



Asamblea General

Distr. general
13 de julio de 2020
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

45º período de sesiones

14 de septiembre a 2 de octubre de 2020

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**

Buenas prácticas y retos para lograr el respeto, la protección y la efectividad de todos los derechos humanos en la eliminación de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad

Informe de seguimiento de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Resumen

En el presente informe, presentado en cumplimiento de la resolución 39/10 del Consejo de Derechos Humanos, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos reseña iniciativas relacionadas con la aplicación de las 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. El informe incluye también un análisis de la morbilidad materna como problema de derechos humanos, así como conclusiones y recomendaciones.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad	3
A. Procesos con participación de múltiples interesados a nivel nacional	4
B. Legislación, planificación y presupuestación	5
C. Programas y fomento de la capacidad	6
D. Vigilancia, examen, supervisión y medios de reparación	7
III. Retos en la aplicación de las orientaciones técnicas.....	8
IV. La morbilidad materna como cuestión de derechos humanos	10
A. Reseña general sobre la morbilidad materna	10
B. Morbilidad materna y derechos humanos	11
C. Morbilidades maternas específicas	11
D. Causas y consecuencias de la morbilidad materna en lo que respecta a los derechos humanos.....	13
E. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas y los programas destinados a abordar la morbilidad materna	16
V. Recomendaciones.....	17

I. Introducción

1. En septiembre de 2012, el Consejo de Derechos Humanos aprobó su resolución 21/6, en la que acogía con beneplácito las 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 la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Conforme a lo solicitado por el Consejo, se han elaborado informes de seguimiento de la aplicación en 2014 (A/HRC/27/20), en 2016 (A/HRC/33/24) y en 2018 (A/HRC/39/26). En septiembre de 2018, en su resolución 39/10, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que preparase un informe de seguimiento sobre las buenas prácticas y los retos para lograr el respeto, la protección y la efectividad de todos los derechos humanos en la eliminación de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, en particular mediante la utilización de las orientaciones técnicas. El presente informe se presenta en respuesta a esa solicitud.

2. El presente informe incluye información detallada sobre las iniciativas, las buenas prácticas y los retos relacionados con la aplicación de las orientaciones técnicas en particular y un enfoque basado en los derechos humanos en general. Se basa en las comunicaciones recibidas en respuesta a una nota verbal distribuida el 11 de noviembre de 2019, y en las investigaciones e informaciones de los interesados pertinentes¹. La sección IV, que también se basa en las comunicaciones recibidas, además de en investigaciones, contiene un análisis de la morbilidad materna como problema de derechos humanos a menudo ignorado en las políticas y programas de prevención de la mortalidad y la morbilidad maternas. La Alta Comisionada concluye con recomendaciones sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la mortalidad y la morbilidad maternas, prestando especial atención a la morbilidad materna.

II. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad

3. Las 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 la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad proporcionan una orientación detallada sobre las medidas que es preciso adoptar para elaborar, ejecutar y evaluar las políticas y los programas de salud materna. Se ajustan al ciclo normativo de planificación, presupuestación, ejecución, vigilancia, examen, supervisión y medios de reparación. Al identificar a los titulares de derechos y sus derechos y a los correspondientes titulares de deberes y sus obligaciones, el enfoque basado en los derechos humanos trata de señalar posibles problemas de derechos humanos, establecer a quiénes corresponde la adopción de medidas correctivas y determinar la forma más adecuada de adoptar dichas medidas. Los ejemplos proporcionados en las comunicaciones, que se documentan a continuación, ilustran muy bien la forma en que puede aplicarse este enfoque.

4. Desde 2018 se han documentado numerosas iniciativas encaminadas a aplicar un enfoque basado en los derechos a la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, entre otras cosas mediante la aplicación de las orientaciones técnicas. Se han elaborado instrumentos a partir de las orientaciones técnicas, como las guías de reflexión², que se han difundido ampliamente en reuniones con ministerios competentes, organizaciones de la sociedad civil y entidades de las Naciones Unidas, así como con interesados específicos como instituciones nacionales de derechos humanos y

¹ La lista completa de las comunicaciones puede consultarse en www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/TechnicalGuidanceMMM.aspx.

² Véase <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>.

representantes del poder judicial. A nivel mundial, existen numerosas publicaciones y otros documentos relativos a las orientaciones técnicas, lo que ha facilitado su utilización³.

