



## Asamblea General

Distr. general  
8 de julio de 2011  
Español  
Original: inglés

---

### Consejo de Derechos Humanos

18º período de sesiones

Temas 2 y 3 de la agenda

**Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del  
Alto Comisionado y del Secretario General**

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,  
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,  
incluido el derecho al desarrollo**

### **Prácticas de adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles**

**Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas  
para los Derechos Humanos**

#### *Resumen*

Este informe, presentado en cumplimiento de la resolución 15/17 del Consejo de Derechos Humanos, contiene una compilación analítica de buenas prácticas y prácticas eficaces en la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles. Se enuncian las características comunes de tales prácticas, se analiza cómo se plasma, en ellas, un enfoque basado en los derechos humanos y se exponen algunas de las buenas prácticas que han sido eficaces para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción .....	1	3
II. Un enfoque de la mortalidad y la morbilidad maternas basado en los derechos humanos .....	2–4	3
III. Características comunes de las prácticas buenas y eficaces para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas adoptando un enfoque basado en los derechos humanos .....	5–34	4
A. Mejora de la condición jurídica y social de la mujer mediante la eliminación de los obstáculos que se oponen a la adopción de un enfoque efectivo, basado en los derechos humanos, para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas .....	6–16	5
B. Derechos sexuales y reproductivos .....	17–20	7
C. Fortalecimiento de los sistemas de salud para aumentar el acceso a la atención calificada y el uso de esta .....	21–24	9
D. Tratamiento del aborto practicado en condiciones de riesgo .....	25–30	9
E. Mejora del seguimiento y la evaluación .....	31–34	11
IV. Ejemplos .....	35–74	12
A. África .....	36–50	13
B. Asia .....	51–58	16
C. Europa Oriental .....	59–62	17
D. América Latina .....	63–74	18
V. Conclusiones .....	75	21

## I. Introducción

1. En su resolución 15/17, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) que preparara una compilación analítica de las buenas prácticas o las prácticas más eficaces en la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles, en la que se incluyera lo siguiente: a) la determinación del modo en que se plasmaba, en esas iniciativas, el enfoque basado en los derechos humanos; b) los elementos de esas iniciativas que hubieran logrado reducir la mortalidad y la morbilidad maternas mediante un enfoque basado en los derechos humanos; y c) las posibilidades de que iniciativas semejantes pudieran dar efecto más plenamente a un enfoque basado en los derechos humanos. A los efectos del presente informe, en enero de 2011 se envió una nota verbal a los Estados, los organismos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, las instituciones nacionales de derechos humanos, todos los titulares de mandatos de procedimientos especiales de la Organización, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y las organizaciones de la sociedad civil. Se recibieron contribuciones escritas<sup>1</sup> de 54 Estados<sup>2</sup>, 3 organismos de las Naciones Unidas (el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)), 5 instituciones nacionales de derechos humanos<sup>3</sup>, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, y 14 organizaciones de la sociedad civil<sup>4</sup>.

## II. Un enfoque de la mortalidad y la morbilidad maternas basado en los derechos humanos

2. En su resolución 11/8, el Consejo de Derechos Humanos pidió a los Estados que integraran una perspectiva de derechos humanos en sus iniciativas destinadas a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas. Otros instrumentos en que se ha solicitado que se adopte ese tipo de enfoque para abordar la mortalidad y la morbilidad maternas en el curso del año pasado han sido la resolución 24/5 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, relativa a la eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante el empoderamiento de la mujer; el informe del Secretario General titulado "Para cumplir la promesa: un examen orientado al futuro para promover un programa de acción convenido a

<sup>1</sup> Se pueden consultar todas las comunicaciones en el sitio web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH): <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/>.

<sup>2</sup> Alemania, Arabia Saudita, Argelia, Argentina, Australia, Bahrein, Belarús, Bélgica, Brasil, Bulgaria, Burkina Faso, Canadá, Chile, Chipre, Colombia, Costa Rica, Cuba, Egipto, El Salvador, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Etiopía, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Guatemala, Hungría, Indonesia, Irán (República Islámica del), Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Madagascar, México, Myanmar, Nicaragua, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Pakistán, Perú, Portugal, Qatar, República Árabe Siria, República Dominicana, Senegal, Serbia, Suecia, Suiza, Timor-Leste, Togo y Ucrania.

<sup>3</sup> El Defensor del Pueblo de Azerbaiyán, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nicaragua, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nigeria, la Comisión de Derechos Humanos de Nueva Zelandia y la Comisión de Derechos Humanos de Sudáfrica.

<sup>4</sup> Alianza Internacional de Mujeres, Asociación Nacional de Organizaciones de Mujeres de Uganda, Asociación de Planificación de la Familia de Bangladesh, Ayuda en Acción de Sierra Leona y Marie Stopes Sierra Leone, BRAC Bangladesh, Center for Economic and Social Rights, Centro de Derechos Reproductivos, Enfants du Monde, Federación Internacional de Planificación Familiar, IPAS del Brasil, IPAS de los Estados Unidos, Medical Collaboration Committee y Pathfinder International.

fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015" (A/64/665) y la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños.

3. El marco sustantivo de derechos humanos aplicable a la prevención de la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles fue establecido, de manera exhaustiva, por los órganos creados en virtud de tratados y otros expertos internacionales y organismos regionales, y se resume en el informe del ACNUDH sobre la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles y los derechos humanos (A/HRC/14/39). Las obligaciones de los Estados se fundan en siete principios específicos de derechos humanos: la igualdad y la no discriminación, la participación, el empoderamiento, la transparencia, la sostenibilidad, la cooperación internacional y la rendición de cuentas. La aplicación de esos principios es el núcleo de todo enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la morbilidad y la mortalidad maternas y lograr el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, relativo a la salud materna.

4. Los tratados internacionales de derechos humanos y su interpretación por los órganos de derechos humanos han dejado claro que muchas de las obligaciones que los Estados deben cumplir para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas no son susceptibles de cumplimiento progresivo sino que son de efecto inmediato<sup>5</sup>. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconoce que los derechos del Pacto también imponen ciertas obligaciones esenciales; el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general N° 14, ha destacado que un Estado parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas, que son inderogables. En la misma observación, el Comité declaró que la prestación de servicios de salud materna era una obligación básica: los Estados tenían la obligación inmediata de tomar medidas deliberadas, concretas y orientadas para hacer efectivo el derecho a la salud en el contexto del embarazo y el parto. En su recomendación general, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer hizo hincapié en que los Estados estaban obligados a garantizar unos servicios de salud materna y la igualdad en el acceso a los servicios de salud: negar servicios que necesitaban solo las mujeres era una forma de discriminación. Por otra parte, el derecho a la vida y otros derechos civiles y políticos, y el derecho a la no discriminación, no están sujetos a realización progresiva<sup>6</sup>.

### **III. Características comunes de las prácticas buenas y eficaces para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas adoptando un enfoque basado en los derechos humanos**

5. El ritmo actual de reducción mundial de la tasa de mortalidad materna es insuficiente para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducirla en tres cuartas partes entre 1990 y 2015<sup>7</sup>. Puede que las prácticas buenas y eficaces para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas adoptando un enfoque basado en los derechos humanos sean complejas y específicas de una situación local, pero el análisis de todas las respuestas a la nota verbal enviada por el ACNUDH revela que comparten cinco características:

<sup>5</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24 (art. 12), párr. 11.

<sup>6</sup> Véanse Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 6 (art. 6) sobre el derecho a la vida, párr. 5; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 20 (art. 2), párr. 2), párr. 7.

<sup>7</sup> A/64/665, párr. 30.

