



Consejo Económico y Social

Distr. general
19 de diciembre de 2011
Español
Original: inglés

Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

56º período de sesiones

27 de febrero a 9 de marzo de 2012

Tema 3 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”

Medidas para fortalecer los vínculos entre los programas, las iniciativas y las actividades del sistema de las Naciones Unidas en pro 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

Informe del Secretario General

Resumen

De conformidad con la resolución 54/5 de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en el presente informe se resumen las medidas adoptadas para combatir la mortalidad materna, en particular las dirigidas a fortalecer los vínculos entre los programas, las iniciativas y las actividades del sistema de las Naciones Unidas en pro 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 está basado en las aportaciones de 13 entidades de las Naciones Unidas, 18 Estados Miembros y diversos investigadores académicos, y en él se determina que, pese a que se ha reforzado el marco normativo para enfrentar la mortalidad materna como una cuestión de derechos humanos cuyas causas fundamentales son la desigualdad entre los géneros y la discriminación, aún no se ha realizado un esfuerzo sostenido y coordinado para tratar esos factores.

* E/CN.6/2012/1.



I. Antecedentes

1. En su 54º período de sesiones, celebrado en 2010, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer aprobó la resolución 54/5, titulada “Eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante el empoderamiento de la mujer” (véase E/2010/27 y Corr.1, cap. I.D). En esa resolución, la Comisión, entre otras cosas, solicitó al Secretario General que le presentara un informe en su 56º período de sesiones, que se celebraría en 2012, preparado en consulta con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y otros interesados pertinentes, teniendo en cuenta la resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos, de 17 de junio de 2009, y otras resoluciones pertinentes de las Naciones Unidas, sobre las medidas para fortalecer los vínculos entre los programas, las iniciativas y las actividades del sistema de las Naciones Unidas en pro 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. Este informe se presenta en respuesta a esa solicitud.

2. En el informe se resumen las iniciativas y medidas adoptadas por algunos Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y diversas organizaciones de la sociedad civil con el fin de eliminar la mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y se recomiendan otras medidas.

II. Persistencia de la mortalidad¹ y morbilidad maternas

3. En 2008, ocurrieron entre 342.000 y 358.000 muertes maternas en todo el mundo². La tasa de mortalidad materna en el nivel mundial, es decir, el número de muertes maternas que ocurren por cada 100.000 nacidos vivos, fue de 260 en 2008, lo que representa una disminución con respecto al índice de 400 registrado en 1990. En el caso de las regiones en desarrollo, en 2008 la tasa fue de 290 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en las regiones más desarrolladas solo fue de 14.

4. Los niveles de mortalidad materna eran considerablemente distintos entre las diferentes regiones en desarrollo; la tasa más alta se registró en África subsahariana, donde era de 640 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, una cifra que estaba muy por encima del doble del promedio mundial. De entre los países particulares, cuatro (Afganistán, Chad, Guinea-Bissau y Somalia) exhibían tasas de mortalidad materna superiores a 1.000 por cada 100.000 nacidos vivos.

¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “muerte materna” el fallecimiento de una mujer mientras esté 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.

² El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas de Estimación de la Mortalidad Materna y el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington (Seattle, Washington, Estados Unidos de América) elaboraron otras estimaciones. Véase Rafael Lozano y otros, “Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis”, *Lancet*, vol. 378, núm. 9797 (24 de septiembre de 2011), págs. 1139 a 1165.

5. En cuanto a las tendencias, estas son igualmente diversas (véase el cuadro). Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en casi todas las regiones³. Ha habido grandes disminuciones (de más del 50%) en Asia meridional, Asia oriental y el Pacífico, y Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes. Pese a que se ha registrado una tendencia a la reducción de la mortalidad materna, en el nivel mundial esta solo disminuyó un 2,3% por año en el período 1990-2008, lo que es inferior a la cifra de 5,5% necesaria para alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

Tendencias en cuanto a las tasas de mortalidad materna, 1990 a 2008

Región o grupo de países	Tasa estimada de mortalidad materna ^a					Variación porcentual entre 1990 y 2008	Variación porcentual anual entre 1990 y 2008
	1990	1995	2000	2005	2008		
África subsahariana	870	850	790	710	640	-26	-1,7
África oriental y meridional	750	760	720	630	550	-26	-1,7
África occidental y central	980	940	870	780	720	-27	-1,7
Oriente Medio y norte de África	270	230	200	180	170	-37	-2,6
Asia meridional	610	510	430	330	290	-53	-4,2
Asia oriental y el Pacífico	200	160	130	100	88	-56	-4,5
América Latina y el Caribe	140	130	110	91	85	-41	-2,9
Europa central y oriental y Comunidad de Estados Independientes	69	60	48	36	34	-52	-4,0
Países industrializados	12	10	11	14	14	16	0,8
Países en desarrollo	440	410	370	320	290	-34	-2,3
Países menos adelantados	900	840	750	650	590	-35	-2,4
Nivel mundial	400	370	340	290	260	-34	-2,3

Fuente: Ann Paxton y Tessa Wardlaw, "Are we making progress in maternal mortality?", *New England Journal of Medicine*, vol. 364, núm. 21 (26 de mayo de 2011), pág. 1991.

^a Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

6. Las principales causas directas de la mortalidad materna incluyen las hemorragias, las infecciones, la alta presión arterial, los abortos realizados en condiciones poco seguras y la obstrucción del canal del parto. Otras causas importantes incluyen la malaria, la anemia y el VIH/SIDA⁴. Sin embargo, la mortalidad y morbilidad maternas tienen como causas básicas violaciones de los derechos humanos entre las que se cuentan la discriminación, la violencia basada en el género, incluida la mutilación genital femenina, y la falta de inversiones suficientes en la educación, la salud básica, la nutrición y la atención básica de la salud o de un acceso equitativo a los servicios en estos ámbitos. Los sistemas de

³ El aparente incremento registrado en las regiones desarrolladas no es significativo, ya que la tasa ha fluctuado en torno a un nivel bajo.

⁴ Véase http://who.int/topics/maternal_health/en/index.html (consultado el 20 de diciembre de 2011).

salud están sometidos a exigencias excesivas y limitados por la falta de inversión y de recursos. A menudo, la existencia de prioridades diversas sumada a la insuficiencia de recursos a nivel nacional hace que la salud de las mujeres deje de formar parte del programa político, lo que constituye una violación de sus derechos.

7. Estos factores subyacen a las amplias disparidades en las tasas de mortalidad materna que existen entre países y regiones y dentro de ellos, y que también se evidencian en diferentes grupos residenciales, incluidas las poblaciones rurales y urbanas, grupos culturales y religiosos y diversas clases sociales y económicas. Por ejemplo, hay profundas diferencias en el acceso a servicios de salud de buena calidad entre los hogares más prósperos y los más pobres. Las mayores brechas se encuentran en Asia meridional y África subsahariana, donde las mujeres de más recursos tienen una probabilidad cinco veces y tres veces mayor, respectivamente, que las mujeres pobres de ser atendidas por personal capacitado durante el parto. En las regiones en desarrollo en su conjunto, las mujeres de los hogares más ricos tienen una probabilidad tres veces mayor que las de los hogares más pobres de recibir atención profesional durante el parto⁵.