5. Los órganos de tratados de derechos humanos, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, han seguido aconsejando a los Estados que utilicen las orientaciones técnicas en sus políticas y programas de salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna⁴.

6. En su plan de gestión (2018-2021), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha incluido, por primera vez como prioridad, el compromiso de trabajar para lograr que los enfoques de la salud pública cumplan los principios y normas internacionales de derechos humanos⁵. Para ello, el ACNUDH ha dado prioridad a las iniciativas de cooperación con los principales interesados, como los Gobiernos, la sociedad civil y otras entidades de las Naciones Unidas.

7. El ACNUDH también ha insistido en la importancia de adoptar un enfoque de la salud materna y la salud sexual y reproductiva basado en los derechos humanos en su labor durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Ha colaborado con las autoridades de varios países en la búsqueda de formas de reducir el riesgo de que aumente la tasa de mortalidad y morbilidad maternas⁶. Numerosos Estados Miembros han afirmado también que es necesario garantizar unos servicios de salud sexual y reproductiva acordes con las obligaciones de derechos humanos para evitar un aumento de la mortalidad y la morbilidad maternas en el contexto de la pandemia de COVID-19⁷.

A. Procesos con participación de múltiples interesados a nivel nacional

8. Los procesos con participación de múltiples interesados son un componente importante de los enfoques basados en derechos. Son una oportunidad para realizar un análisis de situación, que permite conocer las deficiencias en materia de derechos humanos en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna. Las conclusiones de esos procesos deben debatirse en un proceso inclusivo y multisectorial, y los resultados de ese debate, incluida la priorización de las medidas esenciales necesarias para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas, deben influir en los planes y políticas nacionales pertinentes.

9. Países como Australia, Etiopía, Letonia, México, Nepal y Nueva Zelanda comunicaron la convocación de procesos con participación de múltiples interesados para examinar medidas en materia de derechos humanos relacionadas con la salud sexual y reproductiva y darles prioridad. Por ejemplo, México habló de iniciativas de colaboración entre diferentes sectores para aplicar la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y poner en marcha servicios adaptados a las necesidades de los adolescentes. Letonia señaló que, al elaborar las directrices de salud pública para 2014-2020, se había llevado a cabo un completo análisis de situación y se habían detectado

³ Véanse A/74/137; Alicia Ely Yamin y Paola Bergallo, "Narratives of essentialism and exceptionalism: the challenges and possibilities of using human rights to improve access to safe abortion", *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, núm. 1 (junio de 2017); Uchenna Emelonye, Abigail Uchenna Emelonye y Uchenna Ponfa Emelonye, "Preventing maternal mortality in Nigeria: a human rights imperative", *US-China Law Review*, vol. 16, núm. 4 (2019); Agegnehu Bante y otros, "Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia: a cross sectional study", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2020); R. Rima Jolivet y otros, "Ending preventable maternal mortality: phase II of a multi-step process to develop a monitoring framework, 2016-2030", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019).

⁴ E/C.12/MLI/CO/1, párr. 49 a); CEDAW/C/BFA/CO/7, párr. 37 e); y CEDAW/C/NER/CO/3-4, párr. 33 b).

⁵ Véase https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHRManagementPlan2018-2021_SP.pdf.

⁶ Véase www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

⁷ Véase www.government.se/statements/2020/05/joint-press-statement-protecting-sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-promoting-gender-responsiveness-in-the-covid-19-crisis/.

deficiencias relacionadas con la salud maternoinfantil. Ello había llevado a elaborar el Plan de Mejora de la Salud Maternoinfantil (2018-2020) en cooperación con profesionales sanitarios y representantes de los pacientes.

10. En Uganda, el Ministerio de Salud ha colaborado con diferentes asociados para elaborar una estrategia multisectorial de reducción de la mortalidad materna prevenible. El borrador de la estrategia, que se aprobará en 2020, incluye recomendaciones fundamentales a interlocutores a nivel nacional y local destinadas a prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas, como reforzar los sistemas de salud, prever una respuesta multisectorial en lo que respecta a la planificación, financiación y ejecución, y reforzar la participación de la comunidad, utilizando un enfoque basado en los derechos humanos. En el marco de este compromiso, también se ha dedicado una atención específica a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con el VIH en Uganda. Gracias a una iniciativa de múltiples interesados organizada por el ACNUDH junto con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el apoyo del Ministerio de Salud, se reunió a mujeres de todo el país que viven con el VIH para documentar sus problemas de derechos humanos en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva, incluida su salud materna, y dialogar con los garantes de derechos sobre posibles medidas para solucionarlos.