- a) Reformas sociales y jurídicas amplias para mejorar la condición de las mujeres promoviendo la igualdad de género y eliminando las prácticas nocivas;
- b) Aumento del acceso a los servicios de anticonceptivos y planificación de la familia para permitir a las mujeres y las adolescentes tomar decisiones sobre su sexualidad y fecundidad, lo que incluye el retraso y la limitación de la procreación y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas la del virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), para lo cual se apoya el acceso a la educación sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva;
- c) Fortalecimiento de los sistemas de salud y los servicios de atención primaria de la salud para mejorar el acceso a, y la utilización de, comadronas capacitadas y atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones;
- d) Tratamiento del problema del aborto que se practica en condiciones de riesgo a las mujeres;
- e) Mejora de la vigilancia y la evaluación de las obligaciones que tienen los Estados de garantizar la rendición de cuentas de todos los agentes y de aplicar las políticas.

**A. Mejora de la condición jurídica y social de la mujer mediante la eliminación de los obstáculos que se oponen a la adopción de un enfoque efectivo, basado en los derechos humanos, para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas**

6. La mortalidad y la morbilidad maternas son consecuencia de la desigualdad de género, la discriminación, la desigualdad en materia de salud y el fracaso en garantizar los derechos humanos de las mujeres. La lentitud de los progresos en lo que respecta al quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio atestigua el escaso valor que se asigna a la vida de las mujeres y las niñas y lo limitada que está su voz en lo que respecta a la fijación de las prioridades públicas. La desigualdad y la discriminación que sufren las mujeres durante toda su vida se ve perpetuada por leyes y políticas oficiales y por normas y prácticas sociales nocivas. Las mujeres, especialmente las jóvenes, las que viven en la pobreza o las que están marginadas socialmente, no suelen tener acceso a la atención médica debido a leyes y prácticas nocivas, estigmatizadoras o discriminatorias. En consecuencia, muchas mujeres y adolescentes no pueden obtener toda la gama de servicios e información en materia de salud sexual y reproductiva a los que tienen derecho<sup>8</sup>.

7. Las mujeres y las niñas pobres y con menos instrucción y las que viven en las zonas rurales tienen muchas menos probabilidades de tener acceso a los servicios de salud o de dar a luz en presencia de un trabajador de la salud capacitado, debido a la inaccesibilidad geográfica y a los costos prohibitivos de los servicios de obstetricia, a las restricciones que pesan sobre los servicios de práctica del aborto, a los procedimientos patriarcales de toma de decisiones y a la mala calidad de la atención o al carácter irrespetuoso de esta, incluida la actitud negativa de los trabajadores de los servicios de salud hacia las mujeres embarazadas enfermas de VIH/SIDA.

8. El riesgo aumenta aún más en el caso las mujeres que sufren discriminación por varios motivos a la vez, por ejemplo por su edad, por su estado civil, por discapacidad, por tener el VIH/SIDA, por pertenecer a una casta inferior o por su condición socioeconómica,

<sup>8</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Mundial de la Salud (OMS), *Addressing the human rights dimension of preventing maternal mortality and morbidity: a joint report to the Human Rights Council*, comunicación del UNICEF, pág. 1.

por vivir en zonas rurales o viviendas precarias, por pertenecer a minorías indígenas o por ser inmigrantes, refugiadas o desplazadas. Un enfoque basado en los derechos humanos requiere que se tomen medidas para determinar y abordar las razones por las cuales las mujeres, de manera específica, tienen menos posibilidades de acceder a unas intervenciones y unos servicios de salud adecuados y oportunos.

9. Un enfoque de la morbilidad y la mortalidad maternas basado en los derechos humanos debe garantizar la igualdad de las mujeres en la toma de decisiones mediante una serie de medidas, incluidas medidas legislativas, políticas y operacionales. Se requiere un compromiso político, que favorezca la formulación de políticas y la promoción de los vínculos intersectoriales para reducir la pobreza, mejorar la educación y la nutrición de las mujeres, mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento, las infraestructuras y el transporte, empoderar a las mujeres y resolver el problema de la violencia de género y las prácticas nocivas.

## 1. Matrimonio precoz

10. El matrimonio precoz expone a las muchachas a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad maternas. Según la OMS, aunque no todos los partos se producen dentro del matrimonio, la edad en que se contrae matrimonio está estrechamente vinculada al primer parto, debido a las normas y expectativas culturales y a que los anticonceptivos se usan con menos frecuencia para retrasar el primer nacimiento que para retrasar los nacimientos posteriores<sup>9</sup>.

11. Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la principal causa de muerte entre las mujeres jóvenes, y las niñas tienen el doble de probabilidades de morir en el parto que las mujeres de 20 años de edad o más<sup>10</sup>. El promedio de edad de las pacientes de fistula obstétrica es inferior a 25 años de edad, y entre ellas hay muchas jóvenes de 13 o 14 años<sup>11</sup>.

12. El matrimonio suele entrañar la expectativa de formar una familia. El derecho de las mujeres a elegir si quieren casarse, cuándo y con quién es un derecho humano fundamental, garantizado en una serie de instrumentos internacionales de derechos humanos. Según el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, la edad mínima para contraer matrimonio debe ser los 18 años, una idea que suscriben otros órganos de tratados<sup>12</sup>. Si bien la mayoría de los países afirman que sus leyes nacionales se ciñen a los instrumentos internacionales, lo cierto es que sus costumbres y tradiciones no se ciñen a ellos, y las leyes sobre la edad mínima para contraer matrimonio no se aplican.

13. Partiendo de la correlación entre embarazo prematuro y riesgo, en un enfoque basado en los derechos humanos se promueve la enseñanza secundaria escolar, se previene el matrimonio precoz mediante la imposición de una edad mínima legal para contraer matrimonio, que será, por lo menos, de 18 años, y se pospone el primer nacimiento posponiendo el inicio de la actividad sexual y utilizando métodos anticonceptivos eficaces.

<sup>9</sup> Día Mundial de la Salud, *Safe Motherhood 1998. Delay childbearing*, que se puede consultar en la siguiente dirección: [www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98\\_04.html](http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98_04.html).

<sup>10</sup> Banco Mundial, "Maternal mortality at a glance: why address maternal mortality?", mayo de 2006. Se puede consultar en la siguiente dirección: <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMatMort06.pdf>.

<sup>11</sup> Comunicación del Medical Collaboration Committee.

<sup>12</sup> Véanse Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 21, párr. 36; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 16; Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28, párr. 23, y Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 9.

## 2. Nutrición inadecuada

14. La nutrición inadecuada puede aumentar considerablemente los riesgos de la morbilidad y la mortalidad maternas prevenibles<sup>13</sup>. En muchos países, las mujeres y las niñas se ven muy afectadas por la falta de alimentos, y las costumbres alimentarias de las familias suelen determinar que las mujeres y las niñas sean las últimas en comer. La malnutrición atrofia el crecimiento pélvico, lo que da lugar a un parto obstruido, que, a su vez, da lugar a la muerte de la madre o a la fístula obstétrica. Un enfoque de derechos humanos exige que los Estados hagan frente a cualquier costumbre tradicional que no permita a las mujeres comer hasta que los hombres estén saciados<sup>14</sup>, y que respeten, protejan y promuevan el derecho de las mujeres y las niñas al bienestar nutricional<sup>15</sup>.

## 3. Violencia contra la mujer

15. La violencia contra las mujeres y las niñas es un obstáculo que se opone tenazmente a la buena salud materna. La violencia durante el embarazo va asociada a un aumento del riesgo de aborto espontáneo, mortinatalidad y bajo peso al nacer<sup>16</sup>. Un enfoque de derechos humanos exige a los Estados que eliminen ese tipo de violencia e impartan formación para reconocer las señales de ella utilizando métodos adecuados de tratamiento y asesoramiento y recabando la participación de las comunidades.

## 4. Mutilación genital femenina

16. La mutilación y la ablación genitales femeninas son una forma de violencia contra las mujeres y una violación de los derechos de las mujeres y de las niñas. Las niñas y las mujeres que han sufrido esa mutilación experimentan una mayor prevalencia de infecciones, traumas psicológicos y psicosexuales, infertilidad y complicaciones obstétricas<sup>17</sup>, que requieren mayor atención obstétrica de emergencia. Un enfoque basado en los derechos humanos aboga por la erradicación de esa práctica nociva, con el firme apoyo de los tratados y documentos de consenso regionales e internacionales de derechos humanos<sup>18</sup>.

