

## Maternidad segura y COVID-19 – Actualización de marzo de 2021

La nueva enfermedad por coronavirus COVID-19, causada por la infección por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2 (SARS-CoV-2), se ha convertido en una emergencia de salud pública a nivel mundial. Al momento de escribir estas líneas, más de 115 millones de personas se han infectado y la enfermedad ha causado cerca de 2,6 millones de muertes en todo el mundo.<sup>1</sup>

Esta declaración es una actualización de una declaración publicada por el Comité para la Maternidad Segura y la Salud del Recién Nacido el 30 de marzo de 2020, con un enfoque en el resultado materno, la transmisión vertical, la lactancia materna y la internación conjunta. La declaración anterior ha sido archivada.

La vacunación contra la COVID-19 para mujeres embarazadas y lactantes está cubierta por una Declaración de la FIGO separada que está [disponible en el sitio web de la FIGO](#).

### Posición de la FIGO

#### Enfermedad materna grave relacionada con la COVID-19

Los primeros informes en mujeres embarazadas mostraron que la evolución clínica de la COVID-19 es leve en la mayoría de los casos (86 %), grave en el 9 % y crítico en el 5 %.<sup>2</sup> Esto es similar a la distribución de la evolución clínica entre la población no embarazada: leve (81 %), grave (14 %) o crítico (5 %).<sup>3</sup> Datos más recientes sugieren que las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave asociada a la COVID-19 en comparación con sus homólogas no embarazadas<sup>4-8</sup> aunque el riesgo absoluto de padecer COVID-19 grave sigue siendo bajo. Esto incluye un mayor riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), de recibir ventilación mecánica, de recibir oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO, por sus siglas en inglés) e incluso de muerte, tras configurarlo por edad, raza / etnia y condiciones médicas subyacentes.<sup>4,7</sup>

Las comorbilidades preexistentes, como las enfermedades respiratorias y cardiovasculares coexistentes, la diabetes, la edad materna avanzada y la obesidad, parecen ser factores de riesgo significativos para la COVID-19 grave.<sup>4,6,9</sup> Además, la tasa de infección por SARS-CoV-2 en las mujeres embarazadas parece ser mayor que en los adultos de edad similar.<sup>10</sup> Estos hallazgos sugieren que el propio embarazo puede manifestar mayores complicaciones y morbilidades entre las mujeres con síntomas graves y críticos de COVID-19. La enfermedad materna grave parece ser más frecuente en la segunda mitad del embarazo, ya que las mujeres de más de 20 semanas de gestación tienen cinco veces más probabilidades de ser ingresadas en la UCI en comparación con las de la primera mitad del embarazo.<sup>10,11</sup> Las complicaciones como el parto prematuro y la necesidad de dar a luz también son comunes en las mujeres con infección grave por COVID-19.<sup>12,13</sup>

Se observó que las mujeres negras, asiáticas e hispanas embarazadas tenían tasas desproporcionadamente más altas de infección por COVID-19, ingreso en la UCI y muerte.<sup>4</sup> Estas disparidades, al igual que las observadas entre la población general, se deben a disparidades en el nivel socioeconómico, las tasas de comorbilidades, el acceso a la atención, la exposición laboral y las desigualdades en los sistemas de atención sanitaria.

Para reducir el riesgo de enfermedad grave y muerte por COVID-19, se debe asesorar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de buscar atención médica de forma temprana en cuanto presenten síntomas como fiebre, fatiga, disnea y molestias gastrointestinales.<sup>8</sup> Debe insistirse repetidamente en las medidas de prevención de la infección por el SARS-CoV-2 para las mujeres embarazadas y sus familias durante todas las visitas de atención prenatal. Es importante destacar que, a medida que surjan nuevos virus mutantes de COVID-19, se prevé que la gravedad de la enfermedad sea más frecuente. Por lo tanto, las medidas preventivas y la disminución del factor de riesgo son imprescindibles.

