



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
19 de diciembre de 2013  
Español  
Original: inglés

### Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

58º período de sesiones

10 a 21 de marzo de 2014

Tema 3 c) del programa provisional\*

**Seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado: “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”: incorporación de una perspectiva de género, situaciones y cuestiones programáticas**

### **Medidas para fortalecer los vínculos entre la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer y la niña, y la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles**

#### **Informe del Secretario General**

#### *Resumen*

De conformidad con la resolución 56/3 de la Comisión de la Situación Jurídica y Social de la Mujer, en el presente informe se examinan las medidas tomadas para fortalecer los vínculos entre los programas, las iniciativas y las actividades de todo el sistema de las Naciones Unidas respecto de la igualdad entre los géneros, el empoderamiento de la mujer y la niña, la protección de todos sus derechos humanos y la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles. El informe se basa en las presentaciones y aportaciones de 15 Estados Miembros y 12 entidades de las Naciones Unidas, y concluye con recomendaciones para la consideración de la Comisión.

\* E/CN.6/2014/1.



## I. Introducción

1. En su resolución 56/3 sobre la eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante el empoderamiento de la mujer, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer expresa su profunda preocupación por las más de 350,000 mujeres y niñas adolescentes que todavía morían cada año a raíz de complicaciones muy prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto, expresa preocupación por los lentos avances en los esfuerzos por mejorar la salud materna, de los recién nacidos y de los niños y los recursos inadecuados asignados a su salud; observa las continuas desigualdades entre los Estados Miembros y dentro de ellos y la permanente necesidad de abordar la cuestión de las desigualdades de género; e insta a los Estados Miembros a que aceleren los progresos hacia el logro del Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las metas de 2015 del Objetivo son reducir en un 75% la tasa de mortalidad materna y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. Por consiguiente, se pidió al Secretario General que presentara un informe a la Comisión en su 58° período de sesiones, teniendo en cuenta las resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas, sobre las medidas tomadas para fortalecer los vínculos entre los programas, las iniciativas y las actividades de todo el sistema de las Naciones Unidas para lograr la igualdad entre los géneros, el empoderamiento de la mujer y la niña, la protección de todos sus derechos humanos y la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles.

2. En el presente informe, el Secretario General tiene en cuenta la resolución de 18/2 del Consejo de Derechos Humanos sobre mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y los derechos humanos, en la que el Consejo alienta a los Estados y otros interesados pertinentes a fines a que tomen medidas a todos los niveles para hacer frente a las causas básicas interconectadas de la mortalidad y morbilidad maternas, como la pobreza, la desnutrición, las prácticas dañinas, la falta de acceso y de servicios de cuidado de la salud adecuados, la información y la educación, y las desigualdades de género, diga que preste particular atención a la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña. El informe subraya la pertinencia de la mortalidad materna como una cuestión de salud, desarrollo y derechos humanos, resumiendo las actuales iniciativas y la información sobre los progresos de las medidas tomadas a todos los niveles por los Estados Miembros<sup>1</sup>, las entidades de las Naciones Unidas<sup>2</sup> y las organizaciones de la sociedad civil durante el período que va desde septiembre de 2012 a noviembre de 2013.

---

<sup>1</sup> Los Estados Miembros incluyen a Alemania, Argentina, Burkina Faso, Camerún, Colombia, Ecuador, Filipinas, Letonia, Noruega, Países Bajos, Perú, Polonia, Qatar, Togo y Turquía.

<sup>2</sup> Las entidades de las Naciones Unidas incluyen a la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP), la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI), el Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujer).

## II. Situación de la mortalidad y la morbilidad maternas en el mundo

3. Se define como muerte materna el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de un período de 42 días contado desde la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, por alguna causa relacionada con el embarazo o agravada por ese estado o su atención, pero no por otra causa accidental u ocasional<sup>3</sup>. La morbilidad materna es una complicación o enfermedad que se produce durante la gestación, el parto o el período posparto, que afecta a la integridad y a la salud física o mental de la mujer<sup>4</sup>.

4. Según el informe de 2013 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la tasa de mortalidad materna ha declinado en el mundo en un 47%, de 400 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 210 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2010 (véase el cuadro *infra*). Ahora bien, existen grandes disparidades en las tasas de mortalidad materna entre los países y dentro de ellos. La gran mayoría de las muertes maternas se producen en países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa (en *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010 – Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*) de que más de la mitad de las muertes maternas anuales (240.000) se producen en el África subsahariana (56%) y un tercio en Asia meridional (29%), que en conjunto representan el 85% de la carga mundial, seguidas de Oceanía, Asia Sudoriental, América Latina y el Caribe, África Septentrional, Asia Occidental y el Cáucaso y Asia Central. La tasa de mortalidad materna es 15 veces superior en países en desarrollo que en países de altos ingresos. De los 75 países con las tasas de mortalidad materna más altas, 2 países representan un tercio de las muertes maternas del mundo: la India, con el 19% (56.000), y Nigeria, con el 14% (40.000).

5. En la misma publicación, la OMS informa de que, en el plano mundial, 30 países lograron reducir en el 50% o más la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2010, y tres países (Guinea Ecuatorial, Nepal y Viet Nam) lograron reducciones de por lo menos el 75%. Más de 50 países redujeron la mortalidad materna durante el período 2000-2010 a una tasa más rápida que durante el decenio anterior, lo que indica que esta mejorando el ritmo de los progresos. Nueve países del África subsahariana con una alta prevalencia del VIH, prolongados conflictos armados e inestabilidad económica han experimentado aumentos en sus tasas de mortalidad materna durante los últimos 20 años<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> (consultada el 15 de noviembre de 2013).

<sup>4</sup> Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Estimaciones desarrolladas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, pág. 19 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010), se puede consultar en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf).

<sup>5</sup> OMS y UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival - Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: the 2013 Update* (Ginebra, 2013).

**Cuadro 1**  
**Estimaciones de las tasas de mortalidad materna, número de muertes maternas y riesgo para toda la vida de muerte materna por persona o región de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2010**

<i>Persona/región</i>	<i>Tasa de mortalidad materna<sup>a</sup></i>	<i>Número de muertes maternas<sup>a</sup></i>	<i>Riesgo de mortalidad materna durante toda la vida (tasa)<sup>a</sup></i>
Mundial	210	287 000	1/180
Regiones de países desarrollados <sup>b</sup>	16	2 200	1/3 800
Regiones de países en desarrollo	240	284 000	1/150
África Septentrional <sup>c</sup>	78	2 800	1/470
África Subsahariana <sup>d</sup>	500	162 000	1/39
Asia Oriental <sup>e</sup>	37	6 400	1/1 700
Asia Meridional <sup>f</sup>	220	83 000	1/160
Asia Sudoriental <sup>g</sup>	150	17 000	1/290
Asia Occidental <sup>h</sup>	71	3 500	1/430
Cáucaso y Asia Central <sup>i</sup>	46	750	1/850
América Latina <sup>j</sup>	72	7 400	1/580
El Caribe <sup>k</sup>	190	1 400	1/220
Oceanía <sup>l</sup>	200	510	1/130

*Fuente:* Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna, *Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2010 - Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el PNUMA, el UNFPA y el Banco Mundial* (OMS, Ginebra, 2012).