## B. Derechos sexuales y reproductivos

17. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconocieron los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales y se consideró que la información sobre métodos anticonceptivos y los servicios de anticonceptivos era esencial para garantizar la salud y los derechos reproductivos<sup>19</sup>. Estos derechos se basan en el derecho a la vida, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud<sup>20</sup>, el derecho a

<sup>13</sup> A/HRC/14/39, párr. 18.

<sup>14</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, párr. 28; y Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 6.

<sup>15</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, párr. 7.

<sup>16</sup> OMS, "Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals"; se puede consultar en la siguiente dirección: [www.who.int/gender/documents/women\\_MDGs\\_report/en/index6.html](http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/index6.html).

<sup>17</sup> OMS, "Estimating the obstetric cost of female genital mutilation in six African countries", WHO Bulletin 88: 281-288, citado en la comunicación del UNICEF, pág. 1.

<sup>18</sup> OMS, "Eliminating female genital mutilation: an interagency statement", 2008, pág. 8. Se puede consultar en la siguiente dirección: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf).

<sup>19</sup> A/CONF.171/13/Rev.1.

<sup>20</sup> Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 6, párr. 5.

decidir el número y el espaciamiento de los hijos<sup>21</sup>, el derecho a la intimidad<sup>22</sup>, el derecho a la información<sup>23</sup> y el derecho a la igualdad y la no discriminación<sup>24</sup>. Garantizar el acceso a información y a servicios disponibles, aceptables y de buena calidad en materia de métodos anticonceptivos, sin coacción, discriminación ni violencia, es fundamental para lograr la igualdad de género y garantizar que las mujeres participen como miembros de pleno derecho de la sociedad.

18. Para lograr la igualdad de género y la no discriminación, los Estados tienen la obligación de garantizar que en sus leyes, políticas y prácticas se traten, de manera satisfactoria, las necesidades específicas de las mujeres, lo que entraña la obligación de velar por que estas tengan acceso a información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva<sup>25</sup>.

19. Los gobiernos están obligados a adoptar medidas afirmativas para garantizar el acceso a la gama completa de métodos anticonceptivos suprimiendo los obstáculos jurídicos, económicos, informativos y de otra índole<sup>26</sup>. Las restricciones de acceso a ciertos métodos anticonceptivos y las políticas coactivas de planificación de la familia menoscaban la capacidad de las mujeres de tomar decisiones informadas y autónomas y determinar el número, el espaciamiento de sus hijos y el momento en que desean tenerlos.

20. Muchos obstáculos impiden que los jóvenes, solteros o casados, obtengan métodos anticonceptivos y tengan acceso a los servicios correspondientes, entre ellos los de prevención del VIH/SIDA; por ejemplo, la negación del hecho de que los jóvenes puedan tener una vida sexual activa, los requisitos de la patria potestad o consentimiento del cónyuge, el costo y la ubicación de los servicios, y la falta de intimidad y confidencialidad. El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general N° 4, concluyó que el ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes dependía de que se crearan servicios de atención de la salud sensibles a las necesidades de los jóvenes, en los que se respetara la confidencialidad y la intimidad y que incluyeran servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

<sup>21</sup> Véanse la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art 16 1) e); la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 23 1) b), y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África (Protocolo de Maputo), art. 14, párr. 1.

<sup>22</sup> Véanse Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 21, párr. 22; Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28, párr. 20, y A/CONF.177/20, párr. 96.

<sup>23</sup> Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 28; A/65/162, párrs. 19 y 24 a 37; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, nota 27.

<sup>24</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24; Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 16; *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo tercer período de sesiones, Suplemento N° 38 (A/53/38/Rev.1)*, párrs. 228 y 229; *ibid.*, *quincuagésimo segundo período de sesiones (A/52/38/Rev.1)*, párr. 140.

<sup>25</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, párr. 27; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, párr. 14.

<sup>26</sup> Véanse *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo cuarto período de sesiones, Suplemento N° 38 (A/54/38/Rev.1)*, párrs. 186 y 207; *ibid.*, *quincuagésimo séptimo período de sesiones (A/57/38)*, párr. 400; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, párr. 17; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Recomendación general N° 14, párr. 27.

### C. Fortalecimiento de los sistemas de salud para aumentar el acceso a la atención calificada y el uso de esta

21. Si bien hay muchos factores que contribuyen a la mortalidad y las discapacidades, uno de los medios más eficaces para prevenirlas es mejorar los sistemas de salud y atención primaria de la salud para garantizar la disponibilidad de atención calificada en todos los niveles y el acceso, durante las 24 horas del día, a atención obstétrica de emergencia. La mayoría de las muertes y discapacidades maternas podrían haberse evitado si las mujeres hubieran recibido asistencia de un profesional de la salud dotado de la competencia, el equipo y los medicamentos necesarios para prevenir y tratar las complicaciones.

22. Tradicionalmente se han desatendido las intervenciones, en favor de aumentar la provisión de comadronas capacitadas, mientras que, en un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, se reconoce que la disponibilidad de servicios por sí sola es insuficiente; esos servicios deben ser accesibles y asequibles para todos y ser de buena calidad, y deben prestarse de una manera que sea aceptable culturalmente y que responda a las necesidades de las mujeres. Para superar esos obstáculos se requiere adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, así como crear un clima que favorezca el empoderamiento de la mujer para reclamar esos derechos. Las familias y las comunidades tienen que ser capaces de reconocer cuándo surgen complicaciones y de actuar al respecto.

23. Un sistema de salud eficaz requiere suministros, equipamiento e infraestructuras adecuados, así como un sistema de comunicación, remisión y transporte efectivo y eficaz. El fortalecimiento de esos sistemas, aun siendo costoso, es beneficioso para todos los ciudadanos, no solo para las mujeres, lo que ilustra la interrelación entre desarrollo, derechos humanos y salud pública.

24. Según el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho a la salud impone a los Estados desarrollados una obligación de asistencia y de cooperación internacionales en el sentido de que han de prestar asistencia a los Estados en desarrollo para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados desarrollados deben prestar apoyo a las actividades que realicen los Estados en desarrollo para reducir la mortalidad materna. Esta obligación se pone de manifiesto en el octavo Objetivo de Desarrollo del Milenio, que es el de fomentar una asociación mundial para el desarrollo<sup>27</sup>, y se desarrolla más en la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños. Por consiguiente, la rendición de cuentas empieza por las obligaciones del Estado, pero la comunidad mundial también tiene la responsabilidad de prestar cooperación y asistencia internacionales para fortalecer los sistemas de salud.

### D. Tratamiento del aborto practicado en condiciones de riesgo

25. En su Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, el Secretario General señaló que el aborto causa uno de cada ocho casos de mortalidad materna; en una declaración hecha el 14 de junio de 2010, la Alta Comisionada declaró que los Estados tenían la obligación de ocuparse de la cuestión del aborto en condiciones de riesgo. El aborto en esas condiciones es una de las cinco principales causas de la mortalidad materna<sup>28</sup>. Todos los años hay alrededor de 47.000 muertes y entre 5 y 8,5 millones de

<sup>27</sup> A/61/338, párr. 19.

<sup>28</sup> OMS, "Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008", 6ª ed., págs. 1 y 5. Se puede consultar en la siguiente dirección: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf).

mujeres sufren discapacidades temporales o lesiones permanentes, debido a las complicaciones<sup>29</sup>.