## Transmisión vertical de COVID-19

Hasta ahora, la mayoría de los casos mundiales de COVID-19 tiene evidencia de transmisión de persona a persona. El virus se puede aislar fácilmente de las gotitas o secreciones respiratorias, las heces y las superficies de los objetos. Se sabe que la transmisión del virus se produce con mayor frecuencia a través del contacto estrecho con una persona infectada o con superficies contaminadas. Se estima que la tasa de infección perinatal es de ~2,5 % y se produce principalmente en mujeres que contrajeron el virus en la semana anterior al parto.<sup>14</sup>

Los datos actuales sugieren que, si se produce la transmisión vertical, es poco frecuente.<sup>15</sup> Sin embargo, rara vez se analizan muestras de la placenta y de la inmunoglobulina IgM neonatal. Por lo tanto, si la infección se produce, no parece verse afectada por el modo de nacimiento, el método de alimentación o si la mujer se encuentra en internación conjunta.<sup>16,17</sup> Sin embargo, independientemente de si la infección se adquiere antes del parto o se produce poco después del mismo, los neonatos deben ser objeto de un estrecho seguimiento a largo plazo para detectar cualquier síntoma retardado.

## Lactancia con enfermedad aguda de COVID-19

La cuestión de si las mujeres con infección por COVID-19 en el momento del parto deben amamantar o no es un ejemplo de los desafíos a los que se enfrenta la FIGO a la hora de proporcionar una guía en ausencia de pruebas adecuadas para informar sobre el riesgo.

De lo que sí está segura la FIGO es de que la leche materna es la mejor fuente de nutrición para la mayoría de los bebés y proporciona protección contra muchas enfermedades, como las infecciones de los oídos, los pulmones y el sistema digestivo. La lactancia materna también se asocia a la disminución del riesgo de obesidad infantil, así como de enfermedades autoinmunes específicas, afecciones alérgicas, cánceres infantiles y síndrome de muerte súbita del lactante.<sup>18</sup> Además, salva vidas, ya que el riesgo de mortalidad es 14 veces mayor en los bebés que no son amamantados en comparación con los que lo son exclusivamente.<sup>19</sup>

Por otra parte, varios informes han documentado ahora la presencia del virus en la leche materna mediante la detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa.<sup>20,21</sup> No se puede determinar si esto se traduce en un virus viable o en un ácido nucleico residual degradado, ya que no se ha hecho ningún esfuerzo por cultivar el virus en una célula. Por lo tanto, en la actualidad,

los datos no son suficientes para llegar a la conclusión de que la transmisión vertical de COVID-19 se lleve a cabo a través de la lactancia materna.

Por estas razones, los beneficios demostrados a corto y largo plazo de la lactancia materna deberían superar los posibles riesgos de transmisión, especialmente si se tiene en cuenta que la COVID-19 en los lactantes parece representar una amenaza mucho menor para la supervivencia y la salud que otras infecciones contra las que la lactancia materna protege. Estos beneficios se deben considerar en primer lugar a la hora de asesorar a los pacientes hasta que haya pruebas claras de que la leche materna es una fuente de infección por el SARS-CoV-2 y de que contraer la infección a través de la leche materna perjudica al lactante.

Basándose en las pruebas disponibles, la FIGO, junto con casi todos los organismos y organizaciones científicas, sigue recomendando que se incentive a las madres con COVID-19 sospechosa o confirmada a iniciar o continuar la lactancia materna.<sup>16,22-25</sup>

El cumplimiento de las medidas de prevención y control de la infección es especialmente importante para evitar la transmisión por contacto entre las madres con COVID-19 y sus recién nacidos. La madre debería:

- lavarse las manos con agua y jabón o con un desinfectante de manos con al menos un 60% de alcohol durante al menos 20 segundos antes de tocar al bebé, el sacaleches o los biberones, si decide alimentar al bebé con leche materna extraída utilizando un biberón;
- evitar toser o estornudar sobre el bebé mientras se alimenta del pecho o del biberón;
- usar una mascarilla mientras amamanta o extrae leche del pecho;
- seguir las recomendaciones para limpiar el sacaleches o el biberón después de cada uso;
- considerar la posibilidad de pedir a alguien que esté sano que alimente al bebé con la leche materna extraída.

La investigación debe tratar de responder a dos cuestiones importantes para comprender mejor los riesgos y beneficios de la lactancia materna durante la infección por el SARS-CoV-2. En primer lugar, determinar si el virus vivo infeccioso está presente en la leche materna y el momento de la eliminación del virus en la leche en relación con el curso de la infección materna, si esto resulta cierto. En segundo lugar, los estudios deben determinar si la lactancia materna da lugar al desarrollo de anticuerpos de inmunoglobulina G y/o inmunoglobulina A y si dichos anticuerpos contra el SARS-CoV-2 protegerían al lactante de nuevas infecciones maternas y/o de fuentes comunitarias de infección durante la infancia.