B. Legislación, planificación y presupuestación

11. Otro componente importante de la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos es velar por que las leyes y las políticas se ajusten a las normas de derechos humanos y cuenten con financiación suficiente. Una primera medida importante es garantizar el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en la legislación, entre otras cosas mediante protecciones constitucionales como las existentes en muchos países.

12. Algunos Estados tienen la práctica establecida de verificar que las leyes y políticas propuestas estén en consonancia con sus obligaciones de derechos humanos. Por ejemplo, Nueva Zelandia explicó su práctica de asegurarse de que todas las propuestas de políticas que den lugar a legislación se evalúen para determinar su compatibilidad con su Ley de la Carta de Derechos de 1990 y su Ley de Derechos Humanos de 1993.

13. Ese ejercicio de armonización permite que el enfoque basado en los derechos humanos influya en el contenido de las leyes y políticas, como ocurre cuando se da prioridad a la atención de las poblaciones más marginadas. Por ejemplo, Australia indicó que las orientaciones técnicas habían servido de base para elaborar la Estrategia Nacional de Salud de la Mujer (2020-2030) a la hora de abordar los principios básicos de derechos humanos, establecer las esferas prioritarias, incluidos la salud materna, sexual y reproductiva y los factores básicos determinantes de la salud, y reconocer a las poblaciones prioritarias, como los pueblos aborígenes e isleños del estrecho de Torres. Etiopía destacó la forma en que el Ministerio de Salud había utilizado las orientaciones para crear un consenso a nivel subnacional sobre la importancia de utilizar un enfoque basado en los derechos humanos para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y utilizar los recursos disponibles para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los servicios. Entre las medidas adoptadas cabe citar la concentración en las regiones de pastoreo, en las que vivía alrededor del 20 % de la población, para hacer frente a las disparidades en la disponibilidad, el acceso y la utilización de los servicios de salud materna y reactivar el apoyo a los programas de promoción de la salud a fin de llegar a las mujeres y las niñas que vivían en las zonas rurales, donde el acceso a los servicios de salud materna era más complicado.

C. Programas y fomento de la capacidad

14. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos también se logra mediante programas específicos destinados a abordar problemas concretos de derechos humanos. Por ejemplo, es fundamental fomentar la capacidad de aplicación de enfoques basados en los derechos humanos de manera que los garantes de derechos tengan la información y los recursos necesarios para cumplir sus obligaciones. También hay numerosos programas destinados a garantizar la disponibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios conforme al derecho de los derechos humanos.

15. Nepal informó de las iniciativas puestas en marcha, con el apoyo de las Naciones Unidas, para mejorar la comprensión de los enfoques basados en los derechos humanos y reforzar la capacidad para aplicarlos, iniciativas que habían propiciado el compromiso de prestar una atención de la maternidad respetuosa como piedra angular de su política sanitaria. En Uganda, el ACNUDH había colaborado con el Ministerio de Salud para fomentar la capacidad de los funcionarios del gobierno local, así como de los funcionarios médicos, para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos, con especial atención a la salud materna.

16. En la Argentina, el Centro de Estudios de Estado y Sociedad⁸ y la Red de Acceso al Aborto Seguro⁹ habían organizado, desde 2007 y 2011 respectivamente, actividades de fomento de la capacidad en el marco de un proyecto interdisciplinario puesto en marcha por un grupo de abogados, profesionales sanitarios, investigadores y activistas, centrado en un enfoque basado en los derechos humanos para el acceso al aborto seguro y legal, que era una de las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas en el país. Esa labor, que seguía en curso, se había combinado con asesoramiento jurídico específico individualizado para que los profesionales sanitarios comprendieran mejor los casos en que se permitía el aborto con arreglo a la legislación vigente, y también influía en la forma en que los profesionales sanitarios intervenían en el discurso público en relación con la propuesta legislativa para liberalizar la ley del aborto en la Argentina.

17. Marie Stopes International explicó cómo informaba a los trabajadores sanitarios sobre los principios de derechos humanos mediante un ejercicio de aclaración de valores para detectar posibles sesgos subyacentes y poner al cliente en el centro de su programación. En lo que respecta a la garantía de la calidad de los servicios, Marie Stopes International informó sobre la capacitación impartida en el Yemen a los funcionarios de salud pública para que apoyaran a la organización en la esfera de la garantía de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Ello había permitido a la organización mantener altos niveles de calidad y, al mismo tiempo, ayudar a reforzar el sistema de salud.

