



Asamblea General

Distr. general
2 de julio de 2012
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

21º período de sesiones

Temas 2 y 3 de la agenda

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

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

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

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

Resumen

En este informe se presentan orientaciones técnicas concisas, de conformidad con lo solicitado por el Consejo de Derechos Humanos en su resolución 18/2. El objetivo del informe es ayudar a los responsables de la formulación de políticas a mejorar la salud y promover los derechos de la mujer ofreciendo orientación sobre la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas en consonancia con las normas de derechos humanos. El informe pone de relieve las consecuencias en materia de derechos humanos para múltiples actores en el ciclo de la formulación, la aplicación y el examen de las políticas, así como la necesidad de mecanismos de aplicación robustos y de asistencia y cooperación internacionales.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–7	3
II. Principios generales	8–23	4
III. Planificación y presupuestación	24–52	7
A. Planificación	26–43	8
B. Presupuestación	44–52	11
IV. La aplicación en la práctica	53–66	12
A. Ejemplo de un problema identificado: las mujeres llegan demasiado tarde o no solicitan asistencia obstétrica de urgencia	56–58	13
B. Ejemplo de un problema identificado: las adolescentes presentan tasas desproporcionadamente altas de morbilidad y mortalidad materna	59–66	14
V. Rendición de cuentas	67–80	16
A. Vigilancia	69–73	16
B. Formas de examen y supervisión	74–75	18
C. Recursos	76–80	19
VI. Asistencia y cooperación internacionales	81–90	20

I. Introducción

1. En su resolución 18/2, el Consejo de Derechos Humanos pidió a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) que, en cooperación con los organismos interesados de las Naciones Unidas y otros expertos, preparara orientaciones técnicas concisas 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, y que se las presentara en su 21º período de sesiones.

2. En 2011, el ACNUDH envió a todos los Estados y organizaciones internacionales una nota verbal en la que les solicitaba información sobre las guías técnicas existentes en relación con los derechos humanos y la mortalidad y morbilidad maternas¹. Además de la investigación documental, el presente informe tiene en cuenta la información obtenida a través de las respuestas a la nota verbal, la estrecha cooperación con organismos de las Naciones Unidas, académicos y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la esfera de la mortalidad y morbilidad maternas, una consulta de un grupo de expertos y una consulta pública.

3. La mortalidad y morbilidad maternas siguen cobrándose innumerables víctimas, especialmente entre las mujeres pobres, en muchos países del mundo. En 2010 murieron por causas relacionadas con la maternidad 287.000 mujeres², y entre 10 y 15 millones más sufren cada año complicaciones debilitantes que menoscaban gravemente su bienestar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas son prevenibles³.

4. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 propugna una reducción del 75% de las tasas de mortalidad materna con respecto a los niveles de 1990 y el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. Esta última es la meta que parece más difícil de alcanzar⁴. En la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en 2010, el Secretario General lanzó la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños para acelerar los avances. Como resultado de esta Estrategia se estableció una comisión de información y rendición de cuentas, que publicó un informe en que se reconocía la importancia central de los derechos humanos en la realización de progresos y se formulaban diez recomendaciones, cuya aplicación puede respaldar la orientación contenida en el presente informe⁵.

5. El objetivo principal del presente informe es ayudar a los responsables de la formulación de políticas a mejorar la salud y promover los derechos de la mujer ofreciendo orientación sobre la concepción, aplicación y vigilancia de las políticas y programas para

¹ Todas las comunicaciones recibidas pueden consultarse en el sitio web del ACNUDH, en www2.ohchr.org/english/issues/women/.

² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates, 2012. Disponible en www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf.

³ OMS, "Maternal mortality: helping women off the road to death", *WHO Chronicle*, vol. 40, 1986, págs. 175 a 183.

⁴ A/64/665, párr. 30.

⁵ Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños, *Manteniendo promesas, Evaluando los resultados*, OMS, 2011 (disponible en http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/accountability_commission/final_report/Final_ES_Web.pdf), pág. 4.

reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y fomentando la rendición de cuentas de conformidad con las normas de derechos humanos⁶.

6. Aunque destinadas principalmente a los responsables de la adopción de decisiones en la esfera de la salud, las orientaciones revisten interés también para otros sectores, como los de las finanzas y la educación, así como para los parlamentarios, la judicatura, los organismos intergubernamentales, las instituciones nacionales de derechos humanos y los Estados donantes. La participación de la sociedad civil es necesaria para la aplicación efectiva de las directrices y para asegurar la rendición de cuentas de los gobiernos.

7. La Alta Comisionada alienta a que se apliquen las presentes orientaciones técnicas. El Consejo de Derechos Humanos podría, si lo estima oportuno, alentar a que las orientaciones se difundan a todas las partes pertinentes de los gobiernos y a los demás interesados, y promover su uso en los programas y políticas encaminados a eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas. El Consejo podría también alentar el diálogo y la colaboración entre los organismos del sistema de las Naciones Unidas sobre la aplicación de las orientaciones mediante sus propios programas y políticas y su propio apoyo técnico.

II. Principios generales

8. Los derechos humanos se hacen realidad mediante el empoderamiento y el reconocimiento de los derechos de las personas respecto de determinados aspectos de su vida, como la salud sexual y reproductiva. La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que la mujer sobreviva al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad. La aplicación de prácticas de salud pública adecuadas es crucial para que los Estados hagan efectivos estos derechos básicos, pero debe complementarse con medidas más amplias encaminadas a empoderar a la mujer.

9. Las presentes orientaciones técnicas se basan en dos informes anteriores del ACNUDH. En el primero (A/HRC/14/39), el ACNUDH enunció siete principios de derechos humanos fundamentales para comprender la mortalidad y morbilidad maternas como una cuestión de derechos humanos: la rendición de cuentas, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la asistencia internacional y la no discriminación. En el segundo informe (A/HRC/18/27), el ACNUDH expuso las categorías de buenas prácticas necesarias para combatir la mortalidad y morbilidad maternas en consonancia con las obligaciones de derechos humanos: la mejora de la situación jurídica y social de la mujer, la garantía de los derechos a la salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el tratamiento del aborto practicado en condiciones de riesgo y la mejora del seguimiento y la evaluación. En las orientaciones se tuvo en cuenta también el trabajo de otros mecanismos de derechos humanos⁷.

10. Un enfoque basado en los derechos humanos determina quiénes son los titulares de los derechos y en qué consisten esos derechos, y quiénes son los responsables de hacerlos efectivos y cuáles son sus obligaciones, y promueve el fortalecimiento de la capacidad de los primeros de llevar adelante sus

⁶ En situaciones particulares, como las urgencias, puede ser necesaria una orientación adicional con respecto al cumplimiento de las normas de derechos humanos y otras obligaciones dimanantes del derecho internacional, incluido el derecho humanitario. Véase Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, 2010.

⁷ A/HRC/17/25; CEDAW/C/49/D/17/2008; CEDAW/C/50/D/22/2009; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, "Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos", Organización de los Estados Americanos, 7 de junio de 2010.

reivindicaciones, y de los segundos, de cumplir sus obligaciones. Esos derechos y obligaciones están establecidos en la normativa internacional de derechos humanos.

11. **Las orientaciones técnicas, al igual que los informes anteriores del ACNUDH, se fundamentan en el respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, establecidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo⁸ y reiterados y ampliados en documentos posteriores de las Naciones Unidas y el derecho internacional.**

12. **Un enfoque basado en los derechos humanos se ocupa de la salud en general y no de enfermedades aisladas; la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas.** En este enfoque es esencial el reconocimiento expreso del derecho a la salud, con una comprensión completa de la salud sexual y reproductiva, en las constituciones y/o la legislación, junto con el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para la reivindicación de esos derechos.