## **Consideraciones sobre los cuidados neonatales para las mujeres con enfermedad aguda de COVID-19**

La guía inicial adoptó la postura conservadora de recomendar que las madres infectadas fueran separadas temporalmente de sus recién nacidos. Esto ocurrió en un momento en que era evidente que el SARS-CoV-2 era muy contagioso y que los individuos infectados podían sufrir una morbilidad grave y mortalidad.

El contacto piel con piel y los cuidados de la «madre canguro» tienen beneficios bien establecidos sobre el neonato, como facilitar la lactancia materna y mejorar la termorregulación, el control de la glucosa en sangre y el apego materno-infantil, así como disminuir el riesgo de mortalidad e infecciones graves entre los bebés de bajo peso al nacer.<sup>26</sup> La sujeción de la madre al bebé tiene

efectos positivos que se extienden más allá del periodo neonatal y que incluyen la mejora de los patrones de sueño, la disminución de las tasas de problemas de comportamiento en el niño y una interacción parental de mayor calidad.<sup>27,28</sup>

Mantener este contacto precoz y estrecho entre la madre y el neonato manteniendo al recién nacido en el hospital en la habitación de la madre, lo que se conoce como «internación conjunta», conlleva un riesgo potencial de transmisión del SARS-CoV-2 al neonato por contacto con las secreciones respiratorias infecciosas de la madre. Las implicaciones de la transmisión viral deben enmarcarse en términos del alcance y la gravedad de la infección por COVID-19 en los bebés cuando se produce la transmisión, frente a las consecuencias adversas de la separación de los recién nacidos de las madres. En los bebés, el riesgo de infección por COVID-19 es bajo y la infección suele ser leve o asintomática, mientras que las consecuencias de la separación entre madre e hijo pueden ser significativas. Además, los datos sugieren que no hay diferencia en el riesgo de infección por SARS-CoV-2 para el neonato si este es atendido en una habitación separada o permanece en la habitación de la madre.

En base a esto, la madre con COVID-19, confirmada o sospechosa, y su bebé deben poder permanecer juntos mientras se encuentran internados durante el día y la noche, y practicar el contacto piel con piel, incluyendo el cuidado «madre canguro», especialmente directamente después del nacimiento y durante el establecimiento de la lactancia materna. Esto debe hacerse después de que el proveedor de atención médica y la madre hayan discutido el riesgo potencial de transmisión durante la internación conjunta.

Se debe informar a las mujeres de que, si deciden que su bebé sea atendido en una habitación separada, no está claro si esta separación temporal durante la estancia en el hospital evitaría en última instancia la transmisión del SARS-CoV-2 al neonato, dada la posibilidad de que la madre se exponga después de recibir el alta hospitalaria. En el caso de las mujeres que decidan internarse en una habitación, deben practicarse siempre las precauciones universales, que incluyen el uso de una mascarilla y la observación de la higiene de las manos durante todo el contacto con sus neonatos.

La separación puede ser necesaria en el caso de las madres que están demasiado enfermas para cuidar de sus bebés o que necesitan niveles más altos de atención o en el caso de los neonatos con mayor riesgo de enfermedad grave (por ejemplo, los prematuros y los que requieren mayores niveles de atención).

## Compromisos de la FIGO

- Todos los obstetras deberían estar al día mientras la situación con la COVID-19 sigue desarrollándose. Todos tenemos obligaciones como individuos hacia nuestros pacientes, que no merecen menos que nuestra plena dedicación en estos tiempos difíciles.
- Cuando se disponga de más datos de investigación, la FIGO revisará esta declaración y cualquier recomendación que hayamos proporcionado para garantizar que sean claras y precisas.

