



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Eslava-Schmalbach, Javier

INEQUIDADES SOCIALES EN LA SALUD MATERNA

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 61, núm. 3, 2010, pp. 193-196

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



EDITORIAL

INEQUIDADES SOCIALES EN LA SALUD MATERNA

«I would like for you to dream with me, to dream of a world where social justice is taken seriously».

Michael Marmot

Reflexionar sobre las inequidades sociales en salud como un término global asume de entrada dos grandes principios: el primero es que no se están incluyendo en la definición todas las desigualdades encontradas en salud sino sólo aquellas que adquieren el apelativo de ‘inequidades’, al ser desigualdades que son evitables, innecesarias e injustas.¹ El segundo está relacionado con el apelativo de ‘sociales’, que al incluirlo de tal manera califica la inequidad como consecuencia o producto de situaciones que la sociedad puede evitar.^{2,3} De esta manera, el panorama de análisis se centra desde lo muy general, que serían las desigualdades en salud, hasta algo más específico como son las inequidades sociales en salud, en las que la sociedad, el tomador de decisiones y el sistema de seguridad social en salud tienen un gran nivel de responsabilidad.

Ahora bien, si se centra aún más el término hacia las inequidades sociales en la salud materna, el tema adquiere unas dimensiones de alta relevancia social pues la salud materna o mejor, la maternidad segura hacen parte fundamental de las Metas de Desarrollo del Milenio y de las políticas públicas promovidas desde la Organización Mundial de la Salud y por ende, de los respectivos ministerios.⁴⁻¹⁰

Desde 1946, la Organización Mundial de la Salud en su constitución manifestó que “los más altos estándares en salud deben alcanzarse para todos sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social”.¹¹ Sin embargo, se menciona que la mortalidad materna es la inequidad en salud más grande del mundo, ocurriendo el 99%

de dichas inequidades en los llamados países en vías de desarrollo.¹² Esto significa que las metas propuestas desde 1946 no se han alcanzado en la salud materna y que tal vez, las distancias se han hecho más profundas y por ende, la inequidad ha aumentado entre los países.

La medicina ha hecho sus contribuciones en la salud materna al mejorar las tecnologías que están a disposición de las madres para hacer la maternidad más segura. De tal manera que la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) propone una estrategia de tres puntas para alcanzar la meta propuesta de reducir en un 75% la mortalidad materna. Dichas estrategias son: 1) tener acceso a medidas de anticoncepción y embarazos no deseados; 2) tener acceso al cuidado de personal entrenado al momento del parto; 3) que la paciente con complicaciones tenga acceso oportuno al cuidado obstétrico de emergencia.¹³ Sin embargo, este enfoque se centra en el modelo de atención como estrategia para disminuir la mortalidad materna, sin comprender que detrás de la salud de la mujer hay un contexto social e histórico que influye de manera directa o indirecta en la ocurrencia de estos eventos no deseados en salud.

Es aquí entonces en donde se hace relevante plantear la discusión alrededor de las inequidades sociales de la salud materna y no de las inequidades sociales de la atención materna. La segunda aproximación tiene un tinte centrado en la provisión de los servicios de salud mientras que la primera tiene un énfasis en la sociedad, su entorno y su responsabilidad. Por ello, el enfoque de los determinantes sociales en salud ha sido tan acogido, aunque desde el punto de vista práctico sea más fácil para el tomador de decisiones centrarse en mejorar la provisión de los servicios de salud.

A favor de este planteamiento estaría el hecho de que la provisión de servicios de salud para las madres en Afganistán, Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, India y Nigeria, en donde ocurren la mitad de las muertes maternas del mundo,¹² es pésima, lo que significa que las inequidades mundiales en la atención en salud son muy relevantes. Asimismo, si se comparan los niveles de pobreza, inequidad de género, inequidad global, alfabetización, escolaridad y de desarrollo, las cifras de estos países están entre las peores del mundo.¹⁴