13. **Deben adoptarse medidas para abordar los factores sociales que influyen en la salud de la mujer y que afectan al disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.** En todos los países, las pautas de mortalidad y morbilidad maternas reflejan con frecuencia las diferencias de poder en la sociedad y la distribución del poder entre hombres y mujeres. La pobreza y la desigualdad de ingresos, la discriminación de género en la ley y en la práctica y la marginación basada en la etnia, la raza, la casta, el origen nacional y otros motivos son manifestaciones de factores determinantes de carácter social que influyen en múltiples derechos.

14. **Los Estados deben adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación de la mujer, que incluye la violencia de género, el matrimonio forzado y precoz, los tabúes nutricionales, la mutilación o ablación genital femenina y otras prácticas nocivas⁹.** La mortalidad y morbilidad materna es producto de la discriminación de la mujer y de la denegación de sus derechos humanos, entre ellos los derechos a la salud sexual y reproductiva.

15. **Los derechos humanos requieren que se preste "especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados"¹⁰.** Entre otros grupos, los adolescentes, las minorías étnicas y raciales, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad, los trabajadores del sexo, las mujeres infectadas por el VIH, las mujeres desplazadas y afectadas por la guerra, las que viven en zonas que carecen de los servicios adecuados y otras poblaciones estigmatizadas y excluidas necesitan una atención especial¹¹.

16. **Para aplicar un enfoque basado en los derechos a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas se requiere un sistema de salud justo y efectivo.** Los sistemas de salud son más que un mecanismo de realización de intervenciones y entrega de productos. Una sociedad en que las mujeres ricas y pobres por igual —independientemente de su raza, etnia o casta, y de las discapacidades u otras características que tengan— pueden tener la seguridad de que el sistema de salud atenderá sus necesidades de salud sexual y reproductiva de forma equitativa es una sociedad más justa. A su vez, las solicitudes de bienes, servicios e información referentes a la salud sexual y reproductiva deberían ser

⁸ 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, N° de venta S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.

⁹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 5; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 14; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (E/C.12/2000/4), párr. 21.

¹⁰ E/C.12/2000/4, párr. 43.

¹¹ A/HRC/14/39, párrs. 19 a 21.

entendidas por los usuarios de los sistemas de salud, los proveedores y los responsables de la formulación de políticas como derechos fundamentales, no como productos cuya distribución está en manos del mercado o como una cuestión de beneficencia¹².

17. **En un marco de derechos humanos, las mujeres son agentes activas facultadas para participar en las decisiones que afectan a su salud sexual y reproductiva.** Para ser eficaz, la participación debe permitir a las mujeres cuestionar la exclusión política y de otra índole que les impide ejercer poder sobre las decisiones y los procesos que influyen en su vida, incluida su salud sexual y reproductiva. Para ello se requiere una participación significativa en la determinación de los problemas, la concepción de las políticas y la asignación de los presupuestos, y en la evaluación de la ejecución de los programas y las políticas.

18. **En un enfoque basado en los derechos humanos, la rendición de cuentas no es un elemento secundario, sino un componente fundamental de cada etapa del proceso: desde la determinación de las lagunas en la rendición de cuentas en un análisis de la situación, hasta el establecimiento de los mecanismos de vigilancia y medios de reparación adecuados en un plan nacional, la asignación de recursos a esos mecanismos y medios de reparación y la retroinformación desde el terreno mediante la aplicación en la práctica.** Las enseñanzas extraídas a través de las estructuras de rendición de cuentas deben utilizarse en el proceso continuo de ajuste de los programas existentes y la planificación futura.

19. **El diseño, la organización y la coordinación de los componentes del sistema de salud deberían guiarse por los principios fundamentales de los derechos humanos, que incluyen la no discriminación y la igualdad, la transparencia, la participación y la rendición de cuentas¹³.**

20. **Para hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva es necesario que se cumplan las siguientes normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud:**

a) La disponibilidad tanto de los factores básicos que determinan la salud como de hospitales, dispensarios y otros establecimientos sanitarios, de personal médico y profesional cualificado que perciba sueldos competitivos a nivel nacional, y de los medicamentos esenciales;

b) La accesibilidad en cuatro dimensiones que en parte se superponen: la dimensión física, la económica (asequibilidad), la de la no discriminación y la de la información;

c) La aceptabilidad, en términos del respeto de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, teniendo en cuenta las necesidades relacionadas con el género y con el ciclo de vida, y de un diseño que respete la confidencialidad y mejore el estado de salud de las personas interesadas;

d) La calidad, que incluye personal médico cualificado, equipo hospitalario y medicamentos científicamente aprobados y no caducados, agua potable e inocua y un saneamiento adecuado¹⁴; la atención respetuosa de las mujeres que utilizan los servicios de salud es una dimensión fundamental tanto de la calidad como de la aceptabilidad.

¹² Lynn Freedman, "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", *Development*, vol. 48, N° 1, 2005, págs. 19 a 24. Véase también A/HRC/7/11.

¹³ OMS, *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (2007). Los seis componentes señalados por la OMS son la prestación de servicios; el personal sanitario; la información; los productos médicos, las vacunas y las tecnologías; la financiación; y el liderazgo y la gobernanza.

¹⁴ E/C.12/2004/4, párr. 12 a) a d).

21. **Los Estados tienen la obligación de utilizar "el máximo de los recursos de que dispongan" para hacer efectivos progresivamente los derechos económicos, sociales y culturales; si la limitación de recursos impide a un Estado dar efecto inmediato a los derechos a la salud sexual y reproductiva de la mujer, ese Estado debe demostrar que ha utilizado todos los recursos de que dispone para hacerlo con carácter prioritario**¹⁵.

Muchas de las obligaciones relacionadas con los derechos a la salud sexual y reproductiva no están supeditadas a la disponibilidad de recursos, y entre ellas se cuentan las obligaciones relacionadas con el establecimiento de un plan de acción nacional y con la eliminación de las prácticas nocivas y la discriminación¹⁶. Las obligaciones que están sujetas a una "realización progresiva" requieren la adopción de todas las medidas adecuadas de manera deliberada, concreta y orientada, hasta "el máximo de los recursos de que disponga" el Estado, incluidos los recursos procedentes de la cooperación internacional¹⁷. Existe una fuerte presunción de que las medidas regresivas en relación con la salud sexual y reproductiva no son permisibles¹⁸.

22. **Los Estados deberían proteger a las personas contra la injerencia de terceros en sus derechos a la salud sexual y reproductiva mediante la aplicación de leyes, políticas, reglamentos y directrices adecuados.** Los Estados son responsables de ejercer la diligencia debida, o de actuar con un determinado nivel de atención, para asegurarse de que los actores no gubernamentales, como los dispensadores de servicios privados, los seguros y las empresas farmacéuticas, los fabricantes de bienes y equipo sanitarios, y la comunidad y los miembros de la familia, cumplan con determinadas normas¹⁹. Los Estados pueden ser considerados responsables de actos privados si no proceden con la diligencia debida para prevenir, investigar y castigar las violaciones de los derechos²⁰.

23. **Cuando el sistema de salud está descentralizado, el Gobierno nacional mantiene la responsabilidad de velar por que se cumplan las obligaciones relativas a los derechos humanos, incluidos los derechos a la salud sexual y reproductiva.**

III. Planificación y presupuestación

24. La planificación de la salud pública comienza tradicionalmente con el reconocimiento de un problema de mortalidad y morbilidad materna, después de lo cual se proponen formas de abordar este problema dentro del marco social existente. La planificación basada en los derechos va más allá, por cuanto examina también los principales supuestos en que se basan los factores estructurales determinantes de la salud de la mujer y luego presenta estrategias para abordar esos factores y reconfigurar la frontera de las posibles mejoras de la salud materna. Por consiguiente, un enfoque basado en los derechos humanos modifica los procesos de adopción de decisiones, y las cuestiones y los actores incluidos en estos procesos, así como los resultados.