## Referencias

1. Disponible en: [www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6](http://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6)
2. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, et al. *Coronavirus disease 2019, infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. (Enfermedad por Coronavirus 2019; infección entre mujeres embarazadas asintomáticas y sintomáticas: dos semanas de presentaciones confirmadas a un par de hospitales afiliados de la ciudad de Nueva York)* Am J Obstet Gynecol MFM 2020;2(2):100118
3. Wu Z, McGoogan JM. *Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. (Características y lecciones importantes del brote de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en China: Resumen de un informe de 72 314 casos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China)*. JAMA 2020 Apr 7;323(13):1239-1242
4. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. *Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020. CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team (Actualización: características de las mujeres sintomáticas en edad reproductiva con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio según el estado del embarazo - Estados Unidos, 22 de enero - 3 de octubre de 2020. Equipo de resultados vinculados al embarazo y al lactante de CDC COVID-19)* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1641-7
5. Delahoy MJ, Whitaker M, O'Halloran A, et al. *Characteristics and maternal and birth outcomes of hospitalized pregnant women with laboratory-confirmed COVID-19 - COVID-NET, 13 states, March 1-August 22, 2020. COVID-NET Surveillance Team. (Características y resultados maternos y del parto de mujeres embarazadas hospitalizadas con COVID-19 confirmada por laboratorio - COVID-NET, 13 estados, 1 de marzo - 22 de agosto de 2020. Equipo de Vigilancia COVID-NET)* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1347-54
6. Panagiotakopoulos L, Myers TR, Gee J, et al. *SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: reasons for admission and pregnancy characteristics - eight U.S. health care centers, March 1-May 30, 2020. (Infección por SARS-CoV-2 entre mujeres embarazadas hospitalizadas: motivos de ingreso y características del embarazo - ocho centros de salud de Estados Unidos, 1 de marzo - 30 de mayo de 2020)*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1355-9
7. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. *Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. (Manifestaciones clínicas, factores de riesgo y resultados maternos y perinatales de la enfermedad por coronavirus 2019 en el embarazo: revisión sistemática y metanálisis de evidencia viva)*. BMJ 2020; 370: m3320.
8. Woodworth KR, Ellington S, Strid P, et al. *Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. (Actualización: Características de las mujeres sintomáticas en edad reproductiva con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio, según el estado del embarazo - Estados Unidos, 22 de enero - 3 de octubre de 2020)*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Nov 6;69(44):1641-1647
9. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. *Obstetric Surveillance System SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy Collaborative Group. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. (Grupo de colaboración del sistema de vigilancia obstétrica de la infección por SARS-CoV-2 en el embarazo. Características y resultados de las mujeres embarazadas ingresadas en el hospital con infección confirmada por SARS-CoV-2 en el Reino Unido: estudio de cohorte nacional basado en la población)*. BMJ 2020 Jun 8;369:m2107
10. Lokken EM, Taylor GG, Huebner EM, et al. *Higher SARS-CoV-2 infection rate in pregnant patients. (Mayor tasa de infección por SARS-CoV-2 en pacientes embarazadas)*. Am J Obstet Gynecol 2021 Feb 11;S0002-9378(21)00098-3