26. En virtud del derecho internacional vigente, varios órganos de derechos humanos han pedido a los gobiernos que revisen y modifiquen las leyes restrictivas sobre el aborto<sup>30</sup>. En su Recomendación general N° 24 sobre las mujeres y la salud, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer hizo hincapié en que, entre las barreras para el acceso de las mujeres a una atención médica adecuada, se incluían las leyes que penalizaban ciertas intervenciones médicas que afectaban exclusivamente a las mujeres y castigaban a las que se sometían a dichas intervenciones y recomendó que se modificara la legislación que penalizaba el aborto, a fin de suprimir las medidas punitivas que se imponían a las mujeres que hubieran abortado. Asimismo, otros órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han declarado que las leyes restrictivas sobre el aborto y la no garantía del acceso al aborto legal son incompatibles con el derecho internacional humanitario y que equivalen a violaciones de, entre otras cosas, los derechos a la vida y la salud y el principio de no discriminación, debido a la denegación de acceso al aborto seguro y legal y de la atención posterior al aborto, además de que las leyes restrictivas sobre el aborto tienen un efecto discriminatorio desproporcionado en las mujeres pobres de las zonas rurales<sup>31</sup>. También se ha estimado que la negación del aborto en condiciones seguras o la penalización del aborto constituyen, en determinadas circunstancias, una violación del derecho a una vida libre de tortura y de tratos crueles, inhumanos o degradantes<sup>32</sup>.

27. Según la OMS, el grado de acceso legal al aborto es uno de los factores determinantes de la frecuencia del aborto en condiciones de riesgo y de la mortalidad que provoca, y los datos muestran que las mujeres que desean abortar lo harán a pesar de las restricciones legales. En los lugares donde hay pocas limitaciones a la práctica del aborto en condiciones seguras, las muertes y las enfermedades se reducen considerablemente.

28. Según la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, la prohibición absoluta del aborto es un ejemplo de cómo la actuación de los Estados puede conducir a la violencia contra la mujer y repercutir directamente en la mortalidad y la morbilidad maternas, así como en el suicidio de los adolescentes. Las mujeres y las niñas que se ven obligadas a continuar con un embarazo no deseado suelen sufrir una revictimización por parte de la familia y la sociedad. En los casos de embarazos resultantes de la violación o el incesto, las mujeres y las niñas suelen recurrir a abortos clandestinos en condiciones de riesgo, a veces con consecuencias fatales. En algunos casos, las mujeres que han sufrido abortos espontáneos o partos complicados que han resultado en la muerte del niño han sido acusadas automáticamente de homicidio y sancionadas con arreglo al ordenamiento penal<sup>33</sup>.

29. Cuando se practica por profesionales médicos especializados en un entorno seguro, el aborto representa muy poco riesgo para la vida y la salud de una mujer. Las obligaciones del Estado incluyen las destinadas a garantizar que las adolescentes y las mujeres no se vean forzadas a recurrir al aborto en condiciones de riesgo<sup>34</sup>. Si se garantiza el acceso a

<sup>29</sup> *Ibid.*, pág. 14.

<sup>30</sup> Véanse los documentos E/C.12/1/Add.66, E/C.12/PRY/CO/3 y CRC/C/15/Add.107.

<sup>31</sup> Véase CCPR/CO/70/ARG.

<sup>32</sup> Véanse CCPR/C/79/Add.72, párr. 15; CCPR/CO/70/PER, párr. 20; y CCPR/CO/82/MAR, párr. 29. Véanse también CCPR/CO/79/LKA, párr. 12 y CAT/C/CR/32/5, párr. 6 j).

<sup>33</sup> A/HRC/17/26/Add.2, párrs. 65 a 68.

<sup>34</sup> Por ejemplo, ofreciéndoles servicios de planificación de la familia, atención prenatal y posnatal, supervisión del parto por personal cualificado y atención obstétrica de emergencia. Véanse Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, párr. 14; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, párr. 27, y Protocolo de Maputo, art. 14, párr. 2. Véase también A/HRC/14/39, párr. 25.

métodos anticonceptivos y al aborto en condiciones seguras y la atención posterior al aborto, se reducirá la necesidad de que las mujeres recurran a los abortos en condiciones de riesgo. Ante todo, el acceso a productos y servicios anticonceptivos, así como una información práctica y exhaustiva acerca de ellos, son esenciales para evitar los embarazos no deseados, si bien no excluyen la necesidad de la prestación de servicios de aborto en condiciones seguras. Se calcula que anualmente se producen 33 millones de embarazos no planificados, debido a deficiencias de los métodos anticonceptivos. Las mujeres a quienes les fallen los métodos anticonceptivos, por ejemplo, deben tener acceso a servicios seguros. Según la OMS, es probable que el número de abortos en condiciones de riesgo continúe aumentando, a menos que las mujeres tengan acceso a un aborto en condiciones seguras y que se implanten métodos anticonceptivos y se refuercen los ya implantados<sup>35</sup>. Independientemente de la legalidad del aborto, deben prestarse servicios posteriores a él, entre ellos los de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

30. Un enfoque basado en los derechos humanos implica que los Estados deben adoptar medidas para eliminar esos obstáculos que se oponen a la prestación de servicios de aborto y que obligan a las mujeres a recurrir a abortos en condiciones de riesgo; por ejemplo, la eliminación de los retrasos inaceptables en la prestación de atención médica; la supresión de las leyes en que se exija al personal sanitario que informe sobre las mujeres que se sometan a abortos, y la supresión del requisito del consentimiento de terceros para que una mujer pueda abortar, aun cuando su vida esté en peligro. Deben organizar los servicios de salud de tal manera que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud no impida a las mujeres acceder a esos servicios.

## E. Mejora del seguimiento y la evaluación

31. La rendición de cuentas es el eje del ejercicio de todos los derechos humanos y tiene dos componentes principales: a) rectificar los errores pasados; y b) corregir el fracaso sistemático para evitar futuras infracciones. La rendición de cuentas determina qué es lo que funciona (y, por tanto, se puede repetir) y lo que no funciona (y, por lo tanto, se debe reajustar)<sup>36</sup>. La ausencia de mecanismos de rendición de cuentas basados en los derechos humanos para las muertes y discapacidades maternas causadas por los fallos del sistema de salud, las disparidades socioeconómicas y las prácticas sociales discriminatorias es un obstáculo importante para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas.

32. Cuando los Estados apliquen una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública, también deberán elaborar indicadores apropiados para vigilar los progresos realizados, y determinar los casos en que haya que hacer ajustes en las políticas<sup>37</sup>. El seguimiento ayuda a los Estados a comprender los problemas y las deficiencias con que se haya tropezado para garantizar el ejercicio de los derechos y les proporciona un marco dentro del cual puedan concebirse unas políticas más adecuadas<sup>38</sup>. Los Estados deberían establecer mecanismos accesibles, eficaces, independientes y transparentes de rendición de cuentas de ámbito nacional, que operaran en los sectores público y privado, y perfeccionar constantemente los programas y las políticas vigentes para garantizar resarcimiento y reparación en los casos en que se produzcan infracciones relacionadas con el embarazo.

33. El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha recomendado encarecidamente a todos los Estados que, con carácter de urgencia, instauren un sistema de registro amplio y

<sup>35</sup> OMS, "Unsafe abortion" (véase la nota 28), pág. 1.

<sup>36</sup> A/HRC/4/28, párr. 46.

<sup>37</sup> *Ibid.*, párr. 28 e).

<sup>38</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 1, párr. 8.

eficaz y un sistema de esclarecimiento de los casos de mortalidad materna, a fin de determinar por qué se han producido. El esclarecimiento de esos casos debería ser un esclarecimiento no judicial, que no se limitara a indagar las causas médicas y en el que se determinarían los factores sociales, económicos y culturales que hubieran provocado la muerte o contribuido a ella<sup>39</sup>.

34. La rendición de cuentas es la piedra angular de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, en la que se pide a todos los interesados que promuevan la mejora del seguimiento y la evaluación para garantizar que todos los agentes rindan cuentas de sus resultados. La Comisión, que se creó para hacer el seguimiento previsto en la estrategia, propone un marco de rendición de cuentas basado en tres pilares: seguimiento, revisión y acción<sup>40</sup>. A fin de cumplir los compromisos de derechos humanos que contrajeron en la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>41</sup>, los Estados deben garantizar que sus mecanismos nacionales de rendición de cuentas estén en consonancia con las obligaciones que hayan contraído en virtud de tratados de derechos humanos. Los mecanismos de derechos humanos, como el examen periódico universal, los órganos creados en virtud de tratados y los mecanismos regionales, son decisivos para crear un marco general de rendición de cuentas.

