicaciones obstétricas. En particular, es necesario que los hombres y los niños participen en la promoción de los servicios y ayuden a las mujeres a acceder a ellos;**

**g) Fortalecer y ampliar las intervenciones para que las niñas permanezcan en la escuela, para poner fin al matrimonio precoz, y para fomentar la igualdad entre los géneros y el interés por la salud. Hay que hacer cumplir la legislación contra el matrimonio precoz, proporcionando incentivos innovadores para que las familias retrasen los matrimonios. Los programas para las adolescentes sobre conocimientos amplios para la vida y que incluyen información sobre salud reproductiva tienen que llegar a las poblaciones con mayor riesgo de casos de matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia. Deben mantenerse en las escuelas los programas de educación sobre salud reproductiva para garantizar que los jóvenes dispongan de la información y los conocimientos necesarios para proteger su propia salud;**

**h) Intensificar las investigaciones, la supervisión y la evaluación para orientar la ejecución de los programas de salud materna. Los países deben tener sistemas de supervisión y evaluación, que incluyan notificaciones comunitarias de los casos de fístula obstétrica y de las muertes de madres y recién nacidos. Debe apoyarse la investigación de los factores determinantes y las consecuencias de la mortalidad y discapacidad materna, entre otras cosas, las consecuencias que tienen para la calidad de vida las formas de morbilidad materna como la fístula obstétrica;**

**i) Mantener las alianzas y la coordinación de esfuerzos entre una serie de interesados a los niveles local, nacional, regional y mundial para abordar los factores polifacéticos determinantes de la mortalidad y morbilidad maternas.**

65. **El desafío de erradicar la fístula obstétrica exige intensificar las actividades en los planos nacional, regional e internacional. Estas actividades deben formar parte del fortalecimiento de los sistemas sanitarios para lograr el objetivo de desarrollo del Milenio 5 y, para ello, es necesario aportar recursos adicionales. Para apoyar a los países con carácter prioritario se necesitan como mínimo 1.200 millones de dólares al año para planificación de la familia y 6.000 millones de dólares anuales para servicios de salud materna, incluyendo la prevención de la fístula obstétrica. Desde la fecha hasta 2015 se estima que se necesitarán 750 millones de dólares para tratar casos de fístula obstétrica ya existentes y nuevos, asumiendo que cada año vaya disminuyendo el número de casos. La financiación debe ser previsible y sostenida. Debe aportarse apoyo continuo a los planes nacionales de los países, a las entidades de las Naciones Unidas como la Campaña Mundial para erradicar la fístula, el fondo temático para la salud materna, y otras iniciativas mundiales dedicadas al logro del objetivo de desarrollo del Milenio 5.**