En el mundo y en los departamentos y municipios de Colombia se vigila la mortalidad materna como una entidad de salud pública de alta prioridad. Los tomadores de decisiones, los médicos e incluso las familias esperan la llegada de una intervención salvadora que disminuya sólo con su efecto y su poder todas las muertes maternas evitables que siguen ocurriendo día tras día y año tras año. Eso sería lo ideal: una solución unicausal a un problema multicausado. La realidad es que la maternidad segura se da a partir de la buena calidad en la provisión de los servicios de salud, y va más allá, detrás de las otras causas, las causas de las causas de las que habla Marmot,¹⁵ y la solución implica entonces o una intervención multimodal con muchos enfoques en diferentes niveles de jerarquía, incluyendo la atención en salud como uno de ellos, o soñando un poco, un ordenamiento real del mundo, para hacerlo más justo, con menos brechas entre ricos y pobres, con mas acceso al desarrollo para todos, con más escolaridad, menos inequidad global y menos inequidad en salud, tanto para las madres, como para la población en general.

Javier Eslava-Schmalbach, M.D., M.Sc., Ph.D.

Director, Instituto de Investigaciones Clínicas,
Universidad Nacional de Colombia.

REFERENCIAS

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429-45.
2. Whitehead M. What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse. Sheena Asthana and Joyce Halliday. *Int J Epidemiol* 2007;36:259-60.
3. Whitehead M. The World Health Organisation. WHO stimulates a commitment to tackling inequalities in health. *BMJ* 1995;310:1472.
4. Coskun AM, Karakaya E, Yaser Y. A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:424-36.
5. Barker CE, Bird CE, Pradhan A, Shakya G. Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: an integrated approach. *Reprod Health Matters* 2007;15:81-90.
6. Madi BC, Hussein J, Hounton S, D'Ambruoso L, Achadi E, Arhinful DK. Setting priorities for safe motherhood programme evaluation: a participatory process in three developing countries. *Health Policy* 2007;83:94-104.
7. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet* 1994;343:1399-404.
8. Rani R. Safe motherhood programme. *Nurs J India* 1993;84:231-3.
9. Dutta PK. Scope of health systems research in Child Survival and Safe Motherhood programme. *Indian J Matern Child Health* 1993;4:38-41.
10. Cost-effectiveness of different Safe Motherhood programme options. *Safe Motherhood* 1992(9 Suppl):iv.
11. WHO. Constitution of the World Health Organization. *Journal* [serial en línea]. 2006 [visitado 2010 Ago]; Forty-fifth edition, Supplement (October): Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
12. UNFPA. Maternal Health Thematic Fund. Annual Report 2008. UNFPA; 2009 [visitado 2010 Ago]. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/mhtf_annual_report.pdf
13. UNFPA. Safe Motherhood. UNFPA; [visitado 2010 Ago]; Disponible en: <http://www.unfpa.org/public/mothers>
14. United Nations DP. Human development report 2009: Overcoming barriers: Human mobility and development. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.



EDITORIAL

Social inequity in maternal health

"I would like for you to dream with me, to dream of a world where social justice is taken seriously."

Michael Marmot

Reflecting on an umbrella term for social inequities in health leads to two all-embracing principles being assumed; the first is that not all forms of inequality found in health are included in its definition but only those being labelled inequity as they arise from inequality which is avoidable, unnecessary and unjust.¹ The second is related to that known as social inequality which describes inequity as being a consequence or product of situations which society can avoid.^{2,3} The panorama for analysis thus ranges from what is very general, which would be health inequality, to something more specific such as social inequity in health in which society, the decision-maker, and health care in the social security system must bear high levels of responsibility.

If the term is centred even more so on social inequity regarding maternal health, then the topic acquires dimensions having high social relevance as maternal health, or rather safe maternity, forms a fundamental part of the Millennium Development Goals and the public policy being promoted by the World Health Organisation and thus respective ministries in countries around the world.⁴⁻¹⁰

The World Health Organisation stated as long ago as 1946 in its constitution that, "the enjoyment of the highest standards in health must be within everyone's reach, without distinction of race, religion, political beliefs, economic or social condition".¹¹ However, maternal mortality represents the greatest health inequity around the world, 99% occurring in so-called developing countries.¹² This means that the goals proposed since 1946 have not been achieved in

maternal health and, perhaps, distances have become much greater and thus inequity has increased in all countries around the world.