18. En varias comunicaciones se destacaron también iniciativas destinadas a garantizar la asequibilidad de los servicios. Por ejemplo, Marie Stopes International había utilizado un programa de vales en el Yemen para que las mujeres tuvieran acceso a servicios de salud materna y anticoncepción. El UNFPA explicó que en la India existían diferentes programas de seguridad para garantizar que las mujeres más pobres tuvieran acceso a la atención prenatal y neonatal. En Burundi, el UNFPA había aumentado la disponibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia mediante la provisión de equipo y capacitación a los centros de salud.

1. Programas en entornos humanitarios

19. Cabe reconocer que la mayoría de las muertes maternas se producen en contextos de crisis, por lo que también se ha tratado de garantizar los derechos humanos en esos contextos. El Consejo de Derechos Humanos ha dado prioridad a esta cuestión, y ha solicitado que la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos organice una reunión para debatirla¹⁰. Tras la reunión del grupo de expertos, se han puesto en marcha iniciativas para fomentar la capacidad de aplicar enfoques basados en los

⁸ Véase www.cedes.org.

⁹ Véase www.redaas.org.ar.

¹⁰ Resolución 39/10 del Consejo.

derechos humanos en esos contextos, teniendo en cuenta sus especificidades, y promover el conocimiento de esos enfoques. Se trata, entre otras cosas, de aclarar qué requieren los derechos humanos y acabar con los malentendidos, así como de tener en cuenta las complicadas circunstancias de los escenarios de crisis que repercuten en la identificación de los garantes de derechos, la disponibilidad de los servicios de salud y la existencia de mecanismos de rendición de cuentas (véase A/HRC/42/24). Se ha prestado una atención especial a los enfoques de la salud sexual y reproductiva basados en derechos en documentos de orientación y política sobre cuestiones humanitarias, como *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*¹¹, el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, que incorpora el Paquete Mínimo Inicial de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva¹², y la resolución 2019/14 del Consejo Económico y Social, aprobada en el contexto de la serie de sesiones sobre asuntos humanitarios de su período de sesiones de 2019, en la que el Consejo instó a los Estados a que aseguraran el acceso seguro y fiable a los servicios que eran importantes para proteger a las mujeres y las niñas de la mortalidad y morbilidad prevenibles que ocurrían durante las emergencias humanitarias.

2. Lucha contra la discriminación y programación para los grupos marginados

20. Algunos interesados destacaron intervenciones sanitarias destinadas específicamente a combatir la discriminación y centradas en las mujeres y las niñas marginadas que corren un alto riesgo de mortalidad y morbilidad maternas. Por ejemplo, Nueva Zelanda indicó que las mujeres maoríes, asiáticas y del Pacífico estaban excesivamente representadas en las estadísticas de morbilidad materna en comparación con las mujeres de otros grupos de población. Tanto Australia como Nueva Zelanda habían elaborado planes de salud para hacer frente a las desigualdades resultantes de la discriminación estructural en el sistema de atención de la salud.

21. Bulgaria informó de que las mujeres y niñas de la comunidad romaní que vivían en zonas remotas corrían un riesgo relativamente mayor de sufrir morbilidad materna debido a su bajo nivel socioeconómico, a los embarazos precoces, asociados a los matrimonios precoces, y a los niveles de educación más bajos. A este respecto, entre otras iniciativas, el Estado había establecido unidades móviles en zonas remotas para garantizar a las mujeres y las niñas de la comunidad romaní igualdad de acceso a la atención de la salud materna.

22. En Uganda, el UNFPA había promovido una atención prioritaria de los derechos humanos de los jóvenes, por ejemplo, proporcionando a las madres adolescentes capacitación para la vida y apoyo para volver a matricularse en la escuela. También había colaborado con la OMS para proporcionar a los adolescentes orientación sobre salud sexual y reproductiva, con miras a prevenir los embarazos no deseados en Namibia.

D. Vigilancia, examen, supervisión y medios de reparación

23. En las orientaciones técnicas se insiste en la importancia fundamental de la rendición de cuentas en todas las etapas de la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos. La vigilancia, el examen, la supervisión y los medios de reparación son componentes esenciales de este concepto de rendición de cuentas.