*Nota:* Las estimaciones derivadas de las encuestas de los hogares están sujetas a grandes intervalos de confianza y tasas para períodos largos (con frecuencia, períodos de 10 años). Las estimaciones regionales y mundiales de la mortalidad materna se elaboran cada cinco años utilizando un modelo de regresión.

<sup>a</sup> La tasa de mortalidad materna, el número de muertes maternas y el riesgo durante toda la vida se han redondeado con arreglo al siguiente plan: menos de 100, sin redondear; 100 a 999, redondeado al 10 más cercano; 1.000 a 9.999, redondeado al 100 más cercano; y más de 10.000, redondeado al 1.000 más cercano.

<sup>b</sup> Albania, Alemania, Australia, Austria, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Países Bajos, Nueva Zelandia, Noruega, Polonia, Portugal, República de Moldova, Rumania, Federación de Rusia, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, ex República Yugoslava de Macedonia, Ucrania, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

<sup>c</sup> Argelia, Egipto, Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Túnez.

<sup>d</sup> Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Djibouti, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sudáfrica, Sudan, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

<sup>e</sup> China, República Popular Democrática de Corea, Mongolia, República de Corea.

<sup>f</sup> Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Irán (República Islámica del), Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka.

<sup>g</sup> Camboya, Filipinas, Indonesia, República Democrática Popular Lao, Malasia, Myanmar, Singapur, Tailandia, Timor-Leste, Viet Nam.

<sup>h</sup> Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Iraq, Jordania, Kuwait, Libano, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Ribera Occidental, Turquía, Yemen y la Faja de Gaza.

<sup>i</sup> Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.

<sup>j</sup> Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de).

<sup>k</sup> Bahamas, Barbados, Cuba, República Dominicana, Granada, Haití, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Puerto Rico.

<sup>l</sup> Fiji, Micronesia (Estados Federados de), Papua Nueva Guinea, Islas Salomón, Tonga, Vanuatu.

6. En el mundo, las principales causas de las muertes maternas son las hemorragias, la infección/sepsis, los abortos en condiciones de riesgo, la pre-eclampsia y la eclampsia, y el trabajo de parto prolongado y obstruido<sup>6</sup>. Según el informe 2013 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, muchas mujeres embarazadas de países en desarrollo todavía no reciben el mínimo establecido de atención prenatal y en el momento del parto no son atendidas por personal médico calificado. En 2011, las mujeres dieron a luz solas o con atención inadecuada, en aproximadamente 46 millones de los 135 millones de nacidos vivos en países en desarrollo. La situación de las mujeres embarazadas es aun más difícil en zonas remotas y rurales, donde sólo el 53% de las mujeres indígenas y rurales reciben asistencia calificada en el momento del parto, en comparación con el 84% en las zonas urbanas.

7. Las estimaciones parecen indicar que el 13% de todas las muertes maternas se producen como resultado de abortos practicados en condiciones inseguras<sup>7</sup>. El riesgo de muerte materna debido a los abortos inseguros sigue siendo elevado en África y en Asia<sup>8</sup>. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoce que los abortos en condiciones no seguras son un importante problema de salud pública, en razón de los graves riesgos que pueden correr las mujeres después de un procedimiento de ese tipo. A fin de asegurar el derecho de las mujeres a la salud y la vida, donde el acceso a los abortos está restringido por ley, el suministro de una atención posterior al aborto es fundamental para prevenir resultados perjudiciales para la salud (véase A/HRC/18/27).

8. En varios países, las altas tasas de fecundidad continúan representando una elevada tasa de mortalidad. De 75 países con elevada mortalidad y morbilidad maternas, más de la mitad tienen una tasa total de fecundidad de 4,0 niños por mujer o hasta superior; 35 de esos países están en el África subsahariana, con 21 en África Occidental y Central y 14 en África oriental y meridional. La concentración de ese tipo de alta fecundidad va acompañada por lo general de bajos niveles de uso de anticonceptivos<sup>9</sup>.

9. El acceso a servicios de planificación de la familia reduce el número de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, y el número de abortos en condiciones no seguras, reduciendo de esta forma la mortalidad materna. El informe de 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio indica que la proporción de parejas que utilizan anticonceptivos está aumentando en varios países, incluso en países en desarrollo. Ahora bien, las necesidades mundiales de planificación de la familia no satisfechas —definidas como el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años

<sup>6</sup> UNFPA, respuesta a una nota verbal.

<sup>7</sup> Lisa B. Haddad y Nawal M. Nour, "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality", *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, No. 2 (primavera de 2009), págs. 122 a 126.

<sup>8</sup> OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008* (Ginebra, 2011).

<sup>9</sup> *Cuenta regresiva a 2015: Puesta al día de 2013* (véase la nota 5 *supra*), pág. 22.

de edad, casadas o en pareja, que comunican el deseo de demorar o evitar el embarazo pero no utilizan ninguna forma de anticoncepción— ha disminuido sólo ligeramente, del 15% en 1990 al 12% en 2011, lo que representa más de 140 millones de mujeres.

10. El VIH/SIDA y la malaria siguen siendo importantes causas que contribuyen a las muertes maternas; actúan en forma individual o colectiva y representan un 20% de las muertes maternas. En 15 países con prevalencia del VIH superior al 5%, las muertes maternas indirectas atribuibles al SIDA van del 8% al 67%<sup>10</sup>. En forma acumulativa, al mes de diciembre de 2012 más de 900.000 mujeres embarazadas tenían el VIH en todo el mundo y recibían profilaxis antirretroviral o tratamiento<sup>11</sup>. La cobertura varía sustancialmente entre países y dentro de ellos. La malaria, que representa aproximadamente 10.000 muertes maternas cada año en todo el mundo, es una enfermedad grave que predispone a las mujeres embarazadas a sufrir una aguda anemia y la muerte, y está vinculada al bajo peso en el nacimiento y a los nacidos muertos<sup>12</sup>. En zonas de malaria endémica, se estima que al menos el 25% de las mujeres embarazadas están infectadas. Un número estimado en 32 millones de mujeres embarazadas podrían aprovechar el tratamiento preventivo de la malaria cada año. Según el *Informe de 2013 sobre la malaria en el mundo*, el 64% de las mujeres que estaban embarazadas en 2012 recibieron una dosis de tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, mientras que sólo el 26% recibió las tres dosis recomendadas por la OMS, lo que deja lugar para mejorar el suministro de protección para las mujeres embarazadas contra la malaria.