8. Diversas enfermedades, por sí solas o interactivamente, predisponen a las mujeres embarazadas a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad. El VIH, la malaria y la anemia son especialmente peligrosos para las mujeres embarazadas. Si bien es difícil cuantificar su función, es sabido que el VIH/SIDA contribuye a la alta mortalidad materna en muchos contextos. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) afirma que la mortalidad materna sería un 20% más baja de no ser por el VIH⁶. En todo el mundo, 60.000 mujeres embarazadas murieron a causa del VIH solo en 2009⁷. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres embarazadas que viven con VIH carece de acceso a servicios fundamentales⁸. El VIH y el SIDA incrementan el riesgo de complicaciones como la anemia, las hemorragias después del parto y la sepsis puerperal⁹. El carácter nocivo de las normas, expectativas, estereotipos y funciones de género hace que muchas mujeres y niñas no estén en condiciones de adoptar decisiones en materia sexual y reproductiva, con lo que son vulnerables al VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres embarazadas infectadas con el VIH a menudo poseen un escaso acceso a la atención de la salud o se les prestan servicios de mala calidad debido a estigmas y discriminación sustantivos por parte de trabajadores de

⁵ *Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.10.I.7). Puede consultarse en http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG_Report_2010_Es.pdf (consultado el 11 de diciembre de 2011).

⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe Mundial: Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010* (Ginebra, 2010).

⁷ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres: 2011-2015* (Ginebra, 2011).

⁸ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Hacia el acceso universal: expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA en el sector de la salud: Informe 2010 sobre los progresos realizados* (Ginebra, OMS, 2010).

⁹ James McIntyre, “Mothers infected with HIV: reducing maternal death and disability during pregnancy”, *British Medical Bulletin*, vol. 67 (2003), págs. 127 a 135.

este ámbito y miembros de la comunidad; esto es especialmente cierto en el caso de las adolescentes¹⁰.

9. La malaria es motivo de un número considerable de muertes durante el embarazo y a menudo genera una anemia grave. El control de la malaria es una parte importante de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigida a reducir los riesgos del embarazo, en la que se recomienda proporcionar un tratamiento preventivo intermitente a todas las mujeres embarazadas que corren riesgo de infección con el *Plasmodium falciparum* en los países de África subsahariana donde hay un nivel estable de transmisión de esta enfermedad¹¹. Para reducir la transmisión de la malaria se recomienda, sobre todo, el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y la fumigación de interiores con efecto residual. Dentro de los hogares, el uso de mosquiteros puede estar estrechamente vinculado a pautas de sueño aceptadas culturalmente. La cuestión de los géneros desempeña una función importante, ya que es posible que el limitado número de mosquiteros esté reservado al hombre que encabeza el hogar¹². La eliminación de las infecciones con malaria entre las mujeres embarazadas salva las vidas de las madres y los niños.

III. La eliminación de la mortalidad materna como una cuestión de derechos humanos

10. Si bien en la Conferencia sobre la Maternidad sin Riesgos, celebrada en Nairobi en 1987, se reconoció claramente la necesidad de mejorar la condición jurídica y social de la mujer, educar a las comunidades y reforzar y ampliar la atención de la salud prenatal, en el parto y después de él, los principales actores no siempre adoptaron este enfoque de los programas en forma sistemática. En cambio, muchos donantes se centraron en intervenciones dirigidas al sector de la salud encaminadas a ampliar el acceso a la atención médica profesional¹³.

11. Cuando, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹⁴, se definió la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”¹⁵, se incorporaron en el discurso sobre los derechos humanos las cuestiones relativas a la morbilidad y mortalidad maternas. Este enfoque basado en los derechos humanos se reprodujo en la Plataforma de Acción de Beijing¹⁶,

¹⁰ Quarraisha Abdool-Karim and others, “HIV and maternal mortality: turning the tide”, *Lancet*, vol. 375, núm. 9730 (5 de junio de 2010), págs. 1948 y 1949.

¹¹ Véase http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/es/index.html.

¹² Véase http://www.who.int/gender/documents/gender_health_malaria.pdf (consultado el 20 de diciembre de 2011).

¹³ Ann M. Starr, “Safe motherhood initiative: 20 years and counting”, *Lancet*, vol. 368, núm. 9542 (30 de septiembre de 2006), págs. 1130 a 1132.

¹⁴ *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución I, anexo.

¹⁵ *Ibid.*, párr. 7.2.

¹⁶ *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución I, anexo II.

aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995¹⁶. El compromiso de reducir la mortalidad materna volvió a reiterarse en la Cumbre del Milenio, celebrada en 2000, en que se estableció como quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio la eliminación de la mortalidad materna, y cuyas metas consistían en reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

12. Son especialmente dignas de mención las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 11/8, titulada “La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos”¹⁷, y 15/17, titulada “Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos: seguimiento de la resolución 11/8 del Consejo”¹⁸, en las que se renovó el llamamiento a enfrentar la cuestión de la mortalidad materna como una cuestión de derechos humanos y se profundizó la base normativa para ello. En la resolución 11/8 se afirmó que la mortalidad y morbilidad materna prevenible exigía la promoción y protección efectivas de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico, a estar a salvo de la discriminación y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva (párr. 2); y en la resolución 15/17 se alentó a los Estados a que adoptasen medidas a todos los niveles para abordar las causas profundas e interrelacionadas de la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, como la pobreza, la malnutrición, las prácticas nocivas, la falta de servicios de atención de la salud accesibles y adecuados, y de información y educación, y la desigualdad entre los géneros, prestando particular atención a la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas (párr. 7).

13. Estas resoluciones aprobadas recientemente tuvieron como fundamento las bases normativas proporcionadas por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer¹⁹, en cuyo artículo 12 se insta a los Estados partes a garantizar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario” y a asegurarles “una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

14. Es importante reconocer la función que ha desempeñado la sociedad civil como catalizadora del surgimiento de la vigorosa perspectiva de los derechos humanos en relación con la mortalidad materna. En la Conferencia Las Mujeres Dan Vida, celebrada en 2007, sociedad civil encabezó la transición en el discurso, de centrarse en la prestación de servicios a ocuparse principalmente del desarrollo de un enfoque basado en los derechos humanos²⁰. Su compromiso y labor de promoción impulsaron la aprobación de la resolución 11/8 del Consejo de Derechos Humanos.

15. La sociedad civil ha llevado a Family Care International, Global Health Council, la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos,

¹⁷ Véase *Documentos oficiales de la Asamblea General, sexagésimo cuarto período de sesiones, Suplemento núm. 53 (A/64/53)*, cap. III.A.

¹⁸ *Ibid.*, sexagésimo quinto período de sesiones, Suplemento núm. 53A (A/65/53/Add.1), cap. II.

¹⁹ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1249, núm. 20378.

²⁰ Véase <http://www.womendeliver.org/conferences/2007-conference/> (consultado el 20 de diciembre de 2011).

la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y Las Mujeres Dan Vida a ocuparse de atraer atención a la necesidad de mejorar la comprensión y los conocimientos de los profesionales de la salud y los encargados de adoptar políticas sobre los derechos en relación con la salud materna.

16. Un proyecto conjunto iniciado por el Center for Economic and Social Rights y el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (Guatemala) es uno de los muchos ejemplos de la influencia de la sociedad civil en las actividades gubernamentales encaminadas a incorporar una perspectiva de los derechos humanos en la adopción de políticas sobre la salud materna. Como resultado de este proyecto, se promulgó una ley nacional sobre la salud materna²¹.