24. Se necesitan mecanismos de vigilancia para buscar, analizar y publicar datos e información desglosados sobre los resultados en materia de salud materna, incluidas la morbilidad y la mortalidad maternas¹³. En dos países, el UNFPA se había centrado en promover la rendición de cuentas mediante la aplicación de las orientaciones técnicas con las instituciones nacionales de derechos humanos y los ministerios de salud respectivos, la

¹¹ Véase www.spherestandards.org/handbook-2018/.

¹² Ver <https://iawgfieldmanual.com/>.

¹³ Véanse las comunicaciones de Australia, Bulgaria, Georgia, Italia, Letonia, México, Nepal y Nueva Zelanda.

vigilancia de los atentados contra la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y el apoyo al proceso sistemático de examen de las muertes maternas y perinatales¹⁴.

25. A fin de facilitar la vigilancia, se debe dar prioridad a la labor de reunión de datos. Por ejemplo, Georgia habló de su auditoría clínica sistemática de los casos de mortinatos y muertes maternas y neonatales. El proceso de auditoría exhaustiva permitía detectar lagunas y deficiencias en la prestación de atención y en el sistema de salud en general, lo que a su vez facilitaba la adopción de normativas y prácticas correctivas a nivel local y nacional. En el Yemen, Marie Stopes International había creado una aplicación de telefonía móvil que funcionaba con mensajes de texto para recopilar datos cruciales necesarios para vigilar y evaluar los servicios.

26. La determinación de hechos en el ámbito de los derechos humanos es otra modalidad de recopilación de datos sobre salud materna, sexual y reproductiva. Por ejemplo, en Nigeria, el Centro de Derechos Reproductivos había documentado la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto del conflicto. Las conclusiones de su estudio ponían de manifiesto una grave deficiencia en materia de disponibilidad y prioridad de los servicios de salud sexual y reproductiva para los desplazados internos, en particular una falta de atención adecuada de las mujeres embarazadas y de atención médica de las madres lactantes. El análisis sirvió de base para pedir a las autoridades que mejoraran los servicios de salud para las mujeres y las niñas.

27. Las aportaciones recibidas señalaron el papel de los tribunales, como forma de supervisión y posible vía de reparación, para evaluar si la práctica existente está en consonancia con las obligaciones de derechos humanos. En Guatemala, las comadronas mayas y las organizaciones indígenas, con el apoyo del ACNUDH, acudieron a la Corte de Constitucionalidad para que el Ministerio de Salud cumpliera la legislación relativa al carácter intercultural de la salud materna. Aunque Guatemala cuenta con un marco jurídico de protección de los derechos de las mujeres indígenas, no se tuvo en cuenta en la aplicación de políticas públicas interculturales relacionadas con el trabajo de las comadronas. La Corte de Constitucionalidad dictó sentencia en 2019 y pidió al Estado que respetara las tradiciones, usos y costumbres desde una perspectiva cultural y sin discriminación.

28. Los mecanismos de justicia de transición también son importantes para garantizar la rendición de cuentas. El Centro de Derechos Reproductivos explicó cómo estaba trabajando en Colombia para documentar violaciones de derechos humanos como el aborto forzado, la esterilización forzada y los casos de control de la reproducción de mujeres y niñas durante el conflicto, a fin de apoyar el trabajo de la Comisión de la Verdad.

III. Retos en la aplicación de las orientaciones técnicas

29. Los ejemplos citados presentan un panorama alentador con respecto a la aplicación de las orientaciones técnicas en particular y los enfoques basados en los derechos humanos en general. Pese a estas experiencias positivas, persisten numerosos retos que impiden que las orientaciones técnicas y los enfoques basados en los derechos humanos puedan aplicarse en mayor medida. Las comunicaciones recibidas han permitido determinar los siguientes retos: leyes y prácticas discriminatorias, dificultades para obtener datos de calidad, falta de recursos financieros y humanos, incluidos profesionales sanitarios especializados, y falta de conciencia y capacidad para aplicar enfoques basados en los derechos humanos.

