

## Boletín informativo

diciembre 2014



**Cada dos minutos perdemos a una mujer.  
Innecesariamente.  
Podíamos haberlo evitado.**

El progreso de la humanidad y de cualquier sociedad o país debería medirse por cómo trata a sus mujeres y a sus niños y niñas. Pero en el desarrollo de los últimos 20 o 30 años, tanto unas como otros han sido dejados atrás. Tenemos que proporcionarles una atención especial.

Margaret Chan, directora general de la OMS.

En el año 2013 289.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo o el parto. 33 cada hora. Una cada dos minutos.

Tener hijos es algo normal en una mujer durante su edad reproductiva. Pero lo que a nadie de nuestro país o nuestro entorno le parece normal es que las mujeres mueran como consecuencia de un embarazo o un parto. De hecho, una muerte materna en España es considerada una gran tragedia y, por fortuna, es algo que ocurre muy raramente, aproximadamente cada 17.000 nacimientos.

Sin embargo, en otros muchos países, la mayoría de ellos de África subsahariana, la tragedia de las muertes maternas no es algo inusual sino, por el contrario, excesivamente frecuente. Tan frecuente como que se produce cada 200 nacimientos de media y, en el Chad, por ejemplo, cada 90 nacimientos ocurre una muerte materna. Y estas cifras son escandalosas porque, por nuestra propia experiencia, sabemos que pueden evitarse.

¿Cómo? Desde luego, no es sencillo al no haber una sola causa. Pero si sabemos que si se mejorasen los sistemas sanitarios de forma que las mujeres recibieran una atención profesional adecuada e integral durante sus embarazos y partos, la mortalidad materna, y la infantil, bajarían notablemente. Y esto ¿Qué significa? Significa personal sanitario cualificado, suficiente y bien remunerado; centros sanitarios al alcance de toda la población y, por tanto, de las mujeres, y con la dotación adecuada; atención sanitaria asequible, es decir, gratuita o, al menos, que las familias puedan pagarla sin que grave demasiado su economía; confianza en el personal y en el sistema sanitario; prevención de embarazos no deseados y en adolescentes, de abortos inducidos en condiciones sanitarias no seguras y de infecciones de transmisión sexual; acceso a métodos de planificación familiar... Pero solo el 46% de las mujeres de los países con ingresos bajos se pueden beneficiar de una atención especializada. Y generalmente no cubre todos estos aspectos.

Además de lo anterior, es preciso aumentar los niveles de formación de las mujeres; empoderarlas –es decir, que puedan tomar sus propias decisiones y no sean los miembros masculinos de la familia quienes decidan por ellas– y mejorar el acceso y la calidad de la educación sexual de los y las adolescentes y jóvenes.

La mortalidad materna mundial ha disminuido sensiblemente desde 1990. Pero apenas lo ha hecho en los países de África subsahariana con el riesgo más elevado. De hecho, ninguno de estos países alcanzará la meta prevista en los Objetivos del Milenio para 2015 de reducir las muertes maternas el 75%. Y según algunas previsiones, tampoco alcanzarán este objetivo en 2030.

“Una joven de 15 años que vive en África al sur del Sáhara enfrenta un riesgo de aproximadamente 1 en 40 de morir durante el embarazo y el parto en algún momento de su vida”, afirma la Dra. Geeta Rao Gupta, directora ejecutiva adjunta del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). “Para una joven de la misma edad que viva en Europa, el riesgo es de 1 en 3300, lo que pone de relieve la disparidad del progreso mundial”<sup>1</sup>.



1 OMS. Comunicado de prensa. 6 de mayo de 2014.

## Salud materna e infantil en Brakna (Mauritania)

La región de Brakna, al sur del país, es una de las más pobladas de Mauritania. Como ya dijimos en otra [ocasión](#), la mortalidad materna en Mauritania es una de las más altas de África del oeste, encontrándose entre los 20 países con mayor mortalidad materna del mundo. El papel de los agentes de salud – personas respetadas y con influencia en la comunidad – en la disminución de esta mortalidad es fundamental, por lo que su formación es parte esencial del proyecto.

Entre las causas de esta elevada mortalidad, y de otros múltiples problemas menos visibles como lesiones e infecciones, causa de discapacidad, dolor crónico e, incluso, de exclusión económica y/o social ([Unicef](#)), se encuentran una elevada fecundidad adolescente; embarazos muy seguidos con apenas espacio entre sucesivos nacimientos; poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos; existencia de obstáculos para acceder a una atención sanitaria de calidad donde puedan realizar control del embarazo, parto y cuidados del recién nacido...