IV. Iniciativas, programas y actividades en relación con la mortalidad y morbilidad maternas

17. Como se señala en el informe de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos (A/HRC/14/39), un examen exhaustivo de todas las principales iniciativas y actividades realizadas a nivel mundial para combatir la mortalidad y morbilidad materna prevenible resultaría interminable (párr. 45). Por lo tanto, en esta sección se presenta un resumen de las actividades, los programas y las iniciativas de los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas y la sociedad civil.

18. El mencionado informe de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos y el elaborado por esa Oficina sobre prácticas de adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles (A/HRC/18/27) proporcionan un marco útil para considerar las iniciativas y programas dirigidos a enfrentar la mortalidad materna, ya que se basan en cuestiones fundamentales determinadas en las resoluciones 11/8 y 15/17 del Consejo de Derechos Humanos. En particular, en el párrafo 3 del documento A/HRC/18/27, el Consejo señala que, en relación con un enfoque de la mortalidad materna basada en los derechos humanos, 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.

19. Además, en el párrafo 5 del mismo documento, se mencionan cinco características que comparten las prácticas para eliminar la mortalidad y morbilidad maternas adoptando un enfoque basado en los derechos humanos, a saber:

- 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

²¹ Véase Center for Economic and Social Rights, “Best practices in addressing maternal mortality from a human rights perspective: a framework for monitoring policies and resources for MMM prevention in Guatemala”, pág. 1.

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 VIH/SIDA;

c) Fortalecimiento de los sistemas de salud y los servicios de atención primaria de la salud para mejorar el acceso a comadronas capacitadas y atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones y la utilización de estos servicios;

d) Tratamiento del problema del aborto que se practica en condiciones de riesgo para 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.

20. Si bien algunos de los Estados Miembros que proporcionaron aportaciones para el presente informe han descrito iniciativas que incluyen varias de estas medidas, muchos se centraron en actividades dirigidas a reforzar los sistemas de atención de la salud a fin de mejorar el acceso a ella. Fueron más escasas las referencias a las actividades encaminadas a adoptar los grandes cambios jurídicos necesarios para enfrentar las causas básicas de la mortalidad y morbilidad maternas. Se informó de muy pocas iniciativas en relación con los abortos practicados en condiciones de riesgo, y hubo poca información que indicara que se vigilaba el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en relación con la rendición de cuentas de todos los agentes.

A. Iniciativas de los Estados Miembros

21. El programa de salud materno-infantil de Austria garantiza la atención médica durante el embarazo. Las mujeres se realizan seis exámenes clínicos. Desde 2010 se han agregado a las pruebas que se administran a las mujeres embarazadas un examen de ultrasonido adicional y un análisis del VIH, así como una prueba de glucosa oral.

22. En Bélgica, la mutilación genital femenina se considera una violación fundamental de los derechos de las mujeres y las niñas. Bélgica ha ratificado un gran número de tratados internacionales que condenan las violaciones de los derechos reproductivos, incluida la mutilación genital femenina. El plan de acción nacional para 2010-2014 dirigido a combatir la violencia intrafamiliar y de pareja también incluye el problema de la mutilación genital femenina y establece los medios para proteger y apoyar los derechos reproductivos de los migrantes. Se han creado programas para informar a los proveedores de servicios y a los migrantes sobre sus derechos reproductivos y de salud.

23. El Chad promueve la salud reproductiva de las mujeres y las niñas. El derecho a la salud se reconoce en el artículo 37 de la Constitución. Se condena la mutilación genital femenina y se han establecido medidas para proteger a las personas infectadas por el VIH o que viven con el SIDA. El Chad también ha adoptado una guía para acelerar la reducción de la mortalidad materna.

24. El Congo se centra en la lucha contra la tuberculosis, la garantía de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA y el tratamiento de la malaria en las mujeres embarazadas. El Plan nacional de desarrollo y salud (2007-2011) tiene como

objetivo reforzar el sistema de salud, reducir la mortalidad y morbilidad maternas, mejorar los recursos humanos en el sector de la salud y aumentar la participación de la comunidad y la colaboración en materia de salud. Junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y diversas organizaciones de la sociedad civil, el Congo puso en marcha en 2010 la campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África. El objetivo principal es mejorar la disponibilidad y la utilización de servicios de salud de buena calidad para las mujeres con el fin de reducir la mortalidad materna. También se ha hecho hincapié en los procedimientos de recopilación de datos a fin de ampliar la base de conocimientos y mejorar las estrategias de intervención con respecto a la mortalidad materna.

25. La República Dominicana ha puesto en marcha varios programas dirigidos para preservar la salud de las mujeres y reducir la mortalidad materna. Estos programas tienen como objetivo prestar una mejor atención obstétrica a las mujeres y generar conciencia acerca de las causas de la mortalidad materna. También se han establecido políticas para disminuir los embarazos no deseados, la mortalidad materna, la violencia y el VIH/SIDA entre las mujeres y las adolescentes. Estas estrategias están empoderando a las mujeres para que participen activamente en la atención reproductiva y de la salud.

26. En el Ecuador, el Gobierno ha centrado sus esfuerzos en la ampliación de la base de conocimientos que abarca las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas y en la prestación de mejores servicios de salud para las mujeres y las niñas con el fin de reducir la infección por el VIH, las enfermedades de transmisión sexual, el cáncer uterino y la violencia intrafamiliar.

27. Una nueva ley sobre la atención de salud en Finlandia, en vigor desde mayo de 2011, obliga a las municipalidades a organizar servicios de salud materna para todas las mujeres embarazadas y sus familias dentro de la zona residencial. Los servicios incluyen el seguimiento y la promoción de la salud de las mujeres embarazadas. Se están realizando actividades para ampliar la colaboración profesional y sectorial durante el embarazo, tanto en los hospitales de maternidad como dentro de los servicios posnatales. Cada vez se tiene más en cuenta la función de los hombres y los niños varones y se ha establecido un programa de educación sexual dirigido a los niños varones y a los padres.

28. En Nueva Zelandia, los servicios de maternidad son gratuitos y todas las mujeres tienen acceso, sin discriminación alguna, a una amplia gama de servicios de salud gratuitos o de bajo costo, incluidos todos los servicios de salud materna, así como los de salud sexual y reproductiva, asesoramiento y apoyo contra la violencia sexual y física.

29. Portugal ha invertido en proyectos centrados en la igualdad entre los géneros, especialmente en los relacionados con la violencia doméstica y sus consecuencias para la salud física y psicológica de las mujeres. El sistema nacional de salud garantiza a todos los ciudadanos un acceso casi gratuito a los centros de atención primaria y los hospitales públicos. Las mujeres embarazadas tienen acceso a establecimientos sanitarios y a la atención de salud, lo que puede haber contribuido a que la mortalidad materna disminuyera del 19% al 3,8% entre 1980 y 2008. El acceso a la planificación de la familia de las mujeres menores de 18 años está permitido desde 1984, el mismo año en que se empezaron a ofrecer gratuitamente citas para la planificación de la familia y anticoncepción en el Servicio Nacional de

Salud. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) se introdujo en el plan de salud nacional de vacunación para todas las niñas de hasta 13 años de edad.