30. En muchos lugares sigue habiendo leyes y prácticas discriminatorias que obstaculizan la efectividad de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, lo que repercute negativamente en su salud materna, sexual y reproductiva. Por ejemplo, el ONUSIDA expresó preocupación por la discriminación que sufrían las mujeres embarazadas que vivían con el VIH, que abarcaba desde la denegación de la atención de la salud hasta la estigmatización y, en algunos casos, la violencia institucional, todo lo cual contribuía a la morbilidad materna y podía tener un efecto desalentador en la búsqueda de atención de la salud cuando fuera necesario. Women Enabled International destacó que las

¹⁴ Comunicación del UNFPA.

mujeres con discapacidad podían tener experiencias particularmente negativas durante el embarazo y el parto, lo que tenía graves repercusiones en su salud física y mental.

31. También hay dificultades para atender las necesidades de grupos específicos. Australia puso de relieve el reto de garantizar la disponibilidad de servicios prenatales y postnatales culturalmente apropiados para las aborígenes y las isleñas del Estrecho de Torres. Nepal explicó que, si bien había políticas que tenían en cuenta las necesidades de las adolescentes y las mujeres que vivían en las zonas rurales, seguían existiendo lagunas en la aplicación de dichas políticas y la disponibilidad de recursos.

32. La discriminación generalizada de las mujeres y las niñas, que se refleja en las elevadas tasas de matrimonios infantiles, precoces y forzados, mutilación genital femenina y violencia contra la pareja, contribuye a los deficientes resultados en materia de salud materna y vulnera los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Las barreras jurídicas, como los requisitos de autorización de terceros o las leyes de aborto sumamente restrictivas, también impiden que las mujeres y las niñas accedan a la atención de la salud que necesitan y a la que tienen derecho. Para aplicar con éxito un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas y los programas de salud materna, es necesario adoptar medidas simultáneas a fin de hacer frente a la discriminación arraigada y promover la igualdad de género. Estos retos requieren un compromiso constante y a largo plazo con el cambio social.

33. Sigue siendo difícil obtener datos de calidad sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna. Pocos países informaron de un proceso institucionalizado de alcance nacional para la notificación y el examen de las muertes y morbilidades maternas. Son especialmente difíciles de recopilar los datos sobre la morbilidad materna, como se explica más adelante en el presente informe. En las comunicaciones se describen las dificultades encontradas para garantizar la uniformidad de los criterios de recopilación de datos sobre la morbilidad materna y la posterior aplicación de esos criterios en todas las jurisdicciones para la presentación de informes comparables a nivel nacional¹⁵.

34. También se destacó que uno de los principales problemas para aplicar enfoques basados en derechos era la falta de recursos financieros y humanos. En muchos lugares, las limitaciones en materia de infraestructura y la lejanía de los centros de salud seguían impidiendo la plena aplicación de las orientaciones técnicas en particular y de enfoques basados en los derechos humanos en general¹⁶. En las comunicaciones se señalaba también la escasez de personal médico especializado y la concentración del personal disponible en las zonas urbanas, lo que se traducía en una cobertura deficiente de las poblaciones rurales¹⁷. La debilidad de los sistemas de salud es un factor que también contribuye de manera importante a socavar los derechos de salud materna y que se pone de manifiesto, por ejemplo, en las demoras en el acceso a una atención obstétrica de emergencia adecuada¹⁸.

35. Otra dificultad que se ha señalado es la de asegurar que los trabajadores sanitarios cuenten con los medios necesarios para aplicar enfoques basados en los derechos humanos. Etiopía señaló que los profesionales sanitarios seguían sin tener capacidad suficiente para integrar los derechos en la programación de la salud materna en todos los niveles del sistema de salud. En algunos lugares se habló de la deficiente calidad de la atención y de las actitudes sesgadas de los profesionales sanitarios como problemas para promover los enfoques basados en los derechos humanos.

¹⁵ Véanse las comunicaciones de Australia y el Paraguay.

¹⁶ Véanse las comunicaciones de Azerbaiyán, Georgia, Iraq, Letonia, México y Nepal.

¹⁷ Véanse las comunicaciones de Azerbaiyán y Nepal, así como del UNFPA.

¹⁸ Véase la comunicación del UNFPA.

IV. La morbilidad materna como cuestión de derechos humanos

A. Reseña general sobre la morbilidad materna

36. Para entender la mortalidad y la morbilidad maternas como cuestión de derechos humanos es preciso reconocer que las muertes y lesiones graves de las mujeres durante el embarazo y el parto no son acontecimientos inevitables, sino que son consecuencia directa de que existan leyes y prácticas discriminatorias, de que no se establezcan y mantengan sistemas y servicios de salud eficaces, y de que no se rindan cuentas.