25. Un enfoque basado en los derechos humanos exige la aplicación de un método multisectorial para la planificación económica y social y la presupuestación, que ha de incluir, como mínimo, la coordinación entre una serie de ministerios y departamentos

¹⁵ *Ibid.*, párr. 47.

¹⁶ *Ibid.*, párrs. 43 y 44; CEDAW/C/49/D/17/2008, párr. 7.6.

¹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3, párr. 13; véase también la Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24, párr. 4.

¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3, párr. 32.

¹⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 28, párr. 13.

²⁰ *Ibid.* Véanse también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 19, párr. 9, y CEDAW/C/49/D/17/2008, párrs. 7.5 y 8.

gubernamentales, así como con otros actores clave, entre ellos el sector privado, los asociados para el desarrollo y la sociedad civil. Además, los procesos de planificación y presupuestación no pueden dejar la adopción de todas las decisiones en manos de los expertos técnicos; la plena transparencia y la participación efectiva de las personas afectadas son indispensables para elaborar soluciones eficaces, democráticamente legítimas y sostenibles ante las concesiones de política que inevitablemente es necesario hacer.

A. Planificación

26. **Para garantizar el derecho a la salud es preciso que el Estado asuma la obligación fundamental de aprobar una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública (el plan nacional).** El plan nacional, coordinado con planes subnacionales, debe abarcar de forma completa las necesidades de salud de toda la población, identificando claramente a los actores responsables en los diversos contextos y estableciendo mecanismos de rendición de cuentas.

27. **El plan nacional debe contener una estrategia de salud sexual y reproductiva, que comprenda la salud materna.** El plan debe reflejar la importancia crucial de la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna, y aplicar las prácticas óptimas, entre ellas las establecidas por la OMS²¹. Los vínculos entre la política de salud sexual y reproductiva y otras políticas conexas, como las de educación y nutrición, deben indicarse explícitamente.

28. **El plan nacional, y las políticas que se relacionan con él, deben basarse en un análisis actualizado de la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, con datos y tendencias debidamente desglosados y estadísticas vitales.** Para aplicar los derechos humanos es preciso entender cuáles grupos de población están privados de acceso y determinar las razones de esa privación a nivel nacional y subnacional. A este respecto, es fundamental que los datos estén desglosados por sexo, edad, residencia urbana/rural, etnia, estado civil, infección por el VIH, número de hijos, educación, quintil de ingreso y localización geográfica²².

29. **Un análisis de la situación debería identificar a los responsables de dar cumplimiento a las obligaciones y determinar las capacidades y necesidades institucionales de recursos humanos, financieros y de otro tipo, tanto en el sector público como en el privado.** Tal análisis ayudará a detectar las lagunas en la rendición de cuentas respecto de la salud sexual y reproductiva, a asegurar la adecuada financiación y dotación de personal de los establecimientos, la creación de conciencia y la formación, entre otras cosas sobre los derechos humanos, y a determinar la posible necesidad de establecer mecanismos de rendición de cuentas o reforzar los ya existentes.

30. **El análisis de la situación debería incluir un examen ampliamente participativo del marco jurídico, y la promulgación, modificación o anulación de leyes, políticas, reglamentos y directrices, según sea necesario.** El reconocimiento legal expreso de los derechos a la salud sexual y reproductiva, de la igualdad del hombre y la mujer y de la salud como derecho humano debería acompañarse de reglamentos que aseguren a la mujer el acceso a los servicios²³. Deben modificarse las leyes y políticas que obstaculizan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, como las leyes que penalizan ciertos servicios que solo utilizan las mujeres; las leyes y políticas que permiten que la objeción de conciencia de un proveedor impida el acceso de las mujeres a toda la gama de servicios; y

²¹ OMS, *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, Ginebra, 2004, pág. 59.

²² OMS, *Manteniendo promesas, Evaluando los resultados* (véase la nota 5), pág. 14.

²³ OMS, *Estrategia de salud reproductiva* (véase la nota 21).

las leyes que exigen la autorización de un tercero para que las mujeres y las niñas puedan acceder a los servicios.

31. **En virtud del derecho internacional, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas apropiadas²⁴; son medidas apropiadas las que se basan en pruebas objetivas.** Todas las medidas deberían basarse en orientaciones de salud pública autorizadas, por ejemplo directrices internacionales, que reflejen las mejores pruebas disponibles y que se actualicen regularmente a medida que surjan nuevas pruebas²⁵. Aunque el Estado cuenta con un margen de discreción al llevar a la práctica los derechos, el gobierno debe poder justificar públicamente sus elecciones y prioridades de política, y los motivos en que se basó para adoptarlas²⁶.

32. **Deben definirse las intervenciones, los servicios y los medicamentos que son esenciales, de conformidad con las obligaciones fundamentales dimanantes del derecho internacional y con las mejores pruebas disponibles²⁷.** El Estado podrá considerar "esenciales", en su jurisdicción, también otras intervenciones, servicios, productos y medicamentos a lo largo de todo el proceso de atención de salud reproductiva, a condición de que complementen, y no desplacen, a los que se hayan establecido como prioridades con arreglo a los mejores datos de salud pública. A medida que evolucionen los conocimientos, el plan nacional debería actualizarse en consecuencia.

33. **Las directrices de salud pública autorizadas indican que las siguientes intervenciones, a las que el plan nacional debería garantizar el acceso universal, son esenciales para mejorar la salud materna:** servicios de planificación de la familia; prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; gestión de los embarazos no deseados, incluido el acceso a servicios de aborto sin riesgo, cuando sea legal, y asistencia posterior al aborto; atención prenatal adecuada; detección de la violencia doméstica; tratamiento de la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro; inducción del parto en caso de embarazo prolongado; prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal; realización de cesáreas; y asistencia adecuada después del parto²⁸. Las prácticas óptimas indican que la atención al recién nacido debería prestarse junto con la atención a la madre durante el parto y después de este.

34. **Los datos de salud pública autorizados indican que los siguientes medicamentos, a los que el plan nacional debería garantizar el acceso universal, son esenciales para mejorar la salud materna:** oxitócicos; antibióticos; misoprostol y mifepristona; sulfato de magnesio; medicamentos antirretrovirales y kits de pruebas; medicamentos antimaláricos en muchos países; y toda una gama de métodos anticonceptivos, con inclusión de preservativos, métodos hormonales y dispositivos intrauterinos²⁹.

35. **El plan nacional debería indicar explícitamente las medidas adicionales necesarias para que la mujer pueda disfrutar efectivamente de salud sexual y reproductiva, mencionando, entre otras cosas, su derecho a esas intervenciones y**

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3, párr. 4.

²⁵ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva de la madre, el recién nacido y el niño, Ginebra, 2011; OMS, Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health, Ginebra, 2010.

²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3, párr. 4; véase también E/C.12/2000/4, párr. 53.

²⁷ OMS, Packages of Interventions (véase la nota 25).

²⁸ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Examen mundial (véase la nota 25).

²⁹ PATH, OMS y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "Essential medicines for reproductive health: guiding principles for their inclusion on national medicines lists", 2006.

medicamentos³⁰. Por ejemplo, el plan debería abordar la mejora del acceso de los adolescentes a una educación completa sobre la sexualidad y a información y atención de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia³¹. También debería abordar la eliminación de las leyes y políticas discriminatorias y de las prácticas nocivas que interpongan obstáculos directos e indirectos al uso de esos servicios esenciales por las mujeres y al disfrute efectivo de los derechos de estas a la salud sexual y reproductiva.

36. **Antes de finalizar el plan nacional, deberán evaluarse sus elementos principales para determinar su posible efecto en la salud materna en diferentes grupos de población y quintiles de ingreso.** En esta evaluación *ex ante* del impacto deberían tenerse en cuenta, en particular, los efectos en las poblaciones vulnerables y excluidas, entre ellas las mujeres con discapacidad, las minorías raciales y étnicas, las mujeres desplazadas y afectadas por conflictos, las adolescentes y otros grupos marginados, según el contexto nacional.