#### IV. Ejemplos

35. En los ejemplos más efectivos se combinan unas medidas sostenidas, dirigidas a tratar las causas subyacentes de la morbilidad y la mortalidad materna, y una intensificación de la voluntad del gobierno en cuestión de garantizar un mejor acceso a servicios médicos de calidad y fomentar el empoderamiento de las mujeres. Los ejemplos que se enuncian a continuación han producido resultados demostrables en materia de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas dando efecto, en grados y formas diferentes, a algunos de los principios de un enfoque basado en los derechos humanos: la igualdad y la no discriminación, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la rendición de cuentas y la cooperación internacional. En estos ejemplos no se examina la situación de los derechos humanos en cada Estado, sobre todo con respecto a las mujeres y las niñas, ni tampoco se proporciona una evaluación exhaustiva de los derechos humanos en relación con los programas de reducción de la mortalidad materna ni se pretende evaluar si todos los aspectos de aquellos están en consonancia con un enfoque basado en los derechos humanos. Como se ha mencionado anteriormente, los órganos internacionales de derechos humanos han desarrollado satisfactoriamente una serie de normas y todos los Estados pueden mejorar sus medidas de aplicación de esas normas y adoptar un enfoque integrado, basado en los derechos humanos, de la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles. Los ejemplos que se ofrecen a continuación constituyen una aplicación de algunos de los principios de un enfoque de ese tipo, pero no se ofrecen como ejemplos de un enfoque holístico e integrado de la morbilidad y la mortalidad maternas. La existencia de pocos ejemplos de cómo aplicar los principios de derechos humanos de la sostenibilidad y la transparencia es prueba de lo mucho que queda por hacer. Se han expuesto ejemplos de mecanismos excelentes, pero estos también ponen de manifiesto la necesidad de incorporar, por medio de una labor constante y sistemática, otros principios de derechos humanos en las estrategias, para que pueda considerarse que estas están en consonancia con un enfoque basado en los derechos humanos.

<sup>39</sup> A/HRC/7/11/Add.4, párr. 16.

<sup>40</sup> Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, *Keeping Promises, Measuring Results: Final Report*, 2011.

<sup>41</sup> Véase la resolución 65/1 de la Asamblea General.

## A. África

### 1. Medidas para erradicar la mutilación y la ablación genitales femeninas

36. En toda África, el UNICEF y el UNFPA han colaborado con los gobiernos y los asociados para afrontar la cuestión de la mutilación y la ablación genitales, utilizando un enfoque que no se centra en el comportamiento individual sino que fomenta los análisis y los debates sobre la cuestión y sobre los principios de los derechos humanos; por ejemplo, en la campaña Saleema, realizada en el Sudán, se busca la participación y la movilización de las comunidades, los líderes religiosos y las familias y se utilizan los medios de difusión para divulgar su mensaje lo más ampliamente posible. Este enfoque basado en los derechos humanos ha logrado que se renuncie a la mutilación y la ablación en una proporción apreciable en varios países, entre ellos Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, el Senegal y Uganda.

37. En este enfoque se reconoce que las madres no practican la ablación genital a sus hijas con el propósito de causarles daño sino de asegurar sus posibilidades de casamiento y el honor de la familia. También se reconoce que la práctica perdura debido a una norma social según la cual el comportamiento de una persona está condicionado por el comportamiento de las demás, y se alienta a las comunidades a que decidan, por sí mismas, poner fin a la práctica. Se plantean cuestiones fundamentales, como la desigualdad de género, que dan lugar a otros resultados positivos en lo que respecta a la condición de las mujeres. Iniciativas análogas podrían poner en práctica más plenamente un enfoque basado en los derechos humanos comprendiendo y reconociendo la dinámica social que subyace a las prácticas nocivas y empoderando a las personas para que las abandonen en lugar de juzgar negativamente a las personas y las comunidades que las conservan.

### 2. Programas para que los hombres participen como iguales en unas relaciones sexuales saludables

38. La Federación Internacional de Planificación de la Familia lleva a cabo programas para lograr que los hombres jóvenes participen en la promoción de la igualdad de género reconociendo que ellos pueden fomentar prácticas sexuales más seguras y apoyar a su pareja para que tenga un embarazo saludable y un parto en condiciones seguras. Dichos programas tienen una fuerte influencia sobre los resultados en materia de salud materna: las mujeres jóvenes capaces de negociar el uso del preservativo con su pareja pueden protegerse mejor contra embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Los hombres que participan en esos programas suelen brindar un mayor apoyo a su pareja durante el embarazo y el parto y son menos propensos a ejercer la violencia contra su mujer durante el embarazo.

### 3. Análisis de la mortalidad materna

39. Desde 2003, el UNFPA, el UNICEF, la OMS y otros asociados para el desarrollo de África han venido apoyando a los ministerios de salud, a fin de institucionalizar los análisis de la mortalidad materna. Se han aplicado cinco métodos: la autopsia verbal, los análisis basados en los servicios y las instalaciones, el examen de cuasieventos de morbilidad grave, las investigaciones confidenciales sobre los casos de mortalidad materna y las auditorías clínicas basadas en un conjunto de criterios<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> OMS, *Beyond the Numbers*, Ginebra, 2004.

40. En general, la elaboración de políticas y directrices nacionales de análisis de la mortalidad materna ha mejorado considerablemente, sobre todo en las Comoras, Lesotho, Malawi, Namibia, Rwanda y Uganda. En 2010, el 65% de los países africanos informaron de que los casos de mortalidad materna se examinaban y analizaban<sup>43</sup>.

41. Unas iniciativas análogas dirigidas a institucionalizar el análisis de los casos de mortalidad materna podrían dar efecto más plenamente a un enfoque basado en los derechos humanos recabando la participación de las comunidades en la planificación, el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación para promover y garantizar la implicación comunitaria en el diseño; ampliar la extensión de las iniciativas pasándolas de iniciativas experimentales a programas de distrito y luego a programas de ámbito nacional, velando por la difusión de las directrices y por la prestación de apoyo a los programas en los ámbitos provincial y de distrito; y constituir un grupo de promoción activa de ámbito nacional para garantizar la participación de la sociedad civil y desarrollar la capacidad. La existencia de una partida presupuestaria específica para el citado análisis en el sector de la salud ayuda a garantizar que no se pierda entre prioridades que compitan entre sí.

42. Egipto ha integrado los programas de salud infantil y los de planificación de la familia, ha mejorado las instalaciones para fortalecer los programas de maternidad sin riesgo, ha combinado los programas de rehidratación oral con la expansión de las redes de abastecimiento de agua y saneamiento y ha impartido capacitación al personal sanitario paralelamente a la realización de programas de extensión comunitaria, a fin de encaminarse debidamente hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto y quinto.

43. La Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya muestra el papel que pueden desempeñar los órganos cuasijudiciales para garantizar que el Gobierno rinda cuentas en materia de salud materna. La Comisión inició una investigación pública sobre los servicios de salud reproductiva, lo que proporcionó la ocasión de debatir sobre esos servicios, de determinar las causas subyacentes de su mala calidad e insuficiencia, de determinar las causas de las altas tasas de mortalidad materna y encontrarles soluciones prácticas, de ofrecer a las víctimas la oportunidad de expresar su opinión, para sensibilizar a la opinión pública y promover el debate público, y de formular recomendaciones<sup>44</sup>.

44. El Gobierno de Malawi y sus asociados cuentan con un mecanismo de financiación de carácter intersectorial mediante el cual se ha realizado una planificación anual con todos los interesados, gracias a lo cual se han evitado las duplicaciones de tareas y se ha reducido la dependencia con respecto a determinados donantes, todo lo cual ha contribuido a lograr un descenso del 44% de la tasa de mortalidad materna del país entre 1990 y 2008.