37. Las iniciativas mundiales destinadas a mejorar la salud materna suelen centrarse principalmente en la adopción de medidas para evitar la muerte materna y prestan menos atención al problema de la morbilidad materna. La morbilidad materna es un concepto general que ha sido definido por el Grupo de Trabajo sobre la Morbilidad Materna de la OMS como toda afección de la salud atribuida al embarazo y el parto o agravada por estos que afecta negativamente al bienestar de la mujer¹⁹.

38. Las morbilidades maternas varían en duración y gravedad y abarcan una amplia gama de diagnósticos que requieren una gran variedad de tratamientos²⁰. La OMS ha señalado 121 afecciones²¹ que pueden calificarse de morbilidades maternas directas o indirectas, entre ellas complicaciones obstétricas como la prolongación u obstrucción del parto, complicaciones de un aborto peligroso, hemorragias obstétricas y enfermedades hipertensivas. Si no se gestionan adecuadamente o no se tratan, estas afecciones pueden tener diversas consecuencias, por ejemplo problemas como el prolapso uterino, la fístula obstétrica, la esterilidad, la incontinencia o la depresión posparto. Ciertos factores de riesgo, como la anemia, el VIH, la obesidad y la mutilación genital femenina, hacen que algunas mujeres y niñas sean más vulnerables a sufrir una morbilidad materna²².

39. No se dispone de datos precisos sobre las morbilidades maternas a nivel mundial. El hecho de que por lo general no se disponga de datos sobre morbilidades indica que no se ha dado prioridad a la cuestión. La falta de datos también guarda relación con los problemas que rodean a la definición y medición de la morbilidad materna, que dificultan la obtención de datos comparables.

40. Aunque se desconoce la prevalencia exacta de la morbilidad materna, investigaciones recientes indican que las tasas de morbilidad materna grave están aumentando a nivel mundial²³. Se estima que la morbilidad o discapacidad maternas afectan cada año a entre 15 y 20 millones de mujeres en todo el mundo²⁴. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, se estima que otras 20 o 30 sufren una morbilidad aguda o crónica, a menudo permanente, que afecta a su salud y su bienestar²⁵. Al igual que las tasas de mortalidad materna, se estima que las tasas de morbilidad materna son más elevadas en los países de ingresos bajos y medios, y que la prevalencia de la morbilidad materna es mayor entre las mujeres marginadas.

¹⁹ Tabassum Firoz y otros, “Measuring maternal health: focus on maternal morbidity”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* (2013), pág. 795.

²⁰ “La morbilidad materna abarca, en su manifestación más grave, desde la ‘cuasi-muerte materna’ — definida por la Organización Mundial de la Salud como la situación en que la mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación ocurrida durante el embarazo o el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo— hasta la morbilidad no mortal”. *Ibid.*, pág. 794.

²¹ Doris Chou y otros, “Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality”, *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016).

²² Robert E. Black y otros, *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities*, 3ª ed. (vol. 2) (Washington, D.C., Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2016).

²³ Stacie E. Geller y otros, “A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality”, *Reproductive Health*, vol. 15, suplemento 1 (2018), págs. 31 y 32.

²⁴ Marge Koblinsky y otros, “Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health”, *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 30, núm. 2 (2012).

²⁵ Firoz y otros, “Measuring maternal health”, pág. 794.

41. Si se examinan únicamente las tasas de mortalidad materna para evaluar los progresos de un país en la esfera de la salud materna, se ignora la importancia de la morbilidad materna, que no solo es precursora de la mortalidad materna sino que también puede tener repercusiones negativas a largo plazo en la salud y la calidad de vida de las mujeres. En las investigaciones disponibles se señala que las muertes maternas son la punta del iceberg y la morbilidad materna es la base²⁶. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la salud materna requiere que se preste mayor atención a la morbilidad materna a fin de proteger una amplia variedad de derechos humanos de las mujeres y las niñas.