37. **Un enfoque de la salud basado en los derechos es un enfoque holístico e integrado de los sistemas de salud.** El plan nacional debería tener en cuenta que para la prestación eficaz de asistencia obstétrica de urgencia y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual se requieren a la vez servicios integrados y sistemas de remisión eficaces, con comunicaciones y medios de transporte adecuados y una atención continua desde el hogar hasta el hospital y en todas las fases de la interacción de la mujer con el sistema de salud³².

38. **La consideración explícita de los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad establecidos en el derecho internacional ayudará a asegurar que la planificación aborde adecuadamente cada uno de los componentes del sistema de salud:** la prestación de servicios, el personal sanitario, la información, los productos médicos, las vacunas y las tecnologías, la financiación, y el liderazgo y la gobernanza.

39. **El plan nacional debería especificar medidas de fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario e indicar las necesidades relativas al número y la distribución de ese personal, velando al mismo tiempo por que se respeten sus derechos, incluidos sus derechos laborales.** Cuando las condiciones de trabajo del personal sanitario sean motivo de preocupación, el plan debería contener medidas para mejorarlas.

40. **El plan nacional debería establecer medidas destinadas específicamente a hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, en lo que respecta a la financiación, la cobertura de la población y la expansión de los servicios.**

41. **El plan nacional debería abordar las disparidades en el disfrute sustantivo de los derechos a la salud sexual y reproductiva que tienen su origen en los motivos prohibidos de discriminación, así como las desigualdades en la riqueza, el nivel de instrucción o la zona de residencia**³³.

42. **Para poner fin a la discriminación *de facto* en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva puede ser necesario adoptar medidas especiales para asegurar la equidad en el gasto y la distribución de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud, incluso en los casos en que las cifras de población absolutas o los**

³⁰ OMS, Packages of Interventions (véase la nota 25).

³¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud, diciembre de 2009. Véase también Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, resolución 56/3, párr. 9.

³² E/C.12/2004/4, párr. 44; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 12.

³³ E/C.12/2004/4, párr. 19.

datos sobre la relación costo-eficacia no justificarían normalmente esa acción. Tales medidas especiales no se interpretan como una discriminación en la normativa de derechos humanos³⁴.

43. **El plan nacional debería concebirse, y su aplicación debería examinarse, en consulta con las poblaciones afectadas.** Los criterios y los datos objetivos aplicados para la priorización deben ser transparentes y someterse a un examen público. Las diferencias de poder basadas en el grado de instrucción, el idioma, la condición social u otros factores, que pueden excluir a las mujeres y las niñas más afectadas por las decisiones que se adopten, deberían rectificarse a fin de promover su participación eficaz.

B. Presupuestación

44. **La determinación de las necesidades presupuestarias requiere la participación de una serie de ministerios y departamentos;** por ejemplo, los embarazos de adolescentes deben abordarse conjuntamente con el Ministerio de Educación, y exigen presupuestos adecuados tanto en el sector de la salud como en el de la educación.

45. **El Estado debe dedicar el máximo de los recursos de que disponga a la salud sexual y reproductiva.** El establecimiento y la sostenibilidad de un paquete fiscal adecuado para poder dedicar el máximo de los recursos disponibles son elementos fundamentales de un enfoque basado en los derechos; cuando existen desequilibrios estructurales entre los gastos y los ingresos, debería reforzarse y racionalizarse la recaudación de ingresos, antes de efectuar recortes en las esferas de salud críticas, como la de la salud sexual y reproductiva.

46. **El presupuesto debería garantizar que la financiación no recaiga de manera desproporcionada en los pobres.** Los costos en efectivo no pueden menoscabar la accesibilidad de la asistencia, independientemente de que los servicios sean prestados por establecimientos públicos o privados³⁵.

47. **El tratamiento de la salud materna como una cuestión de derechos humanos en la formulación del presupuesto confiere una protección adicional a los recursos asignados a programas conexos, a nivel tanto nacional como subnacional:**

a) Si el presupuesto total disponible aumenta, deberían incrementarse en consonancia los recursos destinados a la salud materna, ya que en este sector las necesidades siguen siendo grandes. En particular en el caso de los países de alta morbilidad, el principio de la realización progresiva establecido en la normativa de derechos humanos significa que el presupuesto para los programas de salud materna debería ir en aumento, a menos que exista una justificación pública para que ello no ocurra.

b) La expresión "hasta el máximo de los recursos de que dispongan" utilizada en el derecho internacional comprende los recursos de la asistencia y la cooperación internacionales³⁶; sin embargo, el aumento de los recursos procedentes de fuentes externas no debería sustituir la financiación gubernamental de los programas de salud sexual y reproductiva, a menos que ello se justifique públicamente y se fundamente en una evaluación del impacto.

³⁴ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 4; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, art. 1; Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, art. 5.

³⁵ E/C.12/2004/4, párr. 12; OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, 2010).

³⁶ E/C.12/2007/1, párr. 5.

c) Si el presupuesto total del Estado disminuye, los recursos destinados a los programas de salud sexual y reproductiva no deberían reducirse, a menos que el gobierno demuestre que ha adoptado todas las medidas razonables para evitar esas reducciones.

d) Dado que la reducción de los presupuestos para programas destinados a las mujeres de bajos ingresos y marginadas puede constituir una regresión en virtud del derecho internacional, los gobiernos tienen la obligación especial de demostrar la necesidad de esos recortes.

48. **Tanto los gobiernos nacionales como las administraciones subnacionales deberían establecer procesos participativos, por ejemplo audiencias públicas, durante la formulación del presupuesto.** Los ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil, los académicos y los dispensadores de servicios de salud deberían poder contribuir eficazmente a los debates sobre el presupuesto, por ejemplo señalando las necesidades, y estar informados de los criterios aplicados para adoptar las decisiones.

49. **Los presupuestos destinados a la salud sexual y reproductiva no deberían reasignarse, desviarse o dejarse parcialmente sin uso durante el ejercicio fiscal.** En los sistemas de salud descentralizados, la asignación de los presupuestos y la distribución de los fondos a las regiones y los distritos debería ser oportuna y equitativa.

50. **Para ejecutar eficazmente los presupuestos y velar por que se gasten de manera correcta, deberían utilizarse planes de trabajo anuales que asignen claramente las responsabilidades en todos los niveles de gobierno.**

51. **Los principios de derechos humanos de la transparencia y la rendición de cuentas exigen que los presupuestos asignados y gastados en la salud sexual y reproductiva se desglosen según criterios funcionales y programáticos y sobre la base de la información comunicada desde las regiones.** El gasto en salud sexual y reproductiva debería estar claramente identificado en el presupuesto total, en un formato que sea de fácil acceso para el público en general.

52. **Los presupuestos deberían incluir consignaciones destinadas a asegurar una rendición de cuentas efectiva, que incluya la vigilancia, el acceso a la justicia para los pobres y mecanismos de rendición de cuentas judiciales y no judiciales para facilitar una reparación oportuna.**

IV. La aplicación en la práctica

53. A pesar de los detallados planes y políticas nacionales, a menudo se observa, o queda de manifiesto en la aplicación, que los derechos de la mujer a la salud materna no se respetan, no se protegen y no se llevan a la práctica. Para determinar los obstáculos que se oponen a la aplicación efectiva se requiere una labor de diagnóstico local, que parta desde la base y que proporcione periódicamente retroinformación sobre lo que está ocurriendo, quiénes son los afectados y dónde están; por qué se está produciendo el problema (cuáles factores impiden a las mujeres, o a ciertas mujeres, tener un embarazo y un parto sin riesgos y disfrutar más ampliamente de sus derechos a la salud sexual y reproductiva); quién o cuál institución es responsable de esos factores y de resolver el problema; y qué medidas deberían tomarse (qué deben hacer los diferentes responsables para abordar cada uno de los factores).