45. Los auxiliares de salud que trabajan en el ámbito comunitario, empleados y formados por el Ministerio de Salud, realizan actividades de divulgación en las comunidades, registran los embarazos, llevan a cabo evaluaciones de la salud materna y autopsias verbales y se ocupan de cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Las intervenciones en el ámbito comunitario se centran en el seguimiento de los casos de muerte materna y en el fomento de la participación comunitaria creando comités de auditoría y haciendo labor de promoción ante las autoridades locales (por medio de reuniones de los dirigentes y jefes comunitarios y de representaciones teatrales populares).

---

<sup>43</sup> Comunicación del UNFPA.

<sup>44</sup> Federación de Abogadas de Kenya y Centro de Derechos Reproductivos, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007) (comunicación del Centro de Derechos Reproductivos).

46. La mejora de la rendición de cuentas ha sido decisiva en Rwanda. En 2008, el Gobierno, con el apoyo del UNFPA, adoptó una estrategia que incluía el análisis de los casos de mortalidad materna por medio de evaluaciones de esos casos basadas en los servicios y las instalaciones, de investigaciones confidenciales sobre esos casos y de autopsias verbales. Las delegaciones de los dirigentes comunitarios locales realizan investigaciones, que luego supervisa el Gobierno. Se ha asignado prioridad a la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, y los ministerios gubernamentales están obligados a tener planes de acción centrados en las mujeres y presupuestos con enfoque de género. El sistema de salud se ha fortalecido por medio de programas innovadores destinados a capacitar y retener a los nuevos trabajadores de la salud, y de la asistencia internacional. El apoyo conjunto del UNICEF, el UNFPA y la OMS ha aumentado la movilización de los recursos locales, mejorado los servicios de planificación de la familia en el ámbito comunitario, procurado ambulancias y puesto a prueba un servicio rápido de mensajes de texto, gracias al cual se ha provisto, a los trabajadores de salud comunitarios de un distrito, de un teléfono que les permite responder con rapidez<sup>45</sup>.

47. En Sierra Leona, el plan de servicios de atención de salud gratuitos, financiado principalmente por el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, tiene por objeto aumentar el acceso de 230.000 embarazadas a la atención de la salud suprimiendo el pago de honorarios y mejorando gradualmente la calidad de los servicios que se presten<sup>46</sup>. El Programa Mundial de Alimentos presta asistencia alimentaria a las embarazadas en algunas clínicas y el Ministerio de Salud tiene, en todos los distritos, nutricionistas que aconsejan a las embarazadas y las madres de niños lactantes.

48. El UNICEF y la Liverpool School of Tropical Medicine aplican un programa innovador, basado en la competencia, para formar al personal de los servicios de salud en solo cuatro días (en lugar de los diez habituales) utilizando maniqués. Este método es ideal para los países donde haya necesidad urgente de paliar la falta de conocimientos de los trabajadores de la salud, donde el volumen de casos no sea suficiente o donde no haya todos los recursos humanos necesarios para promover una formación basada en la competencia.

49. Ayuda en Acción y Marie Stopes aplican un programa basado en un enfoque de derechos humanos orientado a las mujeres de las zonas rurales, que las empodera con respecto a sus derechos sexuales y reproductivos; imparte capacitación a las comadronas tradicionales para reconvertirlas en trabajadoras de los servicios de salud comunitarios y promueve las clínicas móviles; utiliza los medios de difusión para sensibilizar a la población con respecto al plan de salud gratuito del Gobierno, y establece foros de mujeres en las comunidades locales que se encargan de vigilar el acceso a los servicios de salud y los casos de violencia contra las mujeres.

50. En la zona remota del oeste de la República Unida de Tanzania, Pathfinder International y la Comisión para las Refugiadas se han esforzado por reducir los casos de mortalidad materna provocados por las hemorragias posteriores al parto en las poblaciones de desplazados internos y de refugiados. Han creado un modelo innovador en el que se guía a los interesados en los ámbitos nacional, comunitario y de centros de salud para tratar las causas subyacentes. Este modelo combina la participación comunitaria con intervenciones clínicas y promoción gubernamental. Pathfinder International también lidera el empleo de nuevas tecnologías que pueden salvar vidas, como una prenda no neumática, destinada a evitar el síndrome de choque, que permite estabilizar a las mujeres y transportarlas grandes distancias, con lo que se amplía la prestación de servicios esenciales a las mujeres pobres de zonas rurales desatendidas.

---

<sup>45</sup> Comunicación del UNFPA.

<sup>46</sup> Véase <http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=201853>.

## B. Asia

51. En Bangladesh, la condición de la mujer y la mortalidad y la morbilidad maternas se trataron como cuestiones de derechos humanos en el plano de la política nacional y se les otorgó prioridad en 1990<sup>47</sup>; desde entonces, se reconoce que el papel de los maridos, la familia y la comunidad es esencial para mejorar la salud materna y, en consecuencia, se han trazado estrategias para incrementar la participación comunitaria<sup>48</sup>. La iniciativa de sistemas de apoyo comunitario moviliza y empodera a las mujeres educando a estas y a su familia. Se han hallado varias formas de reducir las demoras en el acceso a los servicios que prestan atención obstétrica de emergencia. Han aumentado los reconocimientos prenatales, los partos atendidos por comadronas capacitadas y la remisión de las parturientas que sufran complicaciones al profesional médico oportuno.

52. En Tamil Nadu, en el sur de la India, ha habido un progreso apreciable en la consecución del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio gracias a la mejora de la alfabetización, a la reducción de los casos de matrimonio precoz, embarazo prematuro y embarazos frecuentes, y al aumento de la conciencia pública con respecto a la importancia de la planificación de la familia y una buena nutrición. Esos avances también se han debido a las reformas sociales y a la voluntad política de mejorar la salud de las madres y los neonatos y de fijar unas políticas de salud centradas en las mujeres<sup>49</sup>.

53. Las reducciones de los casos de mortalidad materna se lograron mediante una estrategia de tres elementos: a) prevención e interrupción de los embarazos no deseados; b) atención prenatal accesible y de alta calidad, realización de los partos en centros de salud preparados de por sí para prestar atención obstétrica esencial y primeros auxilios obstétricos de emergencia a nivel primario; y c) acceso a atención obstétrica de emergencia de alta calidad en el primer nivel de remisión médica<sup>50</sup>.

54. La calidad de los servicios se mejoró mediante iniciativas destinadas a crear un ambiente más agradable, entre las que se contaban visitas guiadas de las instalaciones; un programa de acompañamiento en el parto para alentar a las mujeres a tener apoyo durante el parto y el nacimiento, y la celebración de la ceremonia del *valaikappu* en los centros de atención primaria para integrar la tradición y la cultura en la prestación de servicios. Se reunió a los dirigentes comunitarios y a las autoridades de los pueblos para que participaran en la planificación y la ejecución de los programas de salud. Por último, se ha utilizado el teatro callejero para tratar las cuestiones de la dote, el matrimonio precoz, la violencia contra las mujeres, la mortalidad y la morbilidad maternas y la igualdad de género en la toma de decisiones.

55. Garantizar la rendición de cuentas es otra estrategia importante utilizada en la India. Los abogados han invocado, con éxito, en los tribunales nacionales, el derecho constitucional y los derechos humanos para argumentar que el Estado no cumplía sus obligaciones jurídicas de evitar la morbilidad y la mortalidad maternas<sup>51</sup>. Por ejemplo, en el fallo que emitió el Tribunal Superior de Delhi en 2010, en relación con el asunto *Laxmi Mandal c. el Hospital Deen Dayal Hari Nager y otros*, se reconoció que había un derecho

<sup>47</sup> Comunicación del UNICEF.