30. Dinamarca, Italia y el Japón facilitaron información principalmente sobre la asistencia que prestan a otros países y programas. Dinamarca apoya una serie de organizaciones internacionales y de las Naciones Unidas, así como diversas organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la mortalidad materna. Esto incluye el apoyo al UNFPA, la OMS, la Federación Internacional de Planificación Familiar y Family Care International. Dinamarca también está trabajando con asociados en apoyo de los adelantos en la esfera de la partería, incluidos el examen y el cambio de los reglamentos y las prácticas a fin de empoderar a los proveedores de nivel intermedio que realizan procedimientos que salvan vidas. Dinamarca se ocupa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos mediante varios programas bilaterales del sector sanitario.

31. La garantía de la salud materna es una prioridad en la política sanitaria de Italia, especialmente respecto de la asistencia a otros Estados Miembros. Italia apoya actividades encaminadas a asegurar el acceso universal a la atención de salud y a servicios de salud eficaces y eficientes en varios países. Desde 2004, se ha centrado en combatir la mutilación genital femenina, prestando mayor asistencia financiera bilateral y multilateral a fin de atender a las mujeres que necesitan asistencia en los países africanos donde existe la práctica. A nivel nacional, el Ministerio de Salud ha formulado la recomendación núm. 6/2008 para la gestión del riesgo clínico durante el trabajo de parto y el parto. En diciembre de 2010 se firmó un acuerdo sobre las directrices para la promoción y la mejora de la calidad, la seguridad y la idoneidad de la prestación de atención en el parto y la reducción del número de cesáreas. Dicho acuerdo da respuesta, entre otras cuestiones, al alto número de cesáreas realizadas en Italia, que podría aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas.

32. El Japón apoya un proyecto de maternidad sin riesgo en Bangladesh. El proyecto tiene como objetivo mejorar la salud de las madres, las mujeres embarazadas y los recién nacidos mediante el fortalecimiento de las capacidades de la gestión de la salud y la mejora de los servicios de salud basados en los establecimientos. El proyecto, que también facilita la creación de grupos comunitarios de apoyo para las madres y las mujeres embarazadas, registró aumentos considerables de la proporción de mujeres que tenían acceso a la atención obstétrica de emergencia cuando padecían complicaciones durante el embarazo y el parto.

33. Malasia ha determinado diversas etapas de un enfoque de servicios de base amplia en materia de mortalidad materna. Los organismos gubernamentales, en colaboración con el UNFPA y las organizaciones de la sociedad civil, han progresado en la mejora de la salud reproductiva. Se han llevado a cabo talleres para obstetras y paramédicos sobre asuntos de género y derechos humanos, y la salud reproductiva y materna con el fin de aclarar el enfoque respecto de la salud materna que está basado en los derechos humanos y tiene en cuenta las cuestiones de género. En el marco del Programa nacional de planificación de la familia, se prestan servicios de tipo cafetería para asegurar que se ofrezca a los clientes una amplia variedad de métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables en las 56 clínicas ubicadas en todo el país. Se utilizan clínicas móviles para atender a las mujeres de zonas marginales y a los pobres de las zonas urbanas.

34. El Gobierno de Namibia elaboró una guía para acelerar la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas e infantiles. La guía incluye a todas las mujeres, incluidas las que corren alto riesgo durante el embarazo, el parto y el posparto. Entre las actividades encaminadas a fortalecer los sistemas de salud figuran la creación de capacidad en cuanto al análisis de la mortalidad materna, perinatal y neonatal para los trabajadores de la salud. Además, se ha impartido capacitación a las parteras tradicionales para facilitar el reconocimiento de las señales de peligro y mejorar la remisión oportuna de las mujeres a los establecimientos de salud.

35. En San Vicente y las Granadinas, la mortalidad materna se debe principalmente a complicaciones obstétricas como la eclampsia y el trauma obstétrico. Se han establecido políticas para gestionar eficazmente los servicios de atención prenatal, antenatal y posnatal a nivel central y de distrito. El acceso a los servicios de atención prenatal es asequible y la atención primaria de la salud es gratuita. Dada la relación que existe entre la educación, la salud y el empoderamiento económico, se ha avanzado considerablemente en la eliminación de la disparidad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria. Entre las actividades encaminadas a mejorar los datos y los conocimientos figuran la presentación y el análisis periódicos de las estadísticas de salud perinatal y materna, y la implementación del sistema nacional de información de salud.

36. Suecia reconoce el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su propio cuerpo. En julio de 2010, el Gobierno adoptó una nueva política que hacía hincapié en la salud materna en el contexto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Mediante el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional, se están realizando actividades especiales en apoyo del logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio a través de un enfoque amplio de los derechos de salud sexual y reproductiva. Suecia también apoya medidas como la iniciativa de acceso, información y servicios en materia de salud reproductiva en situaciones de emergencia, concebida para mejorar el acceso a la atención integral de salud reproductiva, incluida la prestación de atención obstétrica de emergencia, en situaciones de crisis y de conflicto, así como después de los conflictos.

37. En la República Árabe Siria, se estima que el porcentaje de partos atendidos por personal profesional aumentó del 76,8% registrado en 1993 al 96,2% en 2009. El número de mujeres en edad fecunda por obstetra se redujo de 966 en 1993 a 666 en 2008. Teniendo en cuenta la información obtenida de diversas encuestas de que la mejora de la economía, la erradicación de la pobreza y el incremento de los niveles de educación de las mujeres aumentan la aceptación y la utilización de los servicios de salud disponibles por partes de estas, la República Árabe Siria ha invertido recursos para erradicar la pobreza y empoderar a las mujeres, y da prioridad a esos objetivos en el décimo plan quinquenal (2005-2010). Existe una creciente preocupación en la sociedad siria respecto de las cuestiones relacionadas con la violencia contra las mujeres. Se están intensificando los esfuerzos por afrontar esa cuestión, en particular la violencia doméstica.

38. El Uruguay ha hecho hincapié en la recopilación de estadísticas específicas sobre la mortalidad materna. Los esfuerzos para afrontar la mortalidad materna son evidentes en la labor de la Comisión Nacional dirigida a reducir la morbilidad obstétrica, de 2006, que se centra en la vigilancia y la recopilación de datos con el fin de disminuir la morbilidad obstétrica.

B. Iniciativas del sistema de las Naciones Unidas

39. Las entidades de las Naciones Unidas, en virtud de sus diversos mandatos, han puesto en marcha actividades, programas e iniciativas que abarcan una mayor diversidad de los elementos de un enfoque basado en los derechos humanos, como se indica en el párrafo 19. Las iniciativas han incluido la concienciación, la educación y el fomento de la capacidad (la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el UNFPA, el UNICEF y la OMS); la promoción de la participación y el liderazgo, y la respuesta a los factores sociales, culturales y económicos determinantes para la salud materna (el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)); la respuesta al VIH/SIDA (el ONUSIDA); y la respuesta a las necesidades especiales de las mujeres en situaciones de conflicto y después de los conflictos (la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)). A pesar del enfoque más amplio, como en el caso de los Estados Miembros, sigue existiendo una fuerte tendencia a la atención médica y la prestación de servicios.