54. La rendición de cuentas en el campo de los derechos humanos requiere un seguimiento de los problemas diagnosticados y de la adopción de las medidas correctivas propuestas por los responsables identificados. Por consiguiente, debe haber cauces apropiados en los establecimientos, en los distritos y a nivel regional y nacional, así como

entre los distintos sectores y ramas del gobierno, a fin de examinar los resultados y adoptar medidas adecuadas para abordar los problemas detectados.

55. Los dos ejemplos que figuran en la sección siguiente se dan meramente a título ilustrativo. La aplicación efectiva de un enfoque basado en los derechos exige una comprensión contextualizada de las cuestiones y los retos que están en juego, incluidas la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los bienes, servicios y establecimientos, así como de las causas básicas de la mortalidad y morbilidad maternas.

A. Ejemplo de un problema identificado: las mujeres llegan demasiado tarde o no solicitan asistencia obstétrica de urgencia

56. **El primer paso es analizar la causa de los retrasos o del hecho de que no se solicite asistencia. El enfoque basado en los derechos humanos asigna al Estado la responsabilidad de asegurar que haya establecimientos, bienes y servicios de calidad, aceptables, asequibles y disponibles para hacer frente a los retrasos que ponen en peligro la vida.** Los retrasos en la decisión de pedir asistencia médica o la renuncia total a utilizar el sistema de salud se tratan no como elecciones personales e idiosincrásicas o como preferencias culturales inmutables, sino como fracasos desde el punto de vista de los derechos humanos. Estas decisiones se ven afectadas por la distribución poco equitativa y a veces discriminatoria de los establecimientos, los bienes y los servicios de atención de salud, que hacen que los servicios obstétricos de urgencia no estén disponible o no estén físicamente al alcance, así como por el desconocimiento, entre los miembros de la familia y la comunidad, de los signos que indican una urgencia médica y por la falta de empoderamiento de la mujer para adoptar decisiones sobre su propio bienestar. Los retrasos en la llegada pueden ser atribuibles también a los costos en efectivo, la falta de medios de transporte o de comunicaciones y/o la escasa infraestructura. La falta de sensibilidad y aceptabilidad cultural de la asistencia prestada en los establecimientos, en relación, por ejemplo, con el idioma y el respeto de las costumbres tradicionales relativas al parto, también fomenta la renuencia a solicitar asistencia. Si las leyes sobre el aborto son excesivamente restrictivas, las respuestas de los dispensadores, de la policía y de otros actores pueden desalentar la búsqueda de asistencia. Por último, si la población percibe que la calidad de la atención es mala, aun cuando no se relacione directamente con la salud sexual y reproductiva, y considera que el trato en los establecimientos es poco respetuoso, ello también influye en sus decisiones de solicitar asistencia y menoscaba la función del sistema de salud como una institución social fundamental.

57. **El segundo paso es determinar la responsabilidad respecto de cada uno de los factores específicos que conducen a los retrasos o al hecho de no solicitar asistencia.** Por ejemplo, si se establece que la falta ocasional de medicamentos u otros suministros menoscaba la calidad de la atención y genera desconfianza en el sistema de salud, este factor puede ser atribuible a diferentes causas, como la ausencia de registros adecuados en los establecimientos o a nivel regional y/o nacional, que hace que las fórmulas de asignación de los insumos no reflejen las necesidades reales; la falta de almacenes locales para mantener existencias de medicamentos en los distritos y/o a nivel regional; errores en el proceso nacional de adquisición, que no permiten una distribución equitativa u oportuna de medicamentos de calidad; la corrupción en cualquiera de los niveles; prácticas de fijación de precios ilícitas o poco escrupulosas por parte de los fabricantes privados; o una combinación de estos factores. Estas no son solo cuestiones técnicas; son aspectos que influyen en el disfrute efectivo de los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva.

58. **El tercer paso es proponer las medidas que deberían adoptar los diferentes responsables respecto de cada factor que cause el problema, con una indicación de su prioridad.** Por ejemplo, si el proceso nacional de adquisición de medicamentos es

defectuoso, el Ministerio de Salud puede tener que examinar los procedimientos utilizados para adjudicar los contratos y efectuar el control de calidad, y revisar las políticas ineficaces o de base ideológica aplicadas para seleccionar los medicamentos, incluidos los métodos anticonceptivos. Además, el Ministerio puede tener que modificar los presupuestos, junto con otros ministerios, a fin de satisfacer las necesidades reales y poner remedio a las disparidades preexistentes o a la exclusión de determinadas subpoblaciones; también puede ser preciso reforzar la supervisión institucional en el ámbito de los establecimientos y los distritos y a nivel regional y nacional, a fin de promover una cuantificación más segura de las necesidades y reducir la corrupción, o conseguir financiación de los donantes para integrar las tecnologías de la información en el sistema de salud; o tal vez se requiera una combinación de todo ello.

B. Ejemplo de un problema identificado: las adolescentes presentan tasas desproporcionadamente altas de morbilidad y mortalidad materna

59. **El primer paso es analizar no solo por qué las adolescentes presentan tasas elevadas de morbilidad y mortalidad materna, sino también por qué quedan embarazadas. El enfoque basado en los derechos humanos define el problema y aborda tanto las causas inmediatas como las causas básicas de la mortalidad y morbilidad materna, ya que ello determina las posibilidades de resolver los problemas concretos a nivel local.** Entre otros muchos factores, los embarazos de adolescentes pueden deberse a una falta de educación integral sobre la sexualidad; a normas de género que promueven el embarazo a una edad temprana; al matrimonio precoz; a altos niveles de violencia sexual y/o comercio sexual; a la falta de servicios de salud adaptados a las necesidades de los jóvenes; a la ausencia de métodos anticonceptivos asequibles y accesibles; o a una combinación de estos factores. Las tasas desproporcionadamente altas de morbilidad y defunción pueden ser atribuibles, entre otras cosas, a la llegada demasiado tarde a los establecimientos de salud o al hecho de no solicitar asistencia por alguna de las razones señaladas en el ejemplo anterior. Entre las adolescentes, puede haber también una tasa desproporcionadamente alta de abortos autoinducidos, unida al temor a las sanciones penales. Otros factores pueden ser un marcado desconocimiento de los signos que indican una urgencia obstétrica, la falta de sensibilidad, percibida o real, con respecto a los problemas de los jóvenes en los establecimientos de salud, o una combinación de estos factores.

60. **El segundo paso es determinar las responsabilidades respecto de cada factor, que pueden trascender del sector sanitario.** Por ejemplo, si las normas de género promueven el embarazo a una edad temprana, puede existir un desconocimiento de los derechos de las niñas a la educación y a la igualdad entre los miembros de la familia, y de los riesgos para la salud que plantean los embarazos en adolescentes jóvenes; una ausencia de liderazgo positivo por parte de los ancianos de la comunidad, los profesores locales y los dirigentes políticos con respecto a las funciones de ambos sexos; una falta de educación sobre los derechos de la mujer y la igualdad de género en los programas de estudios escolares a nivel nacional, asociada con la realización forzada de pruebas de embarazo en las escuelas u otras políticas que refuerzan las normas de género; una legislación nacional que discrimina directamente a las mujeres y las niñas o tiene efectos adversos desproporcionados en ellas; presiones económicas que contribuyen al matrimonio precoz y el embarazo; o una combinación de estos factores.