Las dificultades de las mujeres embarazadas en Mauritania se deben también a otros múltiples factores, muchos de ellos relacionados con la existencia de una importante desigualdad de género: subordinación a los varones que son quienes toman las decisiones en todos los aspectos de la vida, incluido el número de hijos o quien proporciona la atención sanitaria a la mujer preñada;

culturales: tradiciones nocivas como los matrimonios forzados y precoces, embarazos de riesgo y no deseados y otras o la atención al parto por practicantes tradicionales sin formación, etc., a lo que se añade que la población es fundamentalmente rural, con escasos medios y formación y con un muy pobre acceso a una atención sanitaria de calidad, tanto por falta de medios económicos como por escasez de centros y de personal sanitario cualificado en las áreas rurales, ya que el personal sanitario tiende a instalarse en las zonas urbanas.

Los y las agentes de salud se ocupan de sensibilizar a la comunidad y transmitirle los riesgos de los embarazos en edades muy tempranas, tardías o muy continuos. También la informan de las ventajas de que los embarazos y partos sean controlados y atendidos adecuadamente y por profesionales sanitarios, en lugar de por personal local no cualificado, así como de la importancia de acudir cuanto antes a un centro sanitario si se detecta cualquier problema en un embarazo o parto. Además, informan dónde pueden encontrar al profesional sanitario más próximo así como de la existencia del [forfait obstétrico](#) que cubre la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, proporciona los medicamentos precisos durante el mismo e incluye el tratamiento de posibles complicaciones, como una cesárea.

## El problema no es solo el Ébola

**Desde octubre -momento de redacción de este artículo- hasta el momento actual, cuatro personas han sido diagnosticadas de Ébola, y fallecido por su causa, en Malí. Esto ha hecho que, por fin, tanto el gobierno maliense como las instituciones internacionales, incluida España, hagan algo más que tomar conciencia del elevado riesgo de difusión del virus en este país, y se hayan decidido a financiar acciones encaminadas prevenirla.**

Según un informe publicado en el New England Journal of Medicine, el paciente cero del brote de Ébola que afecta a África Occidental pudo ser un niño de Guinea Conakry que murió el 13 diciembre de 2013. Desde febrero a agosto 2014 se confirman multitud de casos en Liberia, Sierra Leona y Nigeria. En agosto la OMS decreta que estamos ante una "emergencia pública sanitaria internacional" y recomienda medidas para detener su transmisión en medio de la expectante preocupación mundial ante el riesgo de pandemia global. Según su directora general, Margaret Chan, "Los países afectados hasta la fecha simplemente no tienen la capacidad para manejar un brote de este tamaño y complejidad por su cuenta". Esta frase pone de relieve el hecho de que el brote más grande de la historia de esta enfermedad se está dando en países sin los recursos suficientes para manejar su propagación y con sistemas de salud públicos con fuertes carencias que se están viendo desbordados por la situación.

Alba D. Tomé, cooperante de Medicusmundi Andalucía trabaja actualmente en la región de Kenieba (Malí), región en la que, de momento, no existe ningún caso conocido de infección por Ébola, pero que es de alto riesgo por ser fronteriza con Guinea Conakry y porque su actividad económica principal es la minera con numerosas zonas de explotación de oro tradicionales, situadas de forma espontánea y a las que afluyen de manera incontrolada gran cantidad de personas de otras zonas. Esta situación imposibilita a los centros sanitarios locales el poder disponer de datos fiables sobre la población a la que atienden: falta de control de la población itinerante, prestación anárquica de atención sanitaria por personal no cualificado, venta ilegal de medicamentos, prevalencia elevada de infectados con VIH, etc.

Nuestra cooperante nos informó de que "aunque el brote de virus Ébola comenzó a principios de año, no se iniciaron acciones coordinadas entre los diferentes países de la región para armonizar los Planes nacionales de urgencia para el seguimiento y la prevención hasta el pasado mes



de julio. En el caso del Distrito Sanitario de Kéniéba, que debido a su situación geográfica se encuentra en una zona de alto riesgo, se tiene previsto un plan de contingencia epidemiológica que pretendía establecer, equipar y dotar con recursos humanos cualificados un cordón sanitario en cuatro puntos diferentes de la zona. Pero, a fecha actual, sólo se ha podido asegurar la instalación de tiendas de aislamiento en uno de estos puntos y gracias al apoyo de Medicumundi a través de su programa de prevención de la malnutrición infantil, sustentado con fondos ECHO, programa que no está relacionado directamente con el problema del Ébola”.