40. El UNFPA ha afrontado el amplio contexto de la mortalidad y la morbilidad maternas al promover la concienciación acerca de los derechos de las niñas mediante su apoyo a un proyecto en Etiopía que brinda educación a las adolescentes con miras a ayudarlas a posponer el matrimonio. En 2008, puso en marcha un programa de inversión en matronas con la Confederación Internacional de Comadronas, como punto de partida para la gestión de recursos humanos para la salud (incluidas la capacitación, contratación, distribución, retención y supervisión). El número de participantes en este programa se ha ampliado de 11 países a unos 30 en África, Asia y América Latina. Se han elaborado estrategias nacionales de partería en el Afganistán, Bangladesh, el Sudán y Uganda. El UNFPA ha prestado apoyo a los gobiernos para realizar evaluaciones de las necesidades de atención obstétrica y neonatal de emergencia a nivel nacional en más de 20 países.

41. Junto con sus asociados, el UNFPA puso en marcha a nivel mundial la Campaña para erradicar la fistula. También ha ayudado a más de 20.000 mujeres y niñas a recuperarse de la fistula y reconstruir su vida mediante el acceso a cuidados y al tratamiento quirúrgico, y la prestación de servicios de reintegración social.

42. Consciente de que los embarazos no planificados y los abortos en condiciones de riesgo son las principales causas de la mortalidad y morbilidad maternas, el UNFPA, mediante su programa mundial para asegurar el abastecimiento de suministros de salud reproductiva, presta apoyo a los programas de planificación de la familia en países que tienen un alto nivel de necesidades insatisfechas de planificación de la familia y bajo uso de anticonceptivos. Del mismo modo, ha prestado apoyo a 45 países, contribuyendo así a un aumento significativo de la tasa de uso de anticonceptivos en ellos.

43. El PNUD se ha centrado en el establecimiento de sistemas de salud sólidos mediante su labor de fortalecimiento de la gobernanza, las instituciones y la capacidad de gestión, así como mediante su función como órgano coordinador y convocador para reunir a múltiples asociados y recursos a nivel nacional y local. Como parte de su mandato de ocuparse de cuestiones intersectoriales relativas a la igualdad entre los géneros que influyen en todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la labor del PNUD está basada en tres pilares: a) la promoción del liderazgo nacional, la financiación sostenible, la asistencia eficaz al desarrollo y la

coordinación de la ayuda para la salud materna y reproductiva; b) la respuesta a los factores sociales, culturales y económicos determinantes para la salud materna y reproductiva; y c) la solución a los atascos relativos a la capacidad institucional, de gobernanza y de gestión que afectan al sector de la salud.

44. El PNUD ha actuado en varios niveles. En Túnez, colaboró con el UNICEF y el UNFPA en la preparación del primer informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fue un instrumento de promoción fundamental para intensificar los esfuerzos encaminados a reducir la mortalidad materna. En Ghana, promovió el liderazgo nacional y la financiación sostenible para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio apoyando el fortalecimiento y la alineación de la segunda Estrategia de crecimiento y lucha contra la pobreza. En la India, el PNUD apoya una alianza creativa entre los sectores público y privado para ampliar los Hospitales LifeSpring, una cadena de hospitales pequeños que ofrecen a las mujeres de bajos ingresos de ese país acceso a servicios de salud maternoinfantil. En Kenya, encabeza una iniciativa interinstitucional relativa al VIH en favor del acceso universal inmediato para las mujeres y las niñas, a fin de ayudar al Gobierno a ampliar los servicios de atención integral después de una violación en los centros de salud. Se ha establecido un programa en Uganda para solucionar los atascos y fortalecer la coordinación de la respuesta al quinto Objetivo.

45. El ONUSIDA ha trabajado con miras a eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para 2015 y reducir sustancialmente las defunciones maternas relacionadas con el SIDA. La Estrategia ONUSIDA 2011-2015: Llegar a Cero, aprobada en diciembre de 2010, incluye el objetivo de eliminar la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el SIDA para 2015. La igualdad entre los géneros y los derechos humanos revisten prioridad en la estrategia, por considerarlos como uno de sus tres pilares generales para el logro del acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de VIH y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

46. El componente de igualdad entre los géneros de la Estrategia ONUSIDA se está poniendo en práctica mediante la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH del ONUSIDA en colaboración con la sociedad civil en más de 80 países²². El acceso que tienen las mujeres y las niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva y relativos al VIH es un componente fundamental de la Agenda para las mujeres y las niñas. El ONUSIDA, junto con la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad entre los Géneros y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y diversos copatrocinadores, presta apoyo a los Estados Miembros en la promoción de estrategias para afrontar la violencia basada en el género y en el fomento de la participación de los hombres y los niños varones en los planes estratégicos relativos al VIH de 14 países²³.

47. Junto con ONU-Mujeres, el ONUSIDA organizó una consulta de alto nivel sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas que viven con el VIH durante el 55º período de sesiones de la Comisión de la Condición

²² Véase el informe sobre la ejecución de la Agenda (UNAIDS/PCB(28)/11.5) presentado a la Junta de Coordinación del ONUSIDA en su 28º período de sesiones, celebrado del 21 al 23 de junio de 2011.

²³ Camboya, Côte d'Ivoire, Haití, India, Jamaica, Kenya, Liberia, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Rwanda, Serbia, Sudáfrica, Sudán y Ucrania.

Jurídica y Social de la Mujer, celebrado en febrero de 2011. La consulta esclareció los factores que disuaden a las mujeres de acceder a servicios de atención prenatal, de salud sexual y reproductiva y relacionados con el VIH.

48. Durante la reunión de alto nivel sobre el SIDA celebrada en junio de 2011, el ONUSIDA elaboró y puso en marcha el Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres: 2011-2015²⁴, que sienta las bases para las actividades dirigidas por los países para eliminar la transmisión vertical y reducir la mortalidad materna en los países de ingresos bajos y medianos. La plataforma del ONUSIDA denominada “Tratamiento 2.0” permitirá que los sistemas de prestación de servicios se descentralicen y se integren más con otras esferas de la atención de salud tales como los servicios de salud maternoinfantil y los relacionados con la tuberculosis.

49. La promoción de la educación y la alfabetización ocupa un lugar central en la labor de la UNESCO en apoyo del logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. La eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas se afronta mediante respuestas multidisciplinarias, entre ellas la garantía de clases de alfabetización funcional de buena calidad; la determinación de las diversas estructuras sociales y culturales que influyen en la vida de las mujeres y las niñas; y el estudio de la salud y la condición de las mujeres y su relación con la atención en el embarazo, el parto y el período neonatal. También se ha prestado atención a la necesidad de fomentar la conciencia y la capacidad respecto de la protección de los derechos de las mujeres y las niñas, incluidos los derechos reproductivos y la salud materna.

50. Según el UNICEF (en una contribución al presente informe), las mujeres que han asistido a la escuela tienen menos probabilidades de morir durante el parto y más de cuidar bien a sus hijos. Por consiguiente, el UNICEF ha apoyado proyectos dirigidos a empoderar a las niñas y las mujeres mediante, entre otras cosas, actividades para asegurar que las niñas permanezcan en la escuela.

51. Para alcanzar el objetivo de mejorar la salud materna y empoderar a las mujeres se necesita la participación de los asociados, las comunidades y los gobiernos. En la India, el UNICEF prestó apoyo al Gobierno para la determinación de las causas subyacentes de la mortalidad materna. La iniciativa sobre la investigación y la respuesta a las defunciones maternas y perinatales utilizó un instrumento para determinar los factores personales, familiares, socioculturales, económicos y ambientales que contribuían a ese tipo de defunciones.