11. Badr DA, Mattern J, Carlin A, et al. *Are clinical outcomes worse for pregnant women at  $\geq 20$  weeks' gestation infected with coronavirus disease 2019? A multicenter case-control study with propensity score matching.* (¿Son peores los resultados clínicos de las mujeres embarazadas a las  $\geq 20$  semanas de gestación infectadas por la enfermedad de Coronavirus 2019? Un estudio multicéntrico de casos y controles por pareamiento de puntajes de propensión). *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(5):764-768
12. Della Gatta AN, Rizzo R, Pilu G, Simonazzi G. *Coronavirus disease 2019 during pregnancy: a systematic review of reported cases.* (Enfermedad por coronavirus 2019 durante el embarazo: una revisión sistemática de los casos informados). *Am J Obstet Gynecol* 2020;223(1):36-41
13. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, et al. *Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls.* (Las mujeres embarazadas con enfermedad grave o crítica por coronavirus 2019 tienen una mayor morbilidad compuesta en comparación con los controles similares en mujeres no embarazadas). *Am J Obstet Gynecol* 2020;S0002-9378(20)31312-0
14. Woodworth KR, Olsen EO, Neelam V, et al. *Centers for Disease Control and Prevention. Birth and infant outcomes following laboratory-confirmed SARS-CoV2 Infection in pregnancy – SET-NET, 16 Jurisdictions. March 29-October 14, 2020* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Resultados del nacimiento y del bebé tras una infección por SARS-CoV2 confirmada por laboratorio en el embarazo - SET-NET, 16 jurisdicciones. 29 de marzo - 14 de octubre de 2020). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020 Nov 6;69(44):1635-1640
15. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, et al. *Maternal transmission of SARS-CoV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis.* (Transmisión materna del SARS-CoV-2 al neonato y posibles vías de transmisión: revisión sistemática y análisis crítico). *BJOG* 2020;127(11):1324-36
16. Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. *Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy.* (Infección por coronavirus (COVID-19) en el embarazo). Versión 13: Publicado el miércoles 19 de febrero de 2021. [www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf](http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf)
17. Salvatore CM, Han JY, Acker KP, et al. *Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study.* (Manejo y resultados neonatales durante la pandemia de COVID-19: un estudio de cohorte de observación). *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4(10):721-27
18. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. *The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of allergenic complementary foods.* (Los efectos de las intervenciones nutricionales tempranas en el desarrollo de la enfermedad atópica en lactantes y niños: el papel de la restricción dietética materna, la lactancia materna, las fórmulas hidrolizadas y el momento de la introducción de alimentos complementarios alergénicos). *Pediatrics* 2019; 143:e20190281
19. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. *Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis.* (Prácticas óptimas de lactancia materna y mortalidad infantil: una revisión sistemática y un metanálisis). *Acta Paediatr* 2015;104:3–13
20. Wu Y, Liu C, Dong L, et al. *Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding.* (Enfermedad por coronavirus 2019 entre las mujeres chinas embarazadas: datos de la serie de casos sobre la seguridad del parto vaginal y la lactancia materna). *BJOG* 2020; 5:1471–528
21. Groß R, Conzelmann C, Müller JA, et al. *Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk.* (Detección de SARS-CoV-2 en la leche materna humana). *Lancet* 2020; 21:31181–8
22. Organización Mundial de la Salud. *Breastfeeding and COVID-19.* (Lactancia y COVID-19) [www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19](http://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19)
23. *Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation and management considerations for neonates at risk for COVID-19.* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consideraciones

sobre la evaluación y el manejo de los neonatos con riesgo de COVID-19).

[www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html#routes-transmission](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html#routes-transmission)

24. *Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19. (Manejo de los bebés nacidos de madres con sospecha o confirmación de COVID-19).*  
<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers>
25. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. *Coronavirus (COVID-19), Pregnancy, and Breastfeeding: A Message for Patients. (Coronavirus (COVID-19), embarazo y lactancia: Un mensaje para las pacientes).* [www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding](http://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding)
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. (Contacto temprano piel con piel para las madres y sus recién nacidos sanos).* *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11(11):CD003519
27. Korja R, Latva R, Lehtonen L. *The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. (Los efectos del nacimiento prematuro en la interacción y el apego entre la madre y el bebé durante los dos primeros años de vida).* *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(2):164-73
28. Howard K, Martin A, Berlin LJ, et al. *Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. (Separación temprana entre madre e hijo, crianza y bienestar infantil en familias de Early Head Start).* *Attach Hum Dev* 2011;13(1):5-26

## Acerca de la FIGO

FIGO es una organización profesional que reúne a las asociaciones de obstetricia y ginecología de todo el mundo. La visión de la FIGO es que las mujeres del mundo alcancen los más altos estándares de salud y bienestar físico, mental, reproductivo y sexual posibles a lo largo de sus vidas. Nos encargamos de las actividades del programa mundial, con especial atención al África subsahariana y el Asia sudoriental.

La FIGO aboga en el ámbito mundial, especialmente en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente y a las enfermedades no transmisibles (ODS3). También trabajamos para mejorar la condición de la mujer y permitir su participación activa en el logro de sus derechos reproductivos y sexuales, lo que incluye abordar la mutilación genital femenina (MGF) y la violencia de género (ODS5).

También proporcionamos educación y formación a nuestras Sociedades Miembros y fomentamos la capacidad de aquellas provenientes de países de bajos recursos mediante el fortalecimiento del liderazgo, las buenas prácticas y el fomento a los diálogos sobre políticas.

La FIGO mantiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene estatus consultivo en las Naciones Unidas (ONU).

**Para consultas** Rob Hucker, Jefe de Comunicaciones y Relaciones  
[rob@figo.org](mailto:rob@figo.org) +44 (0) 7383 025 731