61. **El tercer paso es proponer las medidas que deberían adoptar los diferentes responsables respecto de cada factor que cause el problema, con una indicación de su prioridad.** Por ejemplo, debería modificarse la legislación nacional que discrimine

directamente a las mujeres y las niñas o que tenga efectos adversos desproporcionados en ellas, entre otras cosas en relación con la edad del matrimonio, la educación, los títulos sobre las tierras y la herencia, o el empleo, además de la salud. También deberían modificarse la legislación, las políticas y los reglamentos que afecten directamente al sector de la salud, incluidas la penalización excesivamente restrictiva de los servicios utilizados por las mujeres, la autorización de terceros o la objeción de conciencia no regulada, y debería darse difusión a las nuevas normas que se establezcan respecto de las obligaciones de los dispensadores y los derechos de los usuarios. Entre otras cosas, el gobierno nacional debería realizar campañas de creación de conciencia, a través de los medios de comunicación y de otras formas, con vistas a llegar a los adolescentes, los adultos y los grupos desfavorecidos, así como a las principales partes interesadas, entre ellos los dirigentes comunitarios y los profesores de las escuelas, y difundir mensajes que promuevan la igualdad de género y cambios en la legislación, lo que puede requerir financiación de donantes externos, además de cooperación con la sociedad civil.

62. Cuanto más concreta sea la identificación del problema y de las causas que lo provocan, más probable será que quienes tenían la responsabilidad de actuar deban efectivamente responder por ello; esto solo puede efectuarse de manera eficaz a nivel local.

63. **El proceso mismo de deliberación es decisivo para comprender las complejidades de la lucha contra la mortalidad y la morbilidad materna y las responsabilidades de quienes tienen la obligación de actuar, así como para elaborar soluciones eficaces y sostenibles que sean legítimas para el público.** Una serie de actores harán diagnósticos locales condicionados por el contexto, y no todos ellos incluirán a todos los interesados. Sin embargo, la participación provechosa de las comunidades afectadas, en particular de las mujeres de grupos marginados y vulnerables y los trabajadores de la salud, es esencial para identificar los problemas, las causas y los responsables y asignar la debida prioridad a las medidas correctivas y las soluciones.

64. **Para evaluar los factores que pueden constituir obstáculos en la práctica, es necesario examinar la secuencia y la coordinación dentro de los distintos sistemas y entre ellos, incluida la debida alineación de:**

a) Las leyes y las políticas (por ejemplo, velando por que el Ministerio de Salud elabore y difunda protocolos adecuados con respecto al aborto, cuando sea legal);

b) Las políticas y los presupuestos (por ejemplo, desplazando créditos presupuestarios hacia las necesidades de los quintiles más pobres y/o los grupos marginados);

c) Los presupuestos y los programas (por ejemplo, cerciorándose de que los costos no constituyan un obstáculo al acceso a la atención de salud sexual y reproductiva esencial);

d) Las políticas y los programas (por ejemplo, asegurándose de que los dispensadores de servicios de todos los niveles cumplan efectivamente las funciones establecidas en las políticas nacionales y regionales);

e) La capacitación y los programas (por ejemplo, velando por que se contrate a un número suficiente de dispensadores de nivel intermedio y se los capacite para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población).

65. **El enfoque basado en los derechos exige que se preste atención simultánea a las intervenciones de salud inmediatas y a la transformación social a más largo plazo que se necesita para reducir la mortalidad y morbilidad maternas.** Debe darse prioridad a eliminar los obstáculos que se hayan identificado respecto de todas las intervenciones, los suministros y los medicamentos esenciales en el contexto del fortalecimiento del sistema de salud. Al mismo tiempo, sin embargo, deben desplegarse esfuerzos también para modificar

las pautas más generales de discriminación de la mujer y/o de grupos particulares de mujeres que repercuten en la mortalidad y morbilidad maternas.

66. **El pleno respeto de los derechos tanto de los usuarios de los sistemas de salud como del personal sanitario es fundamental en un enfoque basado en los derechos.** Cualquier forma de abuso, descuido o falta de respeto que afecte a los usuarios del sistema de salud menoscaba sus derechos. Las instituciones deben organizarse y gestionarse de modo que se facilite el respeto de los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo asegurando la intimidad y la confidencialidad. Es preciso educar sistemáticamente a los responsables de la formulación de políticas, los planificadores, y los administradores y dispensadores de servicios de los sistemas de salud para asegurarse de que el acceso de la mujer a la atención de salud se trate como un derecho y de que todos los responsables entiendan sus correspondientes obligaciones de conducta. Además, en un sistema de salud, el personal sanitario tiene derechos a la vez que obligaciones. Para respetar sus derechos y, de esa forma, promover la eficacia del sistema de salud en la lucha contra la mortalidad y morbilidad materna, es necesario velar por que las condiciones de trabajo y el tratamiento del personal sanitario, incluidos los sueldos y prestaciones, los procesos disciplinarios y las posibilidades de hacerse oír, sean adecuados.

V. Rendición de cuentas

67. Como se ha subrayado repetidas veces en el presente informe, la rendición de cuentas es un aspecto central en cada una de las etapas del enfoque basado en los derechos humanos. Exige no solo transparencia, sino también una participación fructífera de las poblaciones afectadas y los grupos de la sociedad civil. La rendición de cuentas efectiva solo es posible si las personas, las familias y los grupos, incluidas las mujeres de las poblaciones vulnerables o marginadas, tienen conocimiento de sus derechos con respecto a la salud sexual y reproductiva y están capacitados para presentar reclamaciones basadas en esos derechos.

68. En las secciones precedentes se hizo hincapié en la importancia de que, al realizar el análisis de la situación, se determinen las lagunas existentes en la rendición de cuentas, dentro del sector de la salud y fuera de este, y se les ponga remedio mediante la planificación y la presupuestación, así como mediante una labor regular de diagnóstico desde la base y de seguimiento, a fin de asegurar la aplicación en la práctica. La vigilancia, las dimensiones del examen y la supervisión, y los medios de reparación también son elementos fundamentales del ciclo de rendición de cuentas, como lo es establecer la rendición de cuentas de los donantes³⁷.

A. Vigilancia

69. **La vigilancia en un marco de derechos humanos requiere el uso de indicadores, no todos los cuales son cuantitativos o se relacionan con el sector de la salud³⁸.** El enfoque basado en los derechos exige un seguimiento y una evaluación sistemáticos de lo siguiente:

a) Los cambios en los factores estructurales con el paso del tiempo; esto supone, entre otras cosas, examinar si las leyes aprobadas reconocen explícitamente los derechos a la salud sexual y reproductiva; adoptar un plan nacional; y modificar las leyes que

³⁷ OMS, *Manteniendo promesas, Evaluando los resultados* (véase la nota 5), pág. 11.

³⁸ Véase HRI/MC/2008/3.

discriminan a la mujer, así como las instituciones, por ejemplo para crear instituciones nacionales de derechos humanos.

b) La labor de política y presupuestación dentro del sector de la salud y fuera de este. La labor de política incluye, por ejemplo, medidas de cálculo de costos, asignación de recursos y aplicación en relación con el plan nacional. También deberían seguirse de cerca los recursos y los gastos relacionados con la salud sexual y reproductiva, al igual que la capacidad de relacionar el gasto con los objetivos y compromisos en materia de derechos humanos, como la eliminación de los obstáculos financieros a la atención de salud.

c) Los resultados concretos en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de la mujer, y a la mortalidad y morbilidad materna en particular; esto supone medir los productos, resultados y efectos en las categorías del sistema de salud, desde la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (mediante indicadores objetivos, como las tasas de letalidad, así como mediante mediciones subjetivas de la satisfacción de la mujer), hasta los efectos últimos, como las tasas de fecundidad y las tasas de natalidad entre las adolescentes, y la razón de mortalidad materna³⁹.

70. **Para una vigilancia efectiva se requieren sistemas de información sanitaria y sistemas de registro civil eficaces y datos desglosados.** El desglose de la información por sexo, edad, residencia urbana/rural y etnia, así como educación, quintil de ingreso y localidad geográfica, si es posible, es esencial para asegurar la no discriminación y la equidad y brindar la debida protección a los grupos vulnerables y marginados⁴⁰.