“Lamentablemente”, nos decía Alba, “no se han podido garantizar ni el equipamiento médico esencial ni los recursos humanos cualificados necesarios para asegurar la efectividad del sistema de prevención y control del virus Ébola en el Distrito Sanitario de Kéniéba. Si bien es cierto que, hasta la fecha, no se ha confirmado ningún caso en este territorio, la falta de control y el alto tránsito de población en la zona fronteriza de Kéniéba con Guinea Conakry elevan potencialmente el riesgo de transmisión y expansión del virus hacia Malí”.

Por último, nuestra compañera insiste en que “el problema no es solo el Ébola”, sino que “todos estos riesgos de expansión del actual brote de Ébola hacia nuevos países de la región de África Occidental se hacen más evidentes y representan un riesgo mayor si cabe dados los problemas estructurales del sistema sanitario de Malí y de, en general, los países africanos afectados. Es muy difícil plantear una intervención humanitaria eficiente que mitigue las consecuencias de una situación epidemiológica como la actual si no se trabaja por reforzar los sistemas públicos de salud de estos países de forma que puedan atender, en primer lugar, a las necesidades de salud básicas de la población a la que atienden y, además, prevenir eventuales situaciones de crisis sanitaria”. Para que nos hagamos una idea de esas deficiencias, comenta que “de los 36 Centros de Salud previstos en el Distrito de Kéniéba, sólo 22 son funcionales actualmente para atender a una población de 230.000 habitantes que, en su mayor parte, vive a más de 5 km del centro más cercano, sin que exista transporte público y apenas privado, por lo que su frecuentación es muy reducida (0,26 visitas persona/año). Además, la mayoría de estos centros sanitarios carecen del equipamiento médico y logístico esencial para asegurar el paquete básico de actividades sanitarias y sus recursos humanos cualificados son escasos: tan sólo existen dos médicos y dos matronas fuera del Centro de Salud de referencia para atender a toda la población de Kéniéba.

Esta deficiencia estructural es compartida, en mayor o menor medida, por todos los sistemas sanitarios de los países afectados por la epidemia , y a ella se une el hecho de que mucho de su personal sanitario o está saturado o, en muchos casos, ha huido por miedo y los centros de salud han quedado abandonados, con lo que se dejan de atender las necesidades médicas básicas de la población como partos, salud materno-infantil o los frecuentes casos de malaria, dengue o desnutrición infantil que va haciendo cada vez más profunda la brecha sanitaria en la zona, lo que supone un durísimo golpe para un sistema de salud tan frágil y con tantas carencias y para una población que se siente en riesgo y abandonada.

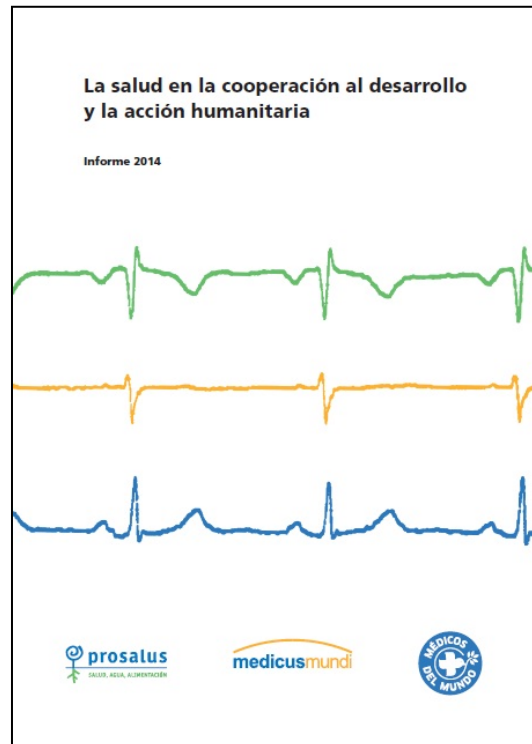
Medicumundi Andalucía .

## La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2014

Como cada año, medicuumundi, médicos del mundo y Prosalus han presentado el Informe anual sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria.