### III. La mortalidad y la morbilidad maternas como una cuestión de derechos humanos

11. Algunos tratados internacionales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Plataforma de Acción de Beijing, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer prescriben derechos específicos relacionados con la salud de la mujer, incluida la prevención de la mortalidad y morbilidad maternas. En su resolución 11/8 Consejo de Derechos Humanos identifica una serie de derechos humanos relacionados directamente con la mortalidad y la morbilidad maternas, entre ellos, el derecho a la vida, a la igualdad en cuanto a la dignidad, a la educación, a la libertad para tratar de obtener, recibir y difundir información, a disfrutar de los beneficios del progreso científico, a estar libres de discriminación y a disfrutar del derecho a no sufrir trato cruel, inhumano y degradante, el derecho a la intimidad y el derecho a un recurso efectivo. Esos derechos sólo se pueden garantizar cuando hay una adhesión a los principios de la igualdad entre los géneros, la participación, la transparencia y la rendición de cuentas.

<sup>10</sup> OMS y UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival – Building a Future for Women and Children: the 2012 Report* (Ginebra, 2012).

<sup>11</sup> UNAIDS, *Global Report – UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Ginebra, 2013), pág. 38.

<sup>12</sup> Dunn, Julianna, y Nour, Nawal, “Malaria and Pregnancy - A Global Health Perspective”, *Reviews in Obstetrics and Gynaecology*, vol. 2, No. 3 (verano de 2009), pág. 188.

12. El hecho de no acabar con la discapacidad y la mortalidad maternas prevenibles representa una de las mayores injusticias sociales de nuestro tiempo y los riesgos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres no son meras desgracias e inconvenientes naturales inevitables del embarazo, sino que son injusticias que las sociedades pueden y están obligadas a reparar. Cada vez con más frecuencia, la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas no se consideran únicamente como una cuestión de desarrollo, sino un asunto de derechos humanos. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), en colaboración con la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), prepararon orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Las orientaciones destacan a grupos específicos de mujeres que sufren múltiples formas de discriminación, y como consecuencia de ello, tasas más altas de mortalidad y morbilidad maternas, y subrayan el derecho de las mujeres a participar en la adopción de las decisiones que afectan a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Destacan además la necesidad de que el Estado asuma su responsabilidad y que los Estados se obliguen a garantizar que terceros no interfieran con el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos (véase A/HRC/21/22).

#### **IV. Causas básicas de la mortalidad y la morbilidad maternas**

13. En su resolución 56/3, la Comisión de la Situación Jurídica y Social de la Mujer reconoce las causas básicas de la mortalidad y la morbilidad prevenibles que comprenden una gama amplia de factores subyacentes interrelacionados y vinculados con el desarrollo, los derechos humanos y la salud, que incluyen la pobreza, el analfabetismo, la discriminación contra la mujer y la niña, la violencia basada en el género, la falta de participación en la adopción de decisiones, una infraestructura de salud deficiente y la capacitación no adecuada del personal sanitario.

14. La educación, junto con la asistencia calificada en el parto, el acceso a recursos y los gastos en materia de salud, muestran correlaciones regulares con las tasas más bajas de mortalidad materna<sup>13</sup>. En países en los que las mujeres ocupan una proporción más elevada de bancas en el parlamento y donde una mayor proporción de niñas finalizan la educación primaria, hay niveles más bajos de mortalidad materna<sup>13</sup>. Esto parece indicar que el entorno favorable a la igualdad entre los géneros esta inseparablemente vinculado a resultados positivos en materia de salud reproductiva<sup>13</sup>. Además, las pruebas indican que los efectos de la cobertura de las intervenciones en materia de salud, como la atención calificada en los partos, son mayores entre las mujeres con educación secundaria o superior que entre las mujeres sin educación<sup>13</sup>. Esto indica que la educación es un poderoso instrumento de las mujeres y las niñas que les permite adoptar decisiones fundamentadas acerca de su salud reproductiva y obtener atención de la salud apropiada.

---

<sup>13</sup> Karen A. Grépin y Jeni Klugman, “Investing in women’s reproductive health: closing the deadly gap between what we know and what we do”, Documento de trabajo del Banco Mundial, Las mujeres dan la vida 2013.

15. Las normas y las desigualdades de género cumplen una importante función en la moderación de las vulnerabilidades y los resultados negativos vinculados a la salud materna. En muchos entornos, la falta de representación de las mujeres, si bien está exacerbada por la educación limitada, se puede encontrar en las normas sociales y la forma en que está diseñado y administrado el sistema jurídico formal y el consuetudinario. Las leyes que requieren la notificación a los padres y conceden a los maridos o parejas la autorización para vetar el uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva hace que las niñas y las mujeres tengan un acceso limitado a los anticonceptivos, la planificación de la familia, los abortos en condiciones de seguridad, cuando son legales, y otros servicios de salud reproductiva<sup>14</sup>.

16. Las prácticas como los casamientos entre niños, precoces y forzados influyen mucho en la mortalidad y la morbilidad maternas. El matrimonio entre niños está asociado estadísticamente con un menor uso de anticonceptivos, una fecundidad más elevada, múltiples embarazos no deseados, partos sin atención calificada y menores intervalos entre partos; todos ellos son factores de riesgo de mortalidad y morbilidad maternas<sup>15</sup>. Además, el matrimonio entre niños afecta a las oportunidades de educación avanzada y limita el futuro potencial de ingresos económicos. Cada año, se casan 14 millones de niñas menores de 18 años, y la proporción mundial de todas las niñas casadas menores de 18 años asciende al 36%<sup>16</sup>. Las tasas de matrimonios entre niñas menores de 18 años son muy elevadas y alcanzan al 45% en el Asia Meridional<sup>15</sup>. Además del matrimonio precoz, las mujeres jóvenes y las niñas adolescentes que son activas sexualmente tienen conocimientos y acceso limitados a la información y los servicios de salud reproductiva y están expuestas a mayor riesgo de embarazo (no deseado), abortos en condiciones inseguras y complicaciones relacionadas con el parto, en particular las fistulas obstétricas, que figuran entre las principales causas de muerte entre niñas de 15 a 19 años de edad<sup>17</sup>.