52. Diversas entidades han contribuido a las iniciativas de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante la educación, promoción, capacitación e investigación. Se han utilizado publicaciones oficiales (de la OMS) y actividades de creación de capacidad y concienciación a nivel nacional (de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la UNESCO), así como vínculos con los medios de comunicación y de divulgación (del Departamento de Información Pública de la Secretaría de las Naciones Unidas).

53. La OMS ha apoyado la investigación pertinente para la formulación de políticas, proporcionando instrumentos importantes y datos empíricos que contribuyen significativamente a ampliar el acceso a las intervenciones esenciales

²⁴ *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres: 2011-2015* (Ginebra, 2011).

de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, y los servicios de salud materna, así como a promover el empoderamiento de las mujeres. El ONUSIDA contribuyó a un estudio sobre el acceso a servicios de salud reproductiva y materna para las mujeres que viven con el VIH en seis países de Asia. El UNFPA apoya la promoción del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio a nivel mundial.

54. El ACNUR ha fortalecido su programa de salud materna, incluida la atención obstétrica y neonatal de emergencia en todos los niveles, que abarca la comunidad, las salas de parto y los centros de remisión. Se han prestado servicios a los desplazados internos, refugiados urbanos y repatriados. El ACNUR sigue promoviendo y apoyando la prestación de un conjunto de servicios iniciales mínimos durante el comienzo inmediato de emergencias nuevas, que se amplía hasta constituir un programa integral e integrado de salud sexual y reproductiva que incrementa el acceso a atención obstétrica de emergencia de buena calidad, al tiempo que aumenta las oportunidades de planificación de la familia y los servicios relativos a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

C. Principales iniciativas mundiales

55. De las iniciativas mundiales recientes, la más prometedora en cuanto a enfrentar las diversas causas fundamentales de la persistencia de la mortalidad materna es la iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños”, puesta en marcha por el Secretario General de las Naciones Unidas en el marco de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, con el objeto de salvar la vida de 16 millones de mujeres y niños para 2015. La Estrategia Mundial, que tiene un presupuesto de 40.000 millones de dólares de los Estados Unidos, constituye una iniciativa mundial sin precedentes que moviliza e intensifica la acción internacional y nacional de gobiernos, organizaciones multilaterales, el sector privado y la sociedad civil para abordar los principales problemas de salud que enfrentan las mujeres y los niños. La Estrategia Mundial ha elaborado una guía sobre cómo ampliar la financiación, fortalecer las políticas y mejorar los servicios sobre el terreno en favor de las mujeres y los niños más vulnerables. En mayo de 2011, 16 países anunciaron sus compromisos con la iniciativa, principalmente aumentos presupuestarios para la atención de la maternidad y prenatal.

56. La iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños” tiene en cuenta la relación entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio quinto y cuarto, y todos los demás Objetivos, y reconoce que el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los géneros mejoran la salud de las mujeres y los niños por medio del consiguiente aumento de la variedad de opciones en materia de reproducción, la disminución de los matrimonios en la infancia y la respuesta a la discriminación y la violencia basada en el género. En relación con la puesta en marcha de esta iniciativa, se estableció una Comisión de información y rendición de cuentas para garantizar la entrega y el uso eficaces y eficientes de los recursos recabados.

57. La Iniciativa Muskoka del Grupo de los Ocho presta apoyo a sistemas de salud fortalecidos dirigidos por los países en los países en desarrollo, concebidos para facilitar la ejecución de intervenciones decisivas en todas las etapas de la atención sanitaria. Hace hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de salud, la ampliación de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, la respuesta a la desigualdad entre los géneros y la promoción de los

derechos humanos de niñas y mujeres. Por conducto de esta iniciativa, los Gobiernos del Grupo de los Ocho aportarán 5.000 millones de dólares entre 2010 y 2015. Otros Gobiernos (España, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, República de Corea y Suiza), la Fundación pro Naciones Unidas y la Fundación de Bill y Melinda Gates proveerán otros 2.300 millones de dólares.

58. Para acelerar los esfuerzos por salvar las vidas de mujeres y niños recién nacidos, en 2008 la OMS, el UNFPA, el UNICEF y el Banco Mundial publicaron una declaración conjunta sobre la salud de la madre y el recién nacido y se comprometieron a redoblar sus esfuerzos conjuntos a este respecto. Posteriormente se les unió el ONUSIDA. Esta asociación, conocida como H4+, ha emprendido un importante programa de trabajo en nombre de los 50 países que tienen la carga más pesada en relación con la salud de los niños recién nacidos y materna.

59. La Iniciativa Mundial para la Salud, puesta en práctica por el Presidente de los Estados Unidos de América, Barack Obama, se aplicará en todos los países que reciben asistencia sanitaria de los Estados Unidos. Ocho países (Bangladesh, Etiopía, Guatemala, Kenya, Malawi, Malí, Nepal y Rwanda) recibirán recursos técnicos, financieros y de gestión adicionales que les permitirán aplicar rápidamente el enfoque establecido en la Iniciativa, incluidos programas e inversiones integrados respecto de todo el espectro de las enfermedades infecciosas, y actividades relativas a la salud maternoinfantil, la planificación de la familia y los sistemas de salud.

60. El Compromiso de Madang fue el resultado de la Reunión de los Ministros de Sanidad de los Países Insulares del Pacífico de 2009. En el Llamamiento de Addis para la acción urgente en pro de la salud materna, realizado en 2009, se instó a la promulgación y aplicación de leyes y políticas sobre la fijación de los 18 años como la edad mínima para contraer matrimonio, el respeto de los derechos humanos de las niñas y la prevención de los riesgos relacionados con el matrimonio de niños y los embarazos en la adolescencia, y para asegurar que los sistemas de salud tengan en cuenta las cuestiones de género y las diferencias culturales, estén orientados a la comunidad y creen una demanda para el suministro de servicios eficaces e infraestructura. En la Declaración de Compromiso de Addis Abeba, producto de la cuarta Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (27 y 28 de octubre de 2009), se reconoció firmemente la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer como una de las nueve esferas de atención para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio²⁵.

61. En 2007 se puso en marcha la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos, que fue la primera iniciativa de derechos humanos de la sociedad civil destinada a reducir la mortalidad materna. Una asociación de organizaciones de la sociedad civil internacionales, regionales y nacionales consagradas a un enfoque de la mortalidad materna basado en los derechos humanos emprendió la Iniciativa, que incluyó un llamamiento a los gobiernos y donantes a mostrar mayor voluntad política y adoptar las medidas necesarias para reducir la

²⁵ Las otras son la sensibilización y la promoción; las responsabilidades de presupuestación y fiscalización; las responsabilidades legislativas y normativas; el empoderamiento de los jóvenes; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la promoción del acceso a la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia; asegurar la financiación adecuada; y abordar el cambio climático y las nuevas cuestiones relativas a la población.

mortalidad materna y, al mismo tiempo, a establecer más y mejores mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que el derecho de las mujeres a la salud materna se haga realidad²⁶. La Iniciativa Internacional, que tiene proyectos en la India, Kenya y el Perú, se propone aumentar la comprensión sobre la forma de integrar las ideas y enfoques de derechos humanos en la labor sobre mortalidad materna a nivel nacional, subnacional y local. También procura promover la conexión entre los grupos de derechos humanos, salud pública y derechos de la mujer.