71. **Los indicadores cuantitativos deberían facilitar la extracción de conclusiones con respecto al cumplimiento de las obligaciones internacionales relativas a los derechos a la salud sexual y reproductiva**⁴¹. Además del desglose, mencionado en el párrafo anterior, los indicadores cuantitativos deberían: a) ser mensurables de forma continua o frecuente, de modo que las medidas adoptadas por la administración puedan medirse en el momento oportuno; b) ser objetivos, para poder hacer comparaciones en el tiempo y entre países y/o subregiones; c) ser programáticamente pertinentes, para poder establecer las prioridades y determinar las lagunas en la rendición de cuentas; y, en lo posible, d) ser objeto de auditorías locales, para promover la rendición de cuentas a las poblaciones atendidas. No todos los indicadores de la salud materna que se utilizan actualmente a nivel nacional e internacional cumplen con estos criterios; sin embargo, tanto los gobiernos como los asociados para el desarrollo deberían promover la rendición de cuentas velando por que se cumpla el mayor número posible de criterios, entre ellos el de la objetividad de los datos (como las medidas de los partos atendidos por personal cualificado).

72. **La vigilancia debería facilitar el fortalecimiento del sistema de salud, incluido el sistema de información sanitaria.** La atención obstétrica de urgencia es una obligación fundamental con arreglo al derecho internacional, y es la intervención básica de salud materna que más depende del buen funcionamiento y la coordinación del sistema de salud. Una recopilación más amplia de información sobre la disponibilidad y el uso de los servicios obstétricos de urgencia, basada en los datos de encuestas sobre los servicios de

³⁹ La comisión de información y rendición de cuentas aprobó 11 indicadores para promover una mejor rendición de cuentas de la mortalidad y morbilidad materna e infantil. OMS, *Manteniendo promesas, Evaluando los resultados* (véase la nota 5), pág. 15.

⁴⁰ *Ibid.*, págs. 14 y 15.

⁴¹ Alicia Ely Yamin y Kathryn L. Falb. "Counting what we know; knowing what to count: Sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals", *Nordic Journal of Human Rights* (en los archivos de la secretaría).

salud, puede fortalecer los sistemas de información sanitaria⁴². Estos sistemas deberían abordar también los sesgos en los actuales datos demográficos y sanitarios, que pueden afectar a los grupos vulnerables y marginados, por ejemplo excluyendo a las poblaciones flotantes y migrantes y a las mujeres que no han dado a luz a niños nacidos vivos.

73. **La vigilancia debería comprender a los actores no estatales, entre ellos a los fabricantes de productos farmacéuticos, otros productos y dispositivos, las compañías de seguros y los dispensadores de servicios privados.**

B. Formas de examen y supervisión

74. **La rendición de cuentas respecto de los derechos humanos requiere múltiples formas de examen y supervisión:**

a) Para la rendición de cuentas administrativa con respecto a la salud sexual y reproductiva se precisan normas y reglas internas de los establecimientos de salud y del Ministerio de Salud que fijen las pautas de conducta y establezcan la responsabilidad de los subordinados ante sus superiores, bajo la vigilancia de una persona o un comité sin conflictos de intereses.

b) Para la rendición de cuentas social es necesario que la sociedad civil y el público participen en todos los niveles de la adopción de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y a lo largo de todo el ciclo de los proyectos. La supervisión comunitaria del personal, las finanzas y la calidad de la atención de los establecimientos, por ejemplo mediante sistemas de puntuación o una "administración local de base comunitaria" de los establecimientos de salud, y el acompañamiento de la mujer por miembros de la familia y la comunidad, pueden contribuir a la rendición de cuentas social y deberían aplicarse en función del contexto.

c) Para la rendición de cuentas política es necesario que los gobiernos nacionales y las administraciones subnacionales puedan justificar ante los legisladores los criterios utilizados y las decisiones adoptadas en relación con la salud sexual y reproductiva. A fin de que la supervisión legislativa pueda ser eficaz, el Ejecutivo debería dar a conocer con plena transparencia los documentos presupuestarios y de planificación, así como los resultados, y proporcionar a los parlamentarios y los órganos legislativos locales suficiente tiempo e información para que puedan sostener una deliberación fructífera.

d) La rendición de cuentas jurídica nacional incluye el deber del Estado de garantizar el disfrute efectivo de los derechos humanos, incluido el deber de ofrecer recursos jurídicos eficaces a las víctimas⁴³. Los recursos jurídicos pueden ser judiciales o no judiciales; ejemplos de los segundos son los que pasan por una institución nacional de derechos humanos⁴⁴.

e) Para la rendición de cuentas internacional es preciso que la información sobre los esfuerzos realizados para prevenir y reducir la mortalidad y morbilidad materna se integre sistemáticamente en los informes que se presentan a los mecanismos internacionales

⁴² OMS, UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Programa de prevención de la mortalidad y la discapacidad maternas, *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia* (2009); véase también OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!* (Ginebra, 2005).

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3, párr. 5.

⁴⁴ Véase, por ejemplo, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, "Realizing sexual and reproductive health rights in Kenya: a myth or reality?", 2012, disponible en www.knchr.org/reproductivehealth.aspx.

de derechos humanos, incluidos los órganos regionales de derechos humanos, los órganos de vigilancia de los tratados y el examen periódico universal del Consejo de Derechos Humanos, junto con la aplicación de las recomendaciones en ellos formuladas.

75. En un enfoque basado en los derechos humanos debe promoverse la rendición de cuentas de múltiples actores a distintos niveles, dentro del sector de la salud y fuera de este; ello incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

a) **La rendición de cuentas profesional.** Aunque el personal sanitario de primera línea no debe ser tratado como chivo expiatorio de los fallos institucionales, deberían establecerse normas eficaces para asegurar la calidad de la atención, y en los casos comprobados de negligencia, abuso o mala praxis médica deberían aplicarse las sanciones que determinen las asociaciones profesionales, los consejos médicos y/o los organismos facultados para otorgar las licencias, independientemente de que los dispensadores sean o no inamovibles.

b) **La rendición de cuentas institucional.** La rendición de cuentas a nivel del establecimiento requiere una supervisión continua y el seguimiento regular de cualquier laguna que se detecte. En todos los establecimientos deberían crearse procedimientos de presentación de quejas para los usuarios del sistema de salud, con inclusión de procedimientos de apelación respecto de las decisiones de la administración de la institución o de los comités de ética que denieguen el acceso a cualquier forma de atención de salud sexual y reproductiva. Además, deberían instituirse procedimientos de mediación interna para examinar las quejas del personal de salud en cada establecimiento, con posibilidades de apelación.

c) **La rendición de cuentas en el sistema de salud.** Además de una vigilancia sistémica continua y el diagnóstico regular de los obstáculos, deberían efectuarse exámenes sistemáticos de todas las defunciones maternas para extraer enseñanzas en todos los niveles del sistema de salud: desde el comportamiento y las prácticas de las personas hasta las políticas nacionales, y a lo largo de todo el proceso de asistencia, desde el hogar hasta el hospital. Los exámenes de las defunciones maternas deberían llevarse a cabo con un espíritu de responsabilidad compartida y no de culpabilización, y deberían servir de base para adoptar medidas que prevengan las defunciones maternas en el futuro.

d) **La rendición de cuentas de los actores privados.** Las empresas y otros actores no estatales tienen una responsabilidad con respecto a los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, lo que significa que deberían actuar con la "diligencia debida" o con el cuidado necesario para evitar toda injerencia en esos derechos humanos⁴⁵. A su vez, el Estado debería establecer y aplicar leyes, políticas, reglamentos y directrices adecuados con respecto a esas infracciones.

e) **La rendición de cuentas de los donantes.** Los donantes tienen obligaciones de asistencia y cooperación internacional con respecto a los derechos a la salud sexual y reproductiva, y eso incluye obligaciones financieras y no financieras, como se describe más adelante.