17. Los obstáculos financieros y físicos, las restricciones sociales que limitan la movilidad, las opciones de transporte inadecuadas, los servicios de salud de baja calidad y la falta de conocimientos sobre los lugares en que se puede efectuar el parto, son citados con frecuencia como las razones para no solicitar atención<sup>18</sup>. Ante la falta de mecanismos de protección social, el elevado costo de la atención de la salud limita el acceso de las mujeres a la atención prenatal, durante el parto y posterior al parto, y puede ir en detrimento del bienestar económico de las

---

<sup>14</sup> R.C. Pacagnella y colaboradores, "The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework", *Reproductive Health Matters*, vol. 20, No. 39 (junio de 2012), págs. 155 a 163.

<sup>15</sup> Minh Cong Nguyen y Quentin Wodon "Global trends in child marriage", Documento de trabajo del Banco Mundial, 2012.

<sup>16</sup> Grupo de expertos independientes, *Todas las mujeres, todos los niños: Strengthening Equity and Dignity through Health*, Segundo Informe del Grupo de expertos independientes sobre información y responsabilidad de la salud de las mujeres y los niños (Ginebra, OMS, 2013), pág. 60.

<sup>17</sup> UNFPA, *State of World Population 2013: motherhood in Childhood – Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy* (Nueva York, 2013).

<sup>18</sup> Véase por ejemplo, S. Gabrysch, V. Simushi y O.M.R. Campbell, "Availability and distribution of, and geographic access to emergency obstetric care in Zambia", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, No. 2 (agosto de 2011), págs. 174 a 179.

familias<sup>19</sup>. Se ha demostrado que los exámenes sistemáticos de los programas nacionales que reducen los obstáculos financieros, tales como el suministro de vales, los servicios gratuitos y las transferencias de efectivo, mejoran efectivamente los resultados en materia de salud, incluida la salud materna. Las mujeres con acceso a programas de ese tipo, especialmente las madres jóvenes, tienen más probabilidades de acceder a la atención prenatal y de seleccionar a los proveedores de cuidados de la salud para el parto más calificados<sup>20</sup>.

18. El acceso a servicios de salud reproductiva es aún más complicado durante los desastres naturales y los conflictos armados debido a la destrucción de las instalaciones de atención de la salud y a la mayor inseguridad, que impide a las mujeres embarazadas obtener atención médica<sup>21</sup>. El trauma, la exposición a la violencia y las condiciones sanitarias deficientes también pueden contribuir a empeorar los resultados de la mortalidad y la morbilidad maternas durante las crisis. Las mujeres pueden también correr mayores riesgos de violencia sexual, que puede dar lugar a embarazos no deseados y, a su vez, a abortos en condiciones no seguras.

## V. Medidas tomadas por Estados Miembros y entidades de las Naciones Unidas

19. Durante el año pasado, los Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas tomaron medidas para empoderar a las mujeres y las niñas, promover sus derechos y reducir la mortalidad y morbilidad maternas mediante el desarrollo de marcos de derechos humanos, planes nacionales, estrategias y servicios de salud reproductiva, movilización de recursos, mecanismos de reunión de datos y rendición de cuentas, y atención a las emergencias obstétricas y a las evaluaciones de las necesidades de los recién nacidos, así como a la vigilancia de la mortalidad materna.

### A. Desarrollo de marcos de derechos humanos

20. Los Estados Miembros afirmaron sus compromisos respecto de los enfoques basados en los derechos humanos mediante un llamamiento a la acción sobre la cuestión de la planificación de la familia durante la Conferencia Las Mujeres Dan Vida de 2013 y las consultas regionales celebradas en 2012 (Benín, Etiopía, Nigeria, Senegal, Sudáfrica y Uganda). Mediante presentaciones en importantes acontecimientos internacionales, regionales y nacionales, el ACNUDH ha participado activamente en la promoción de orientaciones técnicas para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos en las políticas y los programas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles. Está en marcha en países seleccionados una iniciativa conjunta del ACNUDH, la OMS, el UNFPA y la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño que tiene como objetivo aplicar enfoques basados en los derechos humanos a la salud sexual,

<sup>19</sup> V. Filippi y colaboradores, “Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action”, *Lancet*, vol. 368, No. 9546 (octubre de 2006) págs. 1535 a 1541.

<sup>20</sup> S. Dzakpasu, T. Powell-Jackson y O.M. R. Campbell, “Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review”, *Health Policy Plan* (enero de 2013).

<sup>21</sup> James Price y Alok Bohara, “Maternal health care amid political unrest: the effect of armed conflict on antenatal care utilization in Nepal”, *Health Policy Plan* (2012).

reproductiva, materna y del niño. El ACNUDH y el UNFPA también colaboraron con instituciones nacionales de derechos humanos en la 11ª conferencia internacional del Comité de Coordinación de Instituciones Nacionales para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, celebrada en Ammán en noviembre de 2012, para aumentar la conciencia sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y la mortalidad y morbilidad maternas como cuestiones de derechos humanos, y aprobaron la Declaración de Ammán.

## **B. Planes, estrategias y financiación nacionales**

21. Algunos Estados Miembros comunicaron las principales estrategias de planificación nacionales para abarcar el desarrollo de marcos jurídicos y normativos, programas de protección social, prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, planificación de la familia, concienciación y educación amplia sobre la sexualidad. Además, se lanzaron iniciativas concretas dirigidas a la cuestión de la salud materna y a grupos particulares de mujeres y sectores de la población (Argentina, Burkina Faso, Camerún, Ecuador, Filipinas, Letonia, Perú, Polonia, Qatar, Togo y Turquía). Las innovaciones introducidas en los planes nacionales incluían casas de espera para la maternidad en el lugar, donde las mujeres embarazadas esperan el parto para asegurar su acceso a una atención calificada (Burkina Faso y Perú).

22. Los hombres pueden cumplir una función importante en la eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles. Por ejemplo, los líderes religiosos y de la comunidad pueden ser los asociados clave en la promoción de la igualdad entre los géneros y la lucha contra la violencia contra la mujer, así como las prácticas dañinas y las normas culturales que afectan a la salud materna. Estados Miembros y entidades de las Naciones Unidas han incrementado sus esfuerzos para obtener la participación de los hombres mediante intervenciones en “escuelas de maridos”, que proporcionan información, educación y oportunidades de participación comunitaria para que los maridos puedan aprender sobre la salud materna y del niño (Burkina Faso, Guinea y Níger)<sup>22</sup>.

23. En algunos Estados Miembros (Afganistán, Liberia, Rwanda la República Unida de Tanzania y Ucrania), con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se han instituido intervenciones de seguimiento, que supervisan la asignación de recursos, y la financiación nacional de la atención de la salud. Las cuentas nacionales de la salud permiten a los Gobiernos supervisar el desempeño del sector de la salud, proporcionando a los interesados información sobre la asignación general de los recursos.