V. Iniciativas destinadas a fortalecer los datos y conocimientos sobre mortalidad materna

62. En los países en desarrollo donde es posible que no hayan registros médicos precisos, en que podría no saberse si una mujer estaba embarazada al momento de su fallecimiento o ese estado se ocultaba debido a factores sociales, culturales o religiosos, y en que podría no haber datos sobre la causa del fallecimiento o estos no eran fiables, probablemente no se tuvieran en cuenta muchas muertes maternas. En ausencia de sistemas de registro civil fidedignos, se han utilizado métodos indirectos para estimar estas muertes. No obstante, contar con datos confiables desglosados por género y edad es decisivo para abordar la mortalidad materna desde la perspectiva de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros.

63. Se han hecho adelantos en garantizar que en esta esfera haya vínculos entre las iniciativas, que lentamente han dejado de lado el enfoque basado en las actividades de determinados académicos o entidades de las Naciones Unidas en favor de un criterio más integrado y armonioso.

64. El Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna, integrado por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial, y un grupo de asesoramiento técnico independiente, actualmente examina y genera estimaciones de mortalidad materna. Ha elaborado estimaciones de la mortalidad materna para los países que no tienen datos fiables usando modelos estadísticos y ha actualizado las estimaciones existentes.

65. La División de Estadística de las Naciones Unidas ha seguido manteniendo y mejorando la base de datos y el sitio web de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio²⁷, por conducto del Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y sus subgrupos temáticos. En particular, las organizaciones internacionales que se ocupan de elaborar estimaciones y compilar indicadores para hacer el seguimiento del quinto Objetivo y sus dos metas han fortalecido su colaboración y ejecutado varias iniciativas a nivel regional e internacional, incluidos cursos prácticos sobre métodos de estimación y metadatos de indicadores para los expertos de las oficinas nacionales de estadística y los ministerios de salud; consultas con contrapartes nacionales sobre la producción de estimaciones; y análisis de datos y actividades de divulgación.

66. Además, los Estados Miembros siguen trabajando para mejorar la reunión y el análisis de datos nacionales en la esfera de la mortalidad y morbilidad maternas. En Nueva Zelanda, el Comité de examen de la mortalidad perinatal y materna reúne

²⁶ Véase <http://righttomaternalhealth.org/>.

²⁷ <http://mdgs.un.org>.

datos sobre todas las muertes perinatales y maternas en el país y elabora un informe sobre los factores que contribuyen a estas y las muertes que posiblemente se hubieran podido evitar. También se reúnen datos sobre morbilidad materna. Se ha publicado una guía de normas sobre la maternidad en el contexto de la provisión y supervisión de los servicios de maternidad. Estos datos se presentan periódicamente a la OMS; la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y Eurostat, lo que permite vigilar de cerca el progreso.

VI. El papel catalizador de ONU-Mujeres

67. En cumplimiento de su mandato de dirigir y coordinar la labor en materia de igualdad entre los géneros de todo el sistema de las Naciones Unidas, ONU-Mujeres trabaja para forjar vínculos firmes entre diversas entidades con miras a promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer en todas las esferas de trabajo.

68. Sin reemplazar ni duplicar el trabajo de otras entidades que tienen una clara ventaja comparativa en la esfera de la mortalidad materna, ONU-Mujeres contribuirá a promover el liderazgo y la participación de las mujeres, velando por que los países tengan acceso a los mejores conocimientos técnicos y competencias para que pueda surgir una firme perspectiva de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. Mediante el énfasis que da al empoderamiento económico de la mujer, ONU-Mujeres fortalecerá la capacidad a nivel nacional para que se tenga en cuenta la igualdad entre los géneros en la ejecución de programas y proyectos sobre la mortalidad materna.

69. Un aspecto básico de la labor de ONU-Mujeres comprende sus esfuerzos por abordar e invertir la desigualdad entre los géneros y los estereotipos de género que constituyen la base de la prevalencia y persistencia de altas tasas de mortalidad materna. A este respecto, el énfasis de ONU-Mujeres complementa el hincapié que hacen otras entidades en las causas directas de la maternidad y morbilidad maternas. El apoyo que presta ONU-Mujeres a los Estados Miembros para la elaboración de presupuestos que tengan en cuenta las cuestiones de género también asegurará que se asignen recursos suficientes a la igualdad entre los géneros en las actividades de desarrollo. ONU-Mujeres promueve la participación de mujeres en la adopción de decisiones en todos los contextos, incluso después de conflictos, en que la salud y los derechos reproductivos de la mujer corren riesgos particulares y la violencia sexual y las violaciones contribuyen a niveles excepcionales de mortalidad y morbilidad maternas. Mediante el énfasis que da al empoderamiento económico de la mujer, ONU-Mujeres fortalecerá la capacidad de las mujeres de adoptar decisiones relativas a su salud reproductiva, entre otras cosas, respecto del acceso a servicios y suministros de salud reproductiva.

70. El objetivo de ONU-Mujeres de aumentar el nivel de liderazgo y participación de las mujeres es decisivo para la eliminación de la mortalidad materna. La participación y el liderazgo de las mujeres son esenciales para la realización plena de la perspectiva de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros necesaria para enfrentar la mortalidad materna. Garantizan que las intervenciones sean familiares y de propiedad cabal de las mujeres y que mantengan su pertinencia. No pueden concebirse políticas y programas eficaces para combatir la mortalidad y morbilidad maternas sin la participación de las mujeres.

71. Dos papeles importantes que desempeña ONU-Mujeres, detallados en su plan estratégico para 2011-2013 y su marco de resultados de desarrollo, son velar por que se reafirmen, fortalezcan y profundicen la política mundial y el marco normativo para la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, y aumentar el grado en que las políticas mundiales y los marcos normativos sectoriales reflejan las perspectivas de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. Con este fin, ONU-Mujeres colaborará con otras entidades para asegurar que surja una perspectiva de la igualdad entre los géneros y que esta se fortalezca en la labor sectorial realizada en apoyo de la eliminación de la mortalidad materna. ONU-Mujeres también promoverá la vinculación de los acuerdos normativos pertinentes con las experiencias operacionales, entre otras cosas por conducto de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, y en la labor de los mecanismos intergubernamentales más amplios.

VII. Conclusiones y recomendaciones

72. En los últimos años, se ha reconocido claramente y codificado en diversas normas intergubernamentales la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos y la igualdad entre los géneros para el logro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Desde esta perspectiva, se reconoce tanto que el enfoque médico y la disponibilidad de servicios, si bien son esenciales, no bastan, como que se necesita un enfoque basado en la igualdad entre los géneros para abordar las causas fundamentales de la mortalidad materna y garantizar que haya servicios de buena calidad accesibles y asequibles para todos.

73. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los ejemplos más eficaces del enfoque basado en los derechos humanos en la lucha contra la mortalidad materna incluyen una combinación de iniciativas sostenidas para responder a las causas subyacentes de la mortalidad materna y el fortalecimiento de los compromisos gubernamentales de garantizar un mejor acceso a la atención de la salud de buena calidad y fomentar el empoderamiento de la mujer.