B. Morbilidad materna y derechos humanos

42. Las repercusiones de la morbilidad materna en los derechos humanos de las mujeres y las niñas son considerables. Los órganos de derechos humanos han reconocido sistemáticamente que la salud materna es una cuestión de derechos humanos, destacando en particular los derechos a la salud, a la intimidad, a la educación y a una reparación efectiva, así como la prohibición de la discriminación y la tortura y otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes, entre otras cosas. También han dejado claro que los servicios de salud materna, incluidos los servicios de prevención y tratamiento de la morbilidad materna, deben ser de buena calidad, estar disponibles y ser accesibles y aceptables para todas las mujeres y niñas embarazadas, y deben prestarse sin discriminación alguna. El enfoque de la morbilidad materna basado en los derechos humanos se fundamenta en los principios de rendición de cuentas, participación, transparencia, empoderamiento, sostenibilidad, asistencia internacional y no discriminación. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la morbilidad materna permitirá a) apoyar las iniciativas encaminadas a empoderar a las mujeres para que reivindiquen sus derechos; b) afrontar factores como las leyes, políticas y prácticas discriminatorias, así como los factores básicos determinantes de la salud, que aumentan los riesgos de morbilidad materna; c) detectar las deficiencias en la prestación de servicios, el tratamiento y la prevención; y d) establecer sistemas de rendición de cuentas para responder a las violaciones de los derechos humanos.

C. Morbilidades maternas específicas

43. El concepto de “morbilidad materna” abarca una amplia gama de afecciones que no pueden describirse en detalle en el presente informe. Los cuatro ejemplos ilustrativos de morbilidades maternas que se enumeran a continuación se incluyen en el análisis porque las dimensiones de derechos humanos de sus causas y consecuencias son particularmente notables. También se trata de algunas de las morbilidades maternas sobre las que existen datos e investigaciones más sólidos que permiten un análisis más completo.

1. Fístula obstétrica

44. La fístula obstétrica puede ser una afección grave y devastadora de por vida si no se trata, con graves consecuencias médicas, sociales, psicológicas y económicas. Se describe como un orificio anómalo entre la vagina y la vejiga o el recto que provoca una incontinencia urinaria o fecal continua²⁷.

45. La prolongación u obstrucción del parto sin acceso a un tratamiento médico oportuno de alta calidad es la causa de la inmensa mayoría de los casos de fístula obstétrica en todo el mundo. La fístula obstétrica se puede prevenir en gran medida con una atención de la salud materna de calidad. Se estima que, anualmente, entre 50.000 y 100.000 mujeres desarrollan fístula obstétrica²⁸. Las mujeres y niñas que viven con fístula obstétrica no

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Véase www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/.

²⁸ Véase www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula. Es importante reconocer que la fístula también puede ser causada por la violencia sexual, en cuyo caso se denomina fístula traumática, que también es un grave problema de derechos humanos. Véase, por ejemplo,

tratada corren el riesgo de sufrir incontinencia crónica, que puede provocar otras afecciones físicas como infecciones frecuentes, trastornos renales, llagas dolorosas e infertilidad. Las lesiones físicas también pueden provocar aislamiento social y daños psicológicos. A menudo las mujeres afectadas no pueden trabajar y algunas son abandonadas por sus familias, lo que agrava su pobreza (A/73/285, párr. 4).

2. Prolapso uterino

46. El prolapso uterino es otra morbilidad materna con graves repercusiones en la vida y el bienestar de las mujeres. Se produce cuando los músculos y ligamentos del suelo pélvico se estiran y debilitan y ya no pueden soportar la posición adecuada del útero. En su manifestación más grave, el útero puede salir completamente por la vagina. Los síntomas físicos del prolapso uterino dependen de la gravedad de la afección y pueden incluir dolor en la parte baja de la espalda, dolor abdominal, relaciones sexuales dolorosas, incontinencia urinaria de esfuerzo y molestias en la zona pélvica.

47. Hay una serie de factores que exponen a las mujeres, sobre todo en los países en desarrollo, al riesgo de padecer esta afección, como el mayor número de nacimientos en poco tiempo, los alumbramientos a una edad temprana, la nutrición inadecuada, la falta de descanso durante el embarazo e inmediatamente después y los partos prolongados o difíciles, incluidas las prácticas de parto nocivas²⁹. Se estima que la prevalencia mundial del prolapso uterino se sitúa entre el 2 % y el 20 % de las mujeres menores de 45 años³⁰. Además de provocar molestias físicas, también puede afectar negativamente a la salud mental de las mujeres al mermar su capacidad de trabajar y puede exponerlas a un riesgo de sufrir abusos emocionales y físicos.

3. Depresión postparto

48. La depresión postparto es un episodio depresivo no psicótico que comienza en