24. La orientación a nivel regional y mundial para el desarrollo de planes nacionales de acción es fundamental. A tal fin, el plan de acción para la salud materna y del niño de la Comisión de la Unión Africana, proporciona orientación mediante promoción, dirección técnica y rendición de cuentas y mecanismos de gobernanza, y abordando cuestiones clave como la financiación de la atención de la salud.

---

<sup>22</sup> OMS, *The H4+ Partnership: Joint Country Support to Improve Women's and Children's Health* (Ginebra, 2013), pág. 14.

25. Una parte del movimiento “Todas las mujeres, todos los niños” y la Asociación Salud 4+1, que está integrada por la OMS, el UNFPA, el UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de la Mujer (ONU-Mujeres) y el Banco Mundial, apoyan también las actividades de los Estados de desarrollo y aplicación de planes nacionales, incluso mediante diversas iniciativas mundiales encaminadas a mejorar la salud materna, ampliar los servicios de planificación de la familia y poner fin a la transmisión del VIH de la madre al niño.

### C. Servicios de salud reproductiva

26. Los Estados Miembros han ampliado el acceso a servicios de salud materna, prenatal y del niño de buena calidad mediante enfoques aplicados a nivel del sector e intervenciones concretas.

27. En la esfera de los recursos humanos para la salud y la capacitación de trabajadores sanitarios, algunos Estados (Afganistán, Bangladesh, Benín, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Côte d’Ivoire, Djibouti, Etiopía, Ghana, la India, Madagascar, Malí, Mozambique, Nigeria, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Sudán, Sudán del Sur y Togo), entidades de las Naciones Unidas (UNFPA, OMS) y otros asociados, colaboraron, mediante el Fondo Temático para la salud materna, con la Confederación Internacional de Matronas, capacitaron a más de 1.500 tutores de matronas, construyeron nuevos sitios de capacitación, reforzaron más de 175 escuelas de matronas, mejoraron la capacidad de los proveedores para ocuparse de la fistula y crearon soluciones multimedia y de aprendizaje electrónico<sup>22</sup>.

28. Los Estados Miembros han incrementado sus esfuerzos para ampliar la disponibilidad de servicios de planificación de la familia, incluso mediante legislación que habilite a las mujeres a acceder a los servicios sin el consentimiento de sus cónyuges, y medidas de subsidio de costos (Benín, Burkina Faso, Guinea, Níger, Nigeria, Senegal, Sudáfrica y Uganda). En la Cumbre de Londres sobre la Planificación Familiar, celebrada en 2012 en apoyo de la iniciativa Todas las mujeres, todos los niños, 24 Gobiernos se comprometieron a incrementar los recursos para ampliar los servicios de planificación familiar hasta llegar a 120 millones de mujeres de países en desarrollo a más tardar en 2020.

29. Entidades de las Naciones Unidas han actuado como asociados activos de Estados para fortalecer los servicios de salud, como quedó demostrado en los programas de la iniciativa la Salud +4. A fin de mejorar la calidad de las intervenciones de atención de la salud, el UNICEF, asociado al UNFPA y la Universidad de Columbia (Nueva York), realizó una evaluación de las necesidades en 30 países. Entre las estrategias clave que se identificaron figuraban la generación de demanda y apoyo de la comunidad a los servicios de salud y la concienciación, los sistemas de remisión apropiados, las actividades de extensión a poblaciones vulnerables y difíciles de alcanzar, las mejoras de las infraestructuras de transporte y el apoyo financiero<sup>23</sup>. Otras intervenciones tuvieron que ver con la calidad de la atención e incluían mejores sistemas de alerta sobre el tratamiento de la malaria

---

<sup>23</sup> Contribución del UNICEF.

durante el embarazo (OMS) y el desarrollo de instrumentos por Pathfinder International para ayudar a los trabajadores sanitarios en el tratamiento de la hemorragia posparto.

30. El Programa mundial para mejorar la seguridad del abastecimiento de suministros de salud reproductiva ha movilizado aproximadamente 565 millones de dólares desde 2007 para asegurar el acceso a bienes de salud reproductiva y desarrollar enfoques sostenibles de adquisiciones, en beneficio de más de 35 países.

31. A fin de mejorar los resultados en materia de salud de las mujeres embarazadas, los programas de nutrición del Programa Mundial de Alimentos prestaron apoyo a 3,9 millones de mujeres embarazadas y lactantes en todo el mundo y a 250.000 mujeres en Níger y Kenya a fin de prevenir la desnutrición grave<sup>24</sup>.

32. A fin de hacer frente a las necesidades de los servicios de salud materna durante crisis humanitarias, el UNFPA envía regularmente conjuntos de planificación de la familia, salud prenatal y partos limpios a fin de prevenir las infecciones fatales, y lo hace en las primeras horas de la emergencia<sup>25</sup>.

#### **D. Priorización y movilización de recursos para la salud materna**

33. Alemania, Canadá, Noruega y Suecia han incluido la salud materna en sus programas de cooperación para el desarrollo. Alemania, por ejemplo, lanzó una iniciativa basada en los derechos sobre la planificación de la familia y la salud materna, proporcionando educación y aumento de la capacidad para matronas y personal con capacitación médica a fin de prestar asistencia calificada durante el parto. Algunos Estados, incluidos Bangladesh, Burundi, Camboya, Camerún, Côte d'Ivoire, Kirguistán, Malasia, Níger, Pakistán, Rwanda, Sierra Leona, Sri Lanka, Tayikistán y Yemen, además de la Comunidad del Caribe, la Comunidad del África Oriental, la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental y la Comunidad Económica y Monetaria de África Central están indicados como beneficiarios de este programa.

34. El Fondo temático para la salud materna, administrado por el UNFPA, ha prestado apoyo a 43 países en la capacitación de recursos humanos para la salud, en particular matronas, que son esenciales para resolver el problema de la mortalidad y la morbilidad maternas. La Campaña para erradicar la fistula prestó apoyo a más de 50 países en la prevención, el tratamiento y la reintegración social de mujeres y niñas que padecían fistula obstétrica o se estaban recuperando<sup>25</sup>. Además, el Banco Mundial, el UNICEF, la USAID y el Gobierno de Noruega asumieron compromisos adicionales por valor de 1.150 millones de dólares para mejorar la salud materna e infantil. Los fondos se utilizarán durante los próximos tres años para acelerar los avances respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 favoreciendo a los Estados en desarrollo que tienen la mayor carga de muertes maternas e infantiles.

---

<sup>24</sup> Contribución del PMA.