74. En el presente informe se indica que aún no ha surgido un enfoque basado en los derechos humanos coherente y sostenido que haga hincapié en un conjunto amplio de intervenciones que tengan en cuenta los derechos humanos y la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. Indudablemente, las iniciativas y los programas en curso han contribuido a las reducciones de la mortalidad materna registradas recientemente; no obstante, no hay datos sobre la aplicación de un enfoque sostenido de este tipo.

75. En las iniciativas y los programas emprendidos por los Estados Miembros y, en menor grado, por el sistema de las Naciones Unidas, se abordan la mortalidad y morbilidad maternas principalmente como una cuestión médica. Faltan iniciativas amplias para enfrentar problemas bien conocidos, como la malaria. Algunos países han promulgado leyes para poner fin a la mutilación genital femenina, pero hay pocos indicios de la existencia de un enfoque mundial amplio para combatir esta violación de los derechos de las niñas y las mujeres, y todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas en el contexto del embarazo y la maternidad.

76. La lentitud del surgimiento de un enfoque sostenido basado en los derechos humanos y la igualdad entre los géneros que aborde todos los elementos que el

Consejo de Derechos Humanos ha considerado esenciales para este planteamiento puede atribuirse a muchos factores.

77. Los propios Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas han informado de diversas restricciones en sus iniciativas de eliminación de la mortalidad materna, incluidos tasas de analfabetismo elevadas, obstáculos culturales y religiosos, una infraestructura de salud deficiente, capacitación insuficiente del personal de la salud y problemas relacionados con el gran crecimiento de la población.

78. El aislamiento geográfico, que se traduce en costos elevados de prestación de servicios a las poblaciones dispersas, incluidas las mujeres rurales, ha limitado el progreso de algunos Estados Miembros. Se ha informado de la escasez de personal en los niveles de remisión y la falta de financiación suficiente para programas de salud maternoinfantil y de casas maternas en algunas regiones, como también personal capacitado, y la distribución desigual de este personal entre zonas urbanas y remotas.

79. Aunque algunos países han logrado niveles bajos de mortalidad materna, aún persisten significativos enclaves de grupos vulnerables y desfavorecidos. Hay desafíos especiales en relación con el suministro de servicios adecuados de maternidad y de salud reproductiva a grupos especialmente vulnerables, a saber, las mujeres rurales, mujeres con VIH/SIDA, las adolescentes, las mujeres con discapacidad y las mujeres indígenas. Muchas veces se pasan por alto los derechos humanos de estos grupos, particularmente en el contexto del embarazo y el parto.

80. Así pues, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas ha recomendado reiteradamente que las medidas relativas a la salud materna de las mujeres indígenas ante todo deberían prever la necesidad de servicios de salud culturalmente adecuados. Los servicios deben desarrollarse respetando sus tradiciones de salud y bienestar y de conformidad con estas, y prestarse en los idiomas nativos y en un entorno culturalmente apropiado. Las mujeres deberían poder participar en la elaboración de sus servicios de atención de la salud, incluidos la atención prenatal y el parto.

81. Del mismo modo, los datos sobre los servicios de salud reproductiva disponibles para las mujeres con discapacidad revelan que se las suele excluir de los servicios de planificación de la familia y educación (incluida la educación sexual). Lo cierto es que los proveedores de servicios tal vez crean erróneamente que las mujeres con discapacidad no necesitan servicios de salud reproductiva, ya sea porque no son sexualmente activas o no pueden quedar embarazadas. Los proveedores de atención de la salud deben recibir educación y adquirir experiencia sobre el trabajo con pacientes con discapacidad para velar por que se respeten los derechos de estas mujeres durante el embarazo y después del parto.

82. En vista de las claras pruebas existentes de lo fragmentado del enfoque utilizado para la eliminación de la mortalidad y morbilidad maternas, se requieren esfuerzos concertados para acelerar el surgimiento de un enfoque basado en los derechos humanos claramente definido y sostenido. Este enfoque debe ser amplio e integral, e incluir una amplia gama de programas y servicios.

83. Se necesitan cambios sociales amplios para combatir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la discriminación, el maltrato y la violencia basada en el género, incluida la mutilación genital femenina. Se requiere el acceso a la educación y la información sobre atención y servicios de salud reproductiva, así

como intervenciones destinadas a enfrentar la amenaza de la malaria, la anemia y el VIH/SIDA, entre otras cosas.

84. Hay que prestar atención de buena calidad antes, durante y después del embarazo, y satisfacer las necesidades de nutrición adecuada, agua potable y saneamiento de las mujeres y las niñas, así como la necesidad de acceso de las mujeres embarazadas a la atención prenatal y después del parto. También debe disponerse el acceso a servicios amplios de atención primaria de la salud y la infraestructura adecuada, incluidos los sistemas de transporte y comunicaciones necesarios para manejar los casos de emergencias obstétricas.

85. Habida cuenta de las sólidas relaciones existentes entre las causas fundamentales, las iniciativas destinadas a enfrentar la mortalidad materna también deben centrarse en alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio tercero, quinto y sexto en conjunto, para combinar los efectos de promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer; mejorar la salud materna; y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Al trabajar para la eliminación de nuevas infecciones con el VIH entre las mujeres y niñas, es importante velar por que las mujeres embarazadas con VIH/SIDA estén protegidas de la discriminación en los servicios y la atención, que puede poner en riesgo sus vidas, además de las de sus hijos. Además, debe garantizarse el acceso al tratamiento antirretroviral a los infectados.

86. Deben fortalecerse las iniciativas destinadas a eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres y niñas, y a poner fin a todas las formas de violencia contra ellas, incluida la mutilación genital femenina. Estas iniciativas deben respaldarse con la legislación y su aplicación adecuadas.

87. La atención asequible y accesible, en particular la atención obstétrica de emergencia, es esencial en un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad materna. Debe proveerse tratamiento eficaz y seguimiento en casos de emergencias obstétricas o de morbilidad materna.

88. Por último, la promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes en sus comunidades deben ser elementos clave de todas las iniciativas basadas en los derechos humanos para abordar la mortalidad y morbilidad maternas, a fin de que estas puedan participar en todos los aspectos de la adopción de decisiones sobre sus vidas reproductivas, la maternidad, el bienestar después del parto y la salud sexual y reproductiva.

89. La ejecución de estas intervenciones requerirá una dedicación renovada y la asignación de recursos, así como un sistema de rendición de cuentas sólido. La Comisión de información y rendición de cuentas de la iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños” es un buen modelo a este respecto.

Referencias

AbuZahr, Carla (2011). New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reproductive Health Matters*, vol. 19, núm. 37, págs. 117 a 128.

- Graham, Wendy, y otros (2008). Measuring progress in reducing maternal mortality. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gyneacology*, vol. 22, núm. 3 (junio), págs. 425 a 445.
- Lozano, Rafael, y otros (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*, vol. 378, núm. 9797 (24 de septiembre), págs. 1139 a 1165.
- Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 — Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Ginebra: OMS.
- Ronsmans, C., y otros (2006). Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet*, vol. 368, núm. 9542 (30 de septiembre), págs. 1189 a 1200.
- Starr, Ann M. (2006). Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*, vol. 368, núm. 9542 (30 de septiembre), págs. 1130 a 1132.
-