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> OMS, *Safer Pregnancy in Tamil Nadu: from vision to reality*, Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para el Asia Sudoriental, 2009; Dirección General de Registros de la India, *Special bulletin on maternal mortality in India 2004-06: sample registration system*.

<sup>50</sup> Comunicación de la OMS.

<sup>51</sup> El Centro de Derechos Reproductivos se ha asociado con la Human Rights Law Network, una organización no gubernamental india, para trazar una estrategia en materia de mortalidad y morbilidad materna en la India.

constitucionalmente protegido a la atención de la salud materna y se decretó que se pagara una indemnización por vulneración de los derechos humanos de dos mujeres empobrecidas que habían muerto durante el parto. El Tribunal Superior reconoció que el Estado no había ejecutado varios programas para reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil y lo instó a que rectificara las deficiencias de los programas de salud pública y mejorara el seguimiento de su aplicación.

56. El asunto *Snehelata "Salenta" Singh c. el Estado de Uttar Pradesh y otros* es el primer asunto conocido de interés público que se ha llevado ante un tribunal superior y que trata de la morbilidad relacionada con el embarazo. Salenta Singh sufrió una lesión debilitante después de haber acudido, para dar a luz, a un hospital público de Uttar Pradesh, donde la dejaron sola durante el parto. Debido a la mala calidad de la atención que le prestaron, se le produjo una fístula obstétrica. Su situación empeoró al no habersele diagnosticado esa lesión, que quedó sin tratamiento durante meses. En la demanda se alega que las lesiones y enfermedades relacionadas con el embarazo resultantes de una negligencia médica vulneran el derecho de las mujeres a vivir con dignidad y su derecho a la salud, derechos que están reconocidos tanto por la Constitución como por los tratados internacionales de derechos humanos que la India ha ratificado<sup>52</sup>. Esos son dos ejemplos de los recursos jurídicos que ayudan a garantizar la rendición de cuentas por violaciones de los derechos humanos en el ámbito de la morbilidad y la mortalidad maternas.

57. A pesar de los muchos esfuerzos realizados, la tasa de mortalidad materna de la República Democrática Popular Lao sigue siendo alta<sup>53</sup>, y las tasas de mortalidad maternoinfantil entre las minorías étnicas son superiores a los promedios nacionales. En 2007, el UNFPA apoyó un estudio de investigación cualitativo utilizando la metodología de la evaluación e investigación etnográficas participativas, una metodología idónea para recoger datos de personas analfabetas, de difícil acceso. En el estudio se investigó la salud reproductiva entre las comunidades étnicas vulnerables y se ofrecieron datos cualitativos detallados sobre los factores de riesgo relacionados con la salud materna y las barreras de acceso a los servicios. Una de las iniciativas que resultaron de él fue que los representantes comunitarios pasaron a encargarse de proporcionar información a los proveedores de servicios y ayudar a resolver malentendidos lingüísticos y culturales.

58. La Asociación de Planificación de la Familia de Viet Nam gestiona un proyecto de divulgación en más de 100 escuelas secundarias, en las que se prestan servicios adaptados a las necesidades de todos los estudiantes que los soliciten. Proporciona información acerca de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, servicios de asesoramiento, anticonceptivos, análisis para diagnosticar infecciones de transmisión sexual y servicios de remisión. La Asociación también capacita a jóvenes para que impartan educación a sus compañeros. Al darles acceso a esos servicios y convertirlos en educadores de sus compañeros, se empodera a los jóvenes y se mejoran sus conocimientos. La Asociación comparte sus experiencias con otras organizaciones colaboradoras, a las que ayuda a perfeccionar sus servicios y sus iniciativas de divulgación, que están adaptados a las necesidades de los jóvenes.

### C. Europa Oriental

59. En Armenia, la enseñanza de la salud sexual y reproductiva está incluida en los planes escolares de los cursos 8º y 9º, dentro de la asignatura de estilo de vida saludable; desde 2010, con el apoyo del UNFPA, la salud sexual y reproductiva se ha incorporado

<sup>52</sup> Véase [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Salenta\\_v\\_UP.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Salenta_v_UP.pdf).

<sup>53</sup> De 405 niños por cada 100.000 nacidos vivos en 2005 (comunicación del UNFPA).

también a los cursos 10º y 11º. Desde 2005, no ha habido ni un solo caso de mortalidad materna por aborto en condiciones de riesgo.

60. El UNFPA ha prestado apoyo a la creación de equipos móviles de atención ginecológica y de atención obstétrica de emergencia para las zonas de acceso difícil y pobres<sup>54</sup>, dado que las barreras que se oponen al acceso a la atención sanitaria son principalmente la pobreza y la geografía, pues muchas mujeres experimentan dificultades derivadas del costo y la disponibilidad del transporte.

61. En la República de Moldova, el programa Beyond the Numbers se centró en el examen de cuasieventos de mortalidad materna en unas investigaciones confidenciales de los servicios de remisión médica a nivel nacional. Junto con la realización de análisis de los casos de mortalidad materna, ello ha ayudado a determinar las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas, que incluyen factores socioeconómicos como el llevar un estilo de vida migratorio y residir en una zona rural.

62. En 2005, en una evaluación estratégica de las políticas y la calidad de los servicios de anticonceptivos y aborto se comprobó que había disparidades entre las instituciones y los proveedores de servicios. Desde 2009, se sufragó el costo de los anticonceptivos de las mujeres que no puedan pagar los servicios correspondientes y se han fijado unas normas nacionales para practicar abortos en condiciones seguras. Los medicamentos para practicar abortos médicos se registraron en 2000 en la lista nacional de medicamentos esenciales.

#### D. América Latina

63. El Estado Plurinacional de Bolivia ha establecido protocolos culturales de atención a las madres y a los recién nacidos y en julio de 2008 creó un modelo dirigido a revitalizar la medicina de los indígenas de las zonas rurales y a velar por su vinculación y complementariedad con la medicina occidental. Su objetivo es proveer servicios de salud en los que se tome en consideración a la persona, la familia y la comunidad mediante la aceptación, el respeto, la evaluación y la sistematización de los conocimientos biomédicos y tradicionales sobre salud de las poblaciones indígenas de las zonas rurales. La colaboración con los agentes locales y el diálogo con los representantes comunitarios es un requisito fundamental del modelo<sup>55</sup>.

64. En el Brasil, se creó una comisión de investigación legislativa para que investigara expresamente la mortalidad materna. Se hizo referencia explícita a los principios y las normas de derechos humanos, las conferencias internacionales y los tratados de derechos humanos<sup>56</sup>. La comisión reconoció que la devaluación de las mujeres en la sociedad, la pobreza y la falta de acceso de las mujeres a la educación y la justicia son factores fundamentales que contribuyen a la elevada tasa de mortalidad materna. La comisión formuló muchas recomendaciones, algunas de ellas al Ministerio de Salud, para que se instituyeran comités de la mortalidad materna y se diera prioridad a los programas de planificación de la familia para prevenir el aborto en condiciones de riesgo.

65. En el asunto *Alyne da Silva Pimental c. el Brasil*, presentado ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, se pretendió que hubiera una mayor responsabilidad jurídica<sup>57</sup>. Los demandantes alegaron que la incapacidad del Brasil de proporcionar servicios de salud materna incumplía varias de sus obligaciones internacionales. Se pidió al comité que instara al Brasil a que otorgara prioridad a la

<sup>54</sup> Comunicación del UNFPA.

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> Comunicación de IPAS del Brasil.

<sup>57</sup> Centro de Derechos Reproductivos y Citizens' Advocacy for Human Rights.

reducción de la mortalidad materna, por ejemplo impartiendo formación a los proveedores de los servicios correspondientes, formulando y aplicando protocolos y mejorando la atención en las comunidades vulnerables. El citado asunto, cuyo dictamen está aún pendiente, es la primera comunicación individual sobre la mortalidad materna que se ha presentado ante un órgano de las Naciones Unidas creado en virtud de tratados y es parte de una estrategia destinada a garantizar que los titulares de derechos tengan acceso a los mecanismos internacionales cuando fracasen los recursos internos.