<sup>25</sup> Contribución del UNFPA.

## E. Responsabilidad por los progresos en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas

35. Los Estados Miembros lanzaron importantes iniciativas sobre responsabilidad, incluido el establecimiento de comités nacionales para investigar casos de mortalidad materna y coordinar las auditorías perinatales (Argentina); investigaciones confidenciales de muertes maternas (Letonia); metodología de examen de casos casi mortales (Países Bajos) y elaboración de recomendaciones para instituciones médicas, asociaciones de personal médico y entes normativos (Filipinas).

36. La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño hace recomendaciones para mejorar el seguimiento de los compromisos en virtud de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño y publicó diez recomendaciones que sostienen el marco de rendición de cuentas del movimiento Todas las mujeres, todos los niños. De conformidad con la Estrategia Mundial y las recomendaciones de la Comisión, se creó un grupo de examen de expertos independientes para supervisar y comunicar los desafíos y los progresos logrados, y proporcionar análisis de países. Las recomendaciones del Grupo de expertos independientes incluían el fortalecimiento de la gobernanza mundial y los marcos de inversión, el desarrollo de instrumentos basados en los derechos humanos, el fortalecimiento de los sistemas nacionales de reunión de datos y la creación de capacidad de los órganos evaluadores en el plano nacional<sup>26</sup>. Algunos de los retos restantes incluyen el fortalecimiento de la rendición de cuentas de los Estados, la integración de los servicios de salud reproductiva, materna, de los recién nacidos y de los niños, los servicios de tratamiento del VIH y la malaria, y la armonización de la financiación entre todas las iniciativas<sup>26</sup>. Además, la asociación Salud 4+1 elaboró un plan de acción mundial para el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión.

37. Un sistema de vigilancia y respuesta a las muertes maternas que incluya la identificación de las muertes maternas, su comunicación, examen y respuesta puede proporcionar información esencial para la medición de la mortalidad materna y para tomar medidas de información para prevenir futuras muertes maternas y reforzar los registros civiles y de estadísticas vitales nacionales. Las nuevas orientaciones elaboradas por la OMS, el UNFPA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Desarrollo Internacional clasifican a las muertes maternas como un acontecimiento que se puede notificar y fomentan el establecimiento de comités de examen de la mortalidad materna. El UNICEF, en colaboración con el Departamento de Desarrollo Internacional, lanzó una iniciativa sobre las investigaciones y las respuestas a las muertes maternas y perinatales en la India, para identificar los factores personales, familiares, socioculturales, económicos y ambientales que contribuyen a las muertes maternas. La ejecución del proyecto ha dado lugar al establecimiento de sistemas de remisión, líneas telefónicas de ayuda y un aumento del número de instituciones que pueden realizar partos en condiciones de seguridad.

---

<sup>26</sup> OMS, Todas las mujeres, todos los niños (véase la nota 16 *supra*), pág. 68.

## F. Datos y conocimientos sobre mortalidad y morbilidad maternas

38. La obtención de datos precisos sobre mortalidad materna es un desafío aun cuando se cuenta con registros civiles y sistemas de estadísticas vitales confiables. En esas situaciones, el estado del embarazo de una mujer puede quedar excluido de la clasificación y de la codificación de la causa de muerte, especialmente en el embarazo precoz o en el período inmediatamente posterior al parto. Para los países que no cuentan con registros civiles completos y sistemas fiables, se utilizan métodos indirectos de estimación de la mortalidad materna. El Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna y el grupo asesor técnico independiente producen regularmente estimaciones y actualizaciones de la mortalidad materna para todos los países, aprovechando los datos existentes<sup>27</sup>. Ahora bien, los sistemas de registros de datos vitales respaldados por una certificación precisa de la causa de muerte, pueden mejorar significativamente la calidad de los datos disponibles. De los más de 100 países que no cuentan con sistemas fiables de registro de datos vitales, tres cuartos están en el África subsahariana y en el Asia sudoriental, donde las tasas de mortalidad y morbilidad maternas son elevadas<sup>28</sup>. Sólo uno de 75 países con una alta carga de mortalidad materna según la determinación hecha por el movimiento Todas las mujeres, todos los niños, cuenta con datos sobre los 11 indicadores básicos de salud materna e infantil adoptados por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño en virtud de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños mientras que la mayoría de los países disponen de pocos datos<sup>29</sup>. En su publicación de 2013, el Grupo de Examen de Expertos Independientes pidió un aumento del fomento y la inversión en los registros civiles y sistemas de estadísticas vitales nacionales y la convocación de un grupo de trabajo de alto nivel de las Naciones Unidas para tratar esta cuestión.

39. En los últimos años se avanzó mucho respecto de los indicadores específicos de los servicios de parto. Muchos países en desarrollo siguieron participando en las actividades de reunión de datos mediante encuestas de salud y mediciones demográficas, que proporcionaron una gran cantidad de información importante sobre cuestiones como la atención durante el parto y prenatal. Como resultado de estas y otras actividades, han mejorado los datos sobre asistencia calificada en los partos, que están disponibles para los últimos cinco años respecto de 145 países, en comparación con menos de 80 en los cinco años precedentes y menos de 10 países en el decenio de 1990<sup>30</sup>. Uganda ha reforzado su sistema de reunión de datos mediante la introducción de un sistema de registros digitales móviles, apoyado por Uganda Telecom y el UNICEF.

<sup>27</sup> Los miembros incluyen a la OMS, el UNICEF, el UNFPA, la División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial.

<sup>28</sup> Civil Registration and Vital Statistics. Se puede consultar en: <http://portal.pmnch.org/downloads/high/KS17-high.pdf> (consultado el 31 de octubre de 2013).

<sup>29</sup> Grupo de examen de expertos independientes, Todas las mujeres, todos los niños, del compromiso a la acción – Primer informe del Grupo de examen de expertos independientes. Ginebra (Suiza) – Grupo sobre Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño (Ginebra, OMS, 2012).

<sup>30</sup> Banco Mundial y Las mujeres dan la vida, “Para cerrar la brecha mortal entre lo que sabemos y lo que hacemos, La inversión en la salud reproductiva de las mujeres”, pág. 19.

40. Dos acontecimientos clave en la reunión y análisis de datos incluyen el establecimiento del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre las Estadísticas de Género para prestar orientación sobre la inclusión de indicadores que tengan en cuenta las cuestiones de género y los análisis, y la recomendación de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño a fin de integrar dimensiones de equidad como la riqueza, el sexo, la edad, la educación materna, la etnia y la residencia en zonas urbanas o rurales en las estrategias nacionales de reunión de datos. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones, otra innovación tiene que ver con la ampliación del uso de una plataforma electrónica móvil sobre salud para el registro de nacimientos, información sobre salud infantil para matronas y trabajadores sanitarios.