Medicine has made its contribution to maternal health by improving the technologies being offered to mothers to ensure that their period of maternity becomes safer (safe motherhood programmes). This has led to the United Nations Population Fund (UNFPA) proposing a three-pronged strategy for reducing maternal mortality by 75%; it consists of having access to contraceptive means and avoiding unwanted pregnancy, having access to health care provided by trained personnel when giving birth and that there is opportune access to emergency obstetric care when complications arise.¹³ However, such approach is centred on the model of attention as a strategy for reducing maternal mortality without understanding that there is a social and historical context behind women's health directly or indirectly influencing the presentation of such unwanted health events.

This is where it becomes relevant to focus discussion on social inequity regarding maternal health and not the social inequity involved in providing maternal attention. The latter approach has overtones of providing health services whilst the former emphasises society, its setting and responsibility. The approach involving social determinants of health has thus been taken, even though providing health services is much easier for decision-makers from a practical point of view.

The fact that providing health services for mothers is dreadful in Afghanistan, Bangladesh, the Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, India and Nigeria should favour such approach as these countries are where half the maternal deaths occur around the world;¹² this means that

worldwide inequity in health attention is extremely relevant. Likewise, when comparing the levels of poverty, gender inequity, overall inequity, illiteracy, educational level and development, then the data for these countries come within those having the worst figures around the world.¹⁴

In the world, Colombia and Colombian departments and municipalities regard maternal mortality as a high-priority public-health entity. Decision-makers, doctors and even families hope for the arrival of a life-saving intervention which would reduce all those avoidable maternal deaths which keep occurring, day after day and year after year, just by its effect and power. This would be ideal: a single-cause solution to a multi-cause problem. The reality is that safe motherhood ranges from good quality in providing health services to (lying behind other causes) the causes of the causes which Marmot talks about,¹⁵ implying a multimodal solution or intervention having many approaches at different hierarchical levels, including health attention as one of them, or dreaming a little, real organisation of the world to make it fairer, having less gaps between rich and poor, having greater access to development for all, higher educational levels (and access to education), less global inequity and less health inequity for both mothers and the general population.

Javier Eslava-Schmalbach, M.D., M.Sc., Ph.D.

Director of the Clinical Research Institute,
Universidad Nacional de Colombia

REFERENCES

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429-45.
2. Whitehead M. What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse. Sheena Asthana and Joyce Halliday. *Int J Epidemiol* 2007;36:259-60.
3. Whitehead M. The World Health Organisation. WHO stimulates a commitment to tackling inequalities in health. *BMJ* 1995;310:1472.
4. Coskun AM, Karakaya E, Yaser Y. A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:424-36.
5. Barker CE, Bird CE, Pradhan A, Shakya G. Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: an integrated approach. *Reprod Health Matters* 2007;15:81-90.
6. Madi BC, Hussein J, Hounton S, D'Ambruoso L, Achadi E, Arhinful DK. Setting priorities for safe motherhood programme evaluation: a participatory process in three developing countries. *Health Policy* 2007;83:94-104.
7. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet* 1994;343:1399-404.
8. Rani R. Safe motherhood programme. *Nurs J India* 1993;84:231-3.
9. Dutta PK. Scope of health systems research in Child Survival and Safe Motherhood programme. *Indian J Matern Child Health* 1993;4:38-41.
10. Cost-effectiveness of different Safe Motherhood programme options. *Safe Motherhood 1992* (9 Suppl):iv.
11. WHO. Constitution of the World Health Organization. *Journal* [serial on the Internet]. 2006 Date [cited 2010 August]; Forty-fifth edition, Supplement(October): available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
12. UNFPA. Maternal Health Thematic Fund. Annual Report 2008. UNFPA; 2009 [cited 2010 August]. available at: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/mhtf_annual_report.pdf.
13. UNFPA. Safe Motherhood. UNFPA; [cited 2010 August]; available at: <http://www.unfpa.org/public/mothers/>.
14. United Nations DP. Human development report 2009: Overcoming barriers: Human mobility and development. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.