66. En Chile, se elaboró la guía del UNICEF *Creciendo juntos*, en colaboración con los agentes locales, para ayudar, durante el embarazo y el parto, a las indígenas mapuches que padecían desigualdad y discriminación en el acceso a la atención de la salud<sup>58</sup>. En la guía se explican costumbres mapuches relacionadas con la salud materna y se ofrece información sobre las prácticas cotidianas de las embarazadas y su familia.

67. En 2008 y 2009, dos organizaciones no gubernamentales se asociaron con activistas de los derechos sanitarios para elaborar un marco basado en los derechos que obligara al Gobierno a rendir cuentas por, entre otras cosas, las altas tasas de mortalidad materna y por no utilizar sus recursos para garantizar progresivamente el ejercicio del derecho a la salud reproductiva<sup>59</sup>. La estrategia tenía los siguientes objetivos: a) articular las obligaciones de derechos humanos que deberían orientar la labor de prevención de la mortalidad materna; b) mostrar cómo las intervenciones del Estado en materia de salud materna y política fiscal incumplían esas obligaciones; y c) impulsar medidas específicas para ajustar las políticas sanitaria, presupuestaria y fiscal a las normas de derechos humanos en relación con las reformas sanitarias que realizaba el Gobierno en esos momentos y el presupuesto de 2010. La conclusión fue que el Gobierno había incumplido claramente sus obligaciones y se le formularon recomendaciones detalladas sobre la necesidad de aumentar el gasto en salud materna y hacerlo más equitativo. También le recomendaron que formulara un presupuesto específico y realizara reformas fiscales, así como que aumentara la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones.

68. El proyecto obligó a las instituciones de Guatemala a aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la formulación de políticas y al seguimiento de su aplicación. Logró vincular la política fiscal con la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles y llamar la atención de los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados, como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité de los Derechos del Niño y el Comité de Derechos Humanos. Estimuló el compromiso de aumentar el gasto social en salud materna y de aplicar las reformas fiscales que lo permitieran. Asimismo, estimuló la creación de un mecanismo de rendición de cuentas en el que participarían conjuntamente el Congreso y la sociedad civil para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos al seguimiento de las políticas tanto en el plano nacional como en el local. El marco de seguimiento también ha sido acogido con satisfacción por los donantes y los organismos especializados de las Naciones Unidas en lo que respecta al seguimiento de los progresos en la consecución del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

69. En Haití, un proyecto impulsado por el Gobierno, con el apoyo del Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación entre la Comunidad Europea, el Grupo ACP y la OMS (un acuerdo tripartito firmado por la Comunidad Europea, los países de África, el Caribe y los países insulares del Pacífico y la OMS, así como por los ministerios nacionales de ocho países, entre ellos

<sup>58</sup> Comunicación del UNICEF.

<sup>59</sup> Centro de Derechos Económicos y Sociales e Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con el derecho a la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*, 2009.

Haití, en apoyo del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio), ha sufragado a 50 instituciones de salud para que ofrecieran atención durante el embarazo, el parto, el puerperio y el período posnatal. Asimismo, a las mujeres se les reembolsan sus gastos de transporte, y se paga a las comadronas tradicionales. El sistema también se usa para supervisar el rendimiento. El proyecto apoya la rehabilitación de las instituciones de salud, la compra de equipo, la capacitación de los proveedores de servicios y la provisión de suministros y medicamentos esenciales. En algunas zonas, se ha captado y formado a miembros de la comunidad para que ayuden a las mujeres. Estos agentes comunitarios también participan en comités de vigilancia de la mortalidad materna y remiten a las mujeres con posibles complicaciones a los servicios médicos oportunos y transmiten información a los hospitales. Como resultado, se ha registrado una disminución de la mortalidad materna, un aumento del uso de la atención prenatal, que se ha sextuplicado, y un aumento del 62% de los partos en instituciones de salud.

70. En 2007, México, D.F., reformó su Código Penal para permitir el aborto legal en el primer trimestre del embarazo. Mientras que antes las adolescentes y las mujeres adultas recurrían a abortos clandestinos costosos, hoy en día los hospitales y las clínicas públicas proporcionan, a las mujeres que residen en el Distrito, servicios gratuitos y legales de aborto en condiciones seguras; las mujeres de otras partes del país también pueden recibir esos servicios con arreglo a una escala móvil de pagos<sup>60</sup>.

71. En el asunto de *Xákmok Kásek c. el Paraguay*, de 2009, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictaminó que había habido violaciones de los derechos humanos en los casos en que la ausencia de medidas especiales para proteger a las embarazadas había contribuido a que murieran mujeres indígenas por causas relacionadas con el embarazo. La Corte reprendió al Paraguay por no haber aplicado unas políticas orientadas a formar comadronas capacitadas, proporcionar atención durante el embarazo y documentar los casos de mortalidad materna. Ordenó al Estado que adoptara medidas inmediatas para proporcionar atención de la salud a las embarazadas y que realizara un estudio, con participación comunitaria, en el que se determinaran los medios para adaptar la atención materna a las necesidades de la comunidad. La Corte ordenó que hubiera una amplia participación de los interesados en la elaboración de políticas de lucha contra la mortalidad materna.

72. En el Perú, el proyecto de atención a los partos verticales apoyado por el UNICEF tiene por finalidad aumentar el acceso de las embarazadas indígenas a los servicios de las instituciones de salud. Se ha trazado una estrategia integrada para paliar los obstáculos económicos, geográficos y culturales que han limitado históricamente el acceso de las comunidades rurales e indígenas a los servicios de salud<sup>61</sup>. Los obstáculos económicos se trataron elaborando un plan de seguros de salud y otorgando subvenciones a las personas menores de 18 años de edad, a las embarazadas y a grupos específicos de adultos. Para tratar el obstáculo de las distancias geográficas, se crearon casas de espera maternas y se adaptaron los servicios a las preferencias culturales de los usuarios en lo que respecta al parto.

73. Iniciativas análogas podrían servir para aplicar más plenamente un enfoque basado en los derechos humanos tomando como destinatarias a las mujeres y las niñas que corren mayor riesgo, previendo la participación de los dirigentes indígenas locales, los sanadores tradicionales y las organizaciones comunitarias de mujeres en la determinación de las intervenciones necesarias para incrementar la utilización de los servicios de salud y garantizando una atención culturalmente apropiada para las comunidades indígenas, mediante la creación de otro modelo más aceptable.

<sup>60</sup> Comunicación de IPAS de los Estados Unidos.

<sup>61</sup> Comunicación del UNICEF.

74. El Defensor del Pueblo del Perú, por su parte, tiene una dependencia que se ocupa expresamente de los derechos de las mujeres e investiga y documenta las denuncias de irregularidades que se presenten contra centros de atención de salud y hospitales; por ejemplo, ha investigado las violaciones del derecho a utilizar, sin que medie coacción, los servicios de anticonceptivos<sup>62</sup>.

## V. Conclusiones

75. En el presente informe se han expuesto las intervenciones conocidas más importantes que sirven para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas. Los ejemplos muestran que las intervenciones son más eficaces cuando los interesados aplican los principios de un enfoque basado en los derechos humanos para atender las necesidades de los más pobres y marginados de su sociedad. Además, ponen de manifiesto la necesidad de incorporar en su totalidad, por medio de medidas coherentes y sistemáticas, un enfoque basado en los derechos humanos que sea aún más holístico y global y abarque la totalidad de los siete principios, en unas estrategias integradas de lucha contra la mortalidad y la morbilidad maternas. La existencia de una actividad fuerte de base comunitaria obliga a los gobiernos y otros agentes a rendir cuentas por el cumplimiento de sus compromisos y garantiza que el dinero que se invierte en el sector de la salud materna se utilice de manera transparente y sostenible.

---

<sup>62</sup> Comunicación del Centro de Derechos Reproductivos.