## VI. Principales iniciativas mundiales

41. Las iniciativas mundiales son importantes para movilizar a los interesados esenciales a fin de que centren sus prioridades críticas a la mortalidad y morbilidad maternas, creando plataformas para aumentar la financiación, y el desarrollo y la difusión de estrategias innovadoras.

42. El movimiento Todas las mujeres, todos los niños es un importante catalizador para la movilización e intensificación de las medidas nacionales e internacionales orientadas a mejorar la salud de las mujeres y los niños en todo el mundo, con el objeto de salvar 16 millones de vidas a más tardar en 2015 en los 49 países más pobres. Ha lanzado la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Para realizar la Estrategia Mundial se requieren 88.000 millones de dólares en inversiones; las estimaciones indican que para 2010 se habían movilizado de 40.000 a 45.000 millones de dólares, de los cuales 18.000 millones a 22.000 millones de dólares eran financiación nueva y adicional<sup>31</sup>. Al mes de junio de 2013, 293 interesados habían asumido compromisos con la Estrategia Mundial y hasta la fecha se han desembolsado unos 25.000 millones de dólares, lo que representa un aumento con respecto al año anterior. Durante los últimos dos años, la planificación familiar ha recibido el mayor número de compromisos asumidos con la Estrategia Mundial<sup>32</sup>.

43. Se han establecido varias iniciativas de asociación en apoyo del movimiento Todas las mujeres, todos los niños. El Marco de inversión mundial para la salud de la mujer y el niño desarrollado por la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño y la OMS proporciona orientación sobre asignación de recursos para aprovechar al máximo los beneficios sociales y económicos. A fin de llamar la atención del mundo en las esferas críticas y carentes de recursos, en 2012 se lanzaron iniciativas como la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, Family Planing 2020 y Una promesa renovada.

---

<sup>31</sup> Grupo de expertos independientes, Todas las mujeres, todos los niños Child (véase la nota 16 *supra*), pág. 27.

<sup>32</sup> OMS y Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, El informe de 2013. Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women and Children's Health. Se puede consultar en [http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch\\_report13.pdf](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report13.pdf). (consultado el 15 de octubre de 2013).

44. La iniciativa Salud 4+1, que forma parte del movimiento Todas las mujeres, todos los niños, centra la atención en el fortalecimiento de los vínculos entre intervenciones a nivel de países e internacionales, movilizándolo firmes compromisos políticos y proporcionando un marco robusto para la supervisión y la evaluación. Entidades de las Naciones Unidas trabajan conjuntamente para apoyar a los países en el desarrollo de planes de salud nacionales alineados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio; movilizar recursos; atender a las necesidades de los trabajadores sanitarios, abordar las causas básicas de la mortalidad materna y la desigualdad entre los géneros; y fortalecer la reunión de datos. La asociación está pasando a ser la “tienda de ramos generales” para que los países puedan acceder al apoyo técnico y financiero para todo el espectro de la salud reproductiva, materna e infantil. Donantes como Canadá, Francia y Suecia consideran la asociación como una plataforma valiosa para dar carácter operacional a su apoyo<sup>32</sup>. A nivel de países, las entidades han logrado movilizar recursos para apoyar la ejecución de planes conjuntos de Salud 4+1 en 19 países, para apoyar a los Estados Miembros a ejecutar planes nacionales de salud relacionados con la salud sexual, reproductiva e infantil<sup>33</sup>. En 2012, se lanzó la Iniciativa para los países con una pesada carga a fin de suministrar una evaluación en profundidad de la fuerza de matronas en ocho países prioritarios.

45. La Iniciativa de Muskoka: salud materna, del recién nacido y de niños menores de cinco años apoya las actividades nacionales para abordar los desafíos que plantean la salud materna e infantil y acelerar los avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. Entre los Estados beneficiados por esta iniciativa figuran Afganistán, Bangladesh, Etiopía, Haití, Malawi, Malí, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Sudán del Sur.

46. El Marco para Acelerar el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha elaborado planes de acción en más de 50 países para analizar los obstáculos, consolidar las actividades para obtener el mayor impacto posible y alinear las iniciativas de los asociados. Los planes centran la atención en la salud materna, que es donde se han producido más comúnmente los problemas debido a la lentitud de los progresos en el logro del Objetivo 5<sup>34</sup>.

47. El Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para 2015 y para mantener con vida a sus madres: 2011-2015, contribuye a la eliminación de la mortalidad materna. El Plan Mundial ha establecido metas específicas para el tratamiento de las mujeres embarazadas que viven con el VIH, a fin de asegurar que se mantengan con vida, en 22 países prioritarios con las estimaciones más altas de mujeres embarazadas que viven con el VIH. La financiación para el Plan de Acción proviene del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para luchar contra el SIDA, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Chevron Corporation y Johnson and Johnson.

48. La Equipo de Tareas Interinstitucional sobre la Prevención y el Tratamiento de la Infección por el VIH en Mujeres Embarazadas, Madres e Hijos es la rama operacional del Plan Mundial, centrado en desarrollar el marco estratégico de prevención del VIH y los embarazos no deseados para ayudar a los proveedores de servicios de salud en la realización de intervenciones para alcanzar la meta de una reducción del 50% de las muertes maternas relacionadas con el SIDA en 22 países prioritarios.

<sup>33</sup> OMS, The H4+ Partnership: (véase la nota 22 *supra*), pág. 22.

<sup>34</sup> PNUD, “Accelerating progress, sustaining results: the MDGs to 2015 and beyond” (2013).

49. Saving Mothers, Giving Life, una asociación entre los Gobiernos de los Estados Unidos y Noruega, y del sector privado y organizaciones no gubernamentales, realizan inversiones en la salud de las mujeres y la eliminación de la mortalidad materna en 10 países durante un período de cinco años. El Programa Bebé Saludable, Mamá Saludable en Uganda y Zambia ha establecido servicios médicos, ha entrenado a trabajadores sanitarios de la comunidad y ha realizado una extensa concienciación, que han dado por resultado un mayor número de mujeres que optan por utilizar los servicios de atención prenatal y partos seguros<sup>35</sup>.

50. Organizaciones de la sociedad civil han contribuido al desarrollo de enfoques y programas basados en los derechos humanos. La iniciativa internacional sobre mortalidad materna y derechos humanos y el Centro de derechos humanos de la Universidad de Essex (Reino Unido), el Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo y el Centro de derechos reproductivos han publicado documentos de orientación e instrumentos para desarrollar intervenciones relativas a la salud materna, sobre la base de un marco de derechos humanos. Han realizado funciones de promoción en los planos mundial y nacional con el objetivo de que los Estados sean más sensibles a la mortalidad y la morbilidad maternas y rindan cuentas.

51. Por intermedio de las asociaciones, los compromisos asumidos y las redes desarrolladas en sus conferencias, Women Deliver promueve las inversiones en la salud de las mujeres, haciendo hincapié en particular en la eliminación de la mortalidad materna y la mejora general de las vidas de mujeres y niñas. Durante 2012, Women Deliver celebró consultas regionales sobre el Objetivo 5 y el marco de desarrollo posterior a 2015 con líderes y expertos de África, Asia, América Latina y el Caribe.

## VII. Conclusiones y recomendaciones

52. Se han tomado medidas para reforzar los vínculos entre las intervenciones para lograr la igualdad entre los géneros, el empoderamiento de la mujer y la niña, y la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles. Todo esto se observa en la labor de los diversos Estados Miembros, la asociación Salud 4+1 y otras actividades de colaboración emprendidas por entidades de las Naciones Unidas y otros asociados mundiales. Las actividades han establecido una mayor movilización de compromisos en materia de recursos, mayor colaboración y rendición de cuenta sobre los avances logrados, y un mayor número de intervenciones que tratan de los derechos humanos de la mujer y las causas básicas de la mortalidad materna.

53. La comprensión y el reconocimiento de la importancia de los enfoques basados en los derechos humanos y las causas básicas de la mortalidad y la morbilidad maternas han aumentado en los planos mundial y nacional. Ahora bien, se ha proporcionado poca información y análisis sobre la ejecución de intervenciones determinadas con un criterio basado en los derechos humanos que tratan las causas básicas de la mortalidad y morbilidad maternas, la eficacia de esas intervenciones y la asignación de recursos suficientes a tal fin.

---

<sup>35</sup> Saving Mothers, Giving Life, “External evaluation of Saving Mothers, Giving Life”, Informe final (octubre de 2013).

54. Se necesita una acción oportuna y concertada para acelerar la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas, reducir en un 75% las tasas de mortalidad materna y lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. Pese a que se han logrado progresos importantes, las tasas de mortalidad y morbilidad maternas siguen siendo elevadas en muchos países y subpoblaciones de todo el mundo. A medida que se acerca la fecha límite de 2015 para lograr los enfoques de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los países con tasas elevadas de mortalidad y morbilidad maternas corren el riesgo de no alcanzar esa marca. Deben continuar las actividades no sólo para fortalecer la respuesta del sector de la salud sino también para asegurar que los principios clave de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer están integrados en las respuestas a todos los niveles.

55. En las deliberaciones sobre el programa de desarrollo posterior a 2015 hay una nueva oportunidad de incluir criterios que respondan a las cuestiones de género y abordar las causas básicas de la mortalidad y la morbilidad maternas en el marco amplio que promueve la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

**56. La Comisión de la Situación Jurídica y Social de la Mujer quizá desee alentar a los Estados Miembros a que:**

**a) Intensifiquen con urgencia sus actividades, en colaboración con todos los interesados, para seguir reduciendo la mortalidad y la morbilidad maternas en un marco de igualdad entre los géneros;**

**b) Eliminen los obstáculos estructurales al disfrute de la salud reproductiva, incluidas las normas sociales discriminatorias, la exclusión de las mujeres de los procesos de adopción de decisiones y la falta de acceso de las mujeres y las niñas a los recursos;**

**c) Aborden las causas básicas de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante Marcos normativos y jurídicos y programas en las esferas de la pobreza, la desigualdad, la violencia basada en el género, la educación, la participación de la mujer en la adopción de decisiones y el empoderamiento económico de la mujer;**

**d) Promulguen y pongan en práctica leyes para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia y las prácticas dañinas, incluidos los matrimonios entre niños, precoces y forzados;**

**e) Aprueben y pongan en práctica planes de acción nacionales multisectoriales con financiación completa, que incluyan metas específicas, plazos, supervisión y mecanismos de evaluación, así como actividades para abordar la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y las necesidades especiales de los grupos de mujeres vulnerables;**

**f) Refuercen las medidas nacionales de rendición de cuentas, para que las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos de mujeres, participen activamente en la promoción y protección de la salud de las mujeres y los niños;**

**g) Adopten medidas de protección social que tengan en cuenta las cuestiones de género para apoyar a las mujeres y las niñas en el acceso a los servicios de salud reproductiva y de otro tipo;**

h) Aumenten el acceso a servicios de salud de buena calidad y económicamente accesibles, incluidos los de planificación de la familia, atención prenatal y postnatal y cuidados obstétricos de emergencia y partos a cargo de personal calificado, e integren en esos servicios la prevención del VIH/SIDA y la malaria, el cuidado y las intervenciones mediante tratamientos, en particular para las mujeres jóvenes no casadas y los grupos de mujeres y niñas vulnerables, incluso durante crisis humanitarias y conflictos armados;

i) Establezcan sistemas de información sobre la salud, nacionales y plenamente funcionales, incluidos los registros civiles y los sistemas de estadísticas vitales, así como la evaluación de las necesidades en materia de cuidados obstétricos de emergencia y los sistemas de supervisión y respuesta a las muertes maternas; e integren indicadores básicos sobre la mortalidad y morbilidad maternas en los sistemas de información sanitarios existentes, como lo recomienda la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño;

j) Integren, mediante programas educativos y actividades de concienciación, a las comunidades, los líderes religiosos y tradicionales, los hombres y los jóvenes como medio de alentar el comportamiento responsable en materia sexual y de salud reproductiva y compartir la responsabilidad respecto de la eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas con el objetivo general de promover la igualdad entre los géneros.

57. Se alienta al sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales a que:

a) Continúen apoyando a los Estados Miembros, en colaboración con otros interesados, para lograr lo siguiente:

i) La intensificación urgente de las medidas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas;

ii) La aprobación de leyes y políticas para abordar las causas básicas de la mortalidad y la morbilidad maternas;

iii) El aumento del acceso a los servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de salud reproductiva;

iv) El establecimiento de sistemas de información sanitaria nacionales para supervisar y evaluar leyes, políticas y programas que traten de la mortalidad y la morbilidad maternas;

b) Continúen trabajando, mediante iniciativas de colaboración con las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados, para lograr la eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas, y desarrollen una coordinación robusta, la rendición de cuentas y las plataformas de conocimientos técnicos con miras a incrementar las intervenciones conjuntas en otros países;

c) Sigam proporcionando opiniones y análisis fundamentados sobre la necesidad de la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para abordar la cuestión de la mortalidad y la morbilidad maternas.