La presentación ha tenido un gran impacto en los medios de comunicación con titulares, en ocasiones, muy contundentes como los de la SER -"Hachazo del Gobierno a la cooperación sanitaria"-, El Mundo -"las ONG critican los recortes en salud en la ayuda al desarrollo" o Acta Sanitaria. La agencia EFE se centra más en los datos de la ayuda al desarrollo para la salud, concretamente en España, mientras que EP lo hace en el Ébola.

Otras publicaciones han ofrecido otros datos/ideas de interés como la proximidad de la fecha límite del ODM, la necesidad de fortalecer sistemas públicos de salud y el llamamiento de J. Félix a facilitar el traslado de profesionales españoles a África en la lucha contra el Ébola.



*Información proporcionada por Félix Fuentesebro, director de la oficina técnica de la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España*

[Resumen informe salud 2014;](#)

Descargar informe completo: [2014 Informe Salud](#)

## En breve: género y salud sexual y reproductiva

### Mutilación Genital Femenina ¿qué podemos hacer desde Atención Primaria?



Con este título, África Caño, doctora en Ginecología y Obstetricia y presidenta de medicuumundi Andalucía, se dirigió a los y las médicas de familia, durante el 23º Congreso andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), resaltando los principales elementos a tener en cuenta en la práctica profesional diaria, con el fin de detectar y, sobre todo, prevenir, la práctica de la mutilación genital femenina a niñas y mujeres en riesgo.



**PROFESSEURS:**

- M<sup>re</sup> Casilda Velasco Juez Sage Femme, Licenciée en Sciences de la Santé, Professeur de l'Université de Jaén (Espagne).
- África Caño Aguilar, Gynécologue, Professeur de l'Université de Granada (Espagne), Présidente de Medicus Mundi Andalucía.

**CONTENU:**

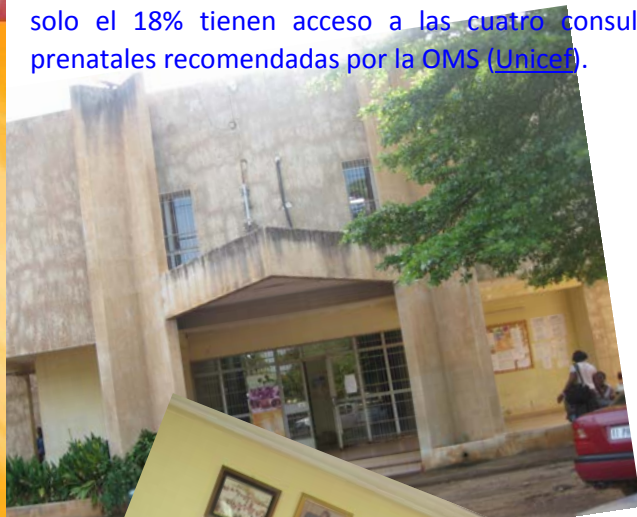
- J.1. Genre, Genre et Santé.
- J.2. Genre et Santé Sexuelle et de la Reproduction.
- J.3. Violence de genre.
- J.4. Approche genre pendant la grossesse.
- J.5. Approche genre et soins pendant le postpartum et après l'avortement.
- J.6 et 7. Approche genre pendant l'accouchement.
- J.8. Soins du nouveau né. Allaitement maternelle. Réanimation néonatale.
- J.9. Méthodes didactiques, communication et techniques d'animation des groupes.

ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE  
« DOCTEUR DOMIN ALFRED A. QUENUM »  
DIRECTION GENERALE  
OUAGADOUGOU - BURKINA FASO

MEDICUS MUNDI ANDALUCIA  
05 BP 6335 OUAGA 09 Tel: 50 33 21 12  
medicusmundi.burkina@gmail.com



Collaboré par l'Agence  
Andalouse de Coopération  
Internationale au Développement



El proyecto de **Mejora de la salud materna e infantil** que estamos implementando actualmente en la región norte de Burkina Faso, recibió la visita de África Caño (Ginecóloga) y Casilda Velasco (Matrona), las cuales llevaron a cabo una formación teórico – práctica sobre **Género y Salud sexual y reproductiva** dirigida a las matronas, en la Escuela Nacional de Salud Pública de Uagadugu.

Mientras que, en general, en la región del África del oeste un 44% de mujeres tiene acceso al menos a cuatro visitas prenatales, Burkina Faso se caracteriza por sufrir una de las mayores desigualdades de la región en este aspecto: el 85% de las mujeres pasan, al menos, una consulta durante el embarazo pero solo el 18% tienen acceso a las cuatro consultas prenatales recomendadas por la OMS ([Unicef](#)).