C. Recursos

76. Los recursos son esenciales para hacer efectivos los derechos. La reparación puede adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos⁴⁶. Los recursos pueden ser administrativos, pero la solicitud de un

⁴⁵ Véase A/HRC/17/31.

⁴⁶ E/C.12/2000/4, párr. 59.

examen judicial de los procedimientos administrativos es adecuada en muchos casos⁴⁷. Los recursos pueden pasar también por una institución nacional de derechos humanos. En todos los casos, deben ser accesibles, no onerosos, rápidos y eficaces, para lo cual se requieren fondos, capacidad y mandatos adecuados.

77. Los recursos judiciales tienen un papel fundamental que cumplir en relación con los derechos a la salud sexual y reproductiva; sus funciones incluyen lo siguiente:

- a) Asegurar la aplicación de las leyes y políticas vigentes;
- b) Modificar las leyes, las políticas y los presupuestos que no protegen adecuadamente los derechos a la salud sexual y reproductiva;
- c) Impugnar las barreras discriminatorias a la atención de salud sexual y reproductiva;
- d) Ofrecer reparación por las violaciones de los derechos a la salud sexual y reproductiva en la práctica.

78. Las instituciones nacionales de derechos humanos deberían promover también la rendición de cuentas con respecto a los derechos a la salud sexual y reproductiva mediante, entre otras cosas, la investigación de las violaciones de estos derechos de la mujer; la vigilancia de la aplicación de la legislación, el desempeño de determinadas instituciones, los fallos judiciales y las recomendaciones formuladas por los órganos internacionales de derechos humanos; y la organización de audiencias públicas y campañas de educación sobre la mortalidad y morbilidad maternas y los derechos humanos.

79. Para promover el uso efectivo de los recursos, el Estado debe llevar a cabo una labor sistemática de creación de conciencia sobre la aplicabilidad de las reclamaciones relativas a los derechos a la salud sexual y reproductiva de la mujer entre los abogados, los jueces y el público, y proporcionar suficiente financiación para los mecanismos de rendición de cuentas.

80. Para que los sistemas de recursos sean efectivos, es necesario que los parlamentarios apoyen una mejor rendición de cuentas por las violaciones de los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, en particular abordando los obstáculos físicos, económicos y de otra índole que se oponen al acceso a esos sistemas, especialmente por los grupos vulnerables o marginales; la falta de intervenciones oportunas; el desconocimiento de los recursos; la insuficiencia de las acciones judiciales disponibles para obtener reparación; y las deficiencias en la financiación, los mandatos, la independencia o las competencias de las instituciones nacionales de derechos humanos.

VI. Asistencia y cooperación internacionales

81. Todos los asociados para el desarrollo deberían contribuir a la creación de un orden social e internacional en que los derechos humanos, incluidos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva, puedan hacerse plenamente efectivos⁴⁸. Las obligaciones de derechos humanos relativas a la promoción de la salud mundial, incluida la salud sexual y reproductiva, exigen la adopción de enfoques compartidos y sistemas de responsabilidad colectiva, junto con un programa mundial de desarrollo que refleje, como aspectos

⁴⁷ E/C.12/1998/24, párr. 9.

⁴⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 28. Véanse también la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda (2005) y el Programa de Acción de Accra (2008) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (disponible en www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf), párr. 13 (c).

centrales, las cuestiones de la sostenibilidad social y ambiental, la igualdad y el respeto, y el ejercicio de los derechos humanos. Los problemas de fondo que se relacionan con la mortalidad y morbilidad materna, como la igualdad de género y el mantenimiento de un sistema de salud eficaz y equitativo, son problemas que aquejan a todos los países, sea cual sea su nivel de ingresos.

82. Las obligaciones relativas a la asistencia y la cooperación internacionales exigen que los Estados que estén en condiciones de hacerlo presten asistencia. Los Estados que puedan demostrar que no disponen de suficientes recursos para cumplir sus obligaciones de derechos humanos deberán poner freno a la pérdida de recursos, tanto financieros como humanos, y pedir la cooperación internacional⁴⁹.

83. Existe un reconocimiento creciente de la responsabilidad de los asociados para el desarrollo no estatales de velar por que sus actividades no violen los derechos humanos⁵⁰.

84. Las obligaciones de prestar asistencia y cooperación internacionales complementan pero no desplazan las obligaciones de los gobiernos nacionales.

85. **Todos los asociados para el desarrollo deberían velar por que sus políticas de desarrollo se basen en los derechos, lo que supone abstenerse de causar daños a la salud sexual y reproductiva de la mujer.** Por ejemplo, las restricciones a la ayuda, como las que afectan a la información relativa a los servicios reproductivos más importantes o los regímenes de propiedad intelectual que crean obstáculos al acceso a los medicamentos esenciales, menoscaban la capacidad de los gobiernos de hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva⁵¹.

86. **La cooperación internacional debería estar encaminada a reforzar la capacidad de los sistemas nacionales de salud de promover los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva.** Los asociados para el desarrollo deberían abstenerse de crear una administración paralela a la del Ministerio de Salud y/o de utilizar sistemas que no sean los del gobierno.

87. **Los Estados donantes deberían proteger los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva regulando eficazmente la actividad de los actores privados sobre los que ejercen control**⁵². Entre ellos figuran las empresas farmacéuticas, los fabricantes de productos y dispositivos y otras empresas que influyen en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en el extranjero.

88. **La coherencia de las políticas es un elemento esencial en la alianza mundial para el desarrollo.** Por ejemplo, los Estados donantes no deberían invertir en el fortalecimiento de los sistemas de salud y al mismo tiempo sustraer, o permitir que actores privados de sus jurisdicciones sustraigan, recursos humanos de esos sistemas mediante las políticas de migración⁵³. Los Estados donantes deberían también, individual y colectivamente, evaluar las políticas comerciales, económicas, fiscales y en materia de deuda para asegurarse de que sean compatibles con la promoción de los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva.

⁴⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.

⁵⁰ Véase A/HRC/17/31.

⁵¹ E/C.12/1997/8, párr. 4; E/C.12/2000/4, párr. 41.

⁵² E/C.12/2000/4, párr. 39; A/60/348, párr. 62.

⁵³ *Ibid.*, párr. 61. Véase también el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud, 2010. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf.

89. **Los asociados para el desarrollo deberían garantizar una asistencia económica previsible, armonizada y transparente**⁵⁴. Debería llegarse a un acuerdo con los órganos nacionales sobre un apoyo presupuestario consolidado y sobre la presentación de informes acerca de los "gastos financiados externamente"⁵⁵. Debería mejorarse el sistema de notificación de los países acreedores del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE con el fin de captar oportunamente todos los gastos en salud sexual y reproductiva realizados por los asociados para el desarrollo⁵⁶, que deberían estar a disposición del público y difundirse en formatos accesibles.

90. **El diseño, la aplicación y la evaluación de todos los aspectos de la asistencia y la cooperación internacionales deberían efectuarse con la participación de la sociedad civil y de los beneficiarios previstos de los programas.** Los asociados para el desarrollo deberían hacer públicas las evaluaciones de sus programas y presentar informes periódicos, en formatos accesibles, a los grupos de la sociedad civil, los parlamentos nacionales y otros órganos de supervisión nacionales y de las Naciones Unidas.

⁵⁴ OCDE, Acuerdo de París y Programa de Acra (véase la nota 48). Véase también la Alianza de Busan para la cooperación eficaz al desarrollo, documento final del Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, 2011. Disponible en www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_ES.pdf.

⁵⁵ OMS, *Manteniendo promesas, Evaluando los resultados* (véase la nota 5), pág. 5.

⁵⁶ *Ibid.*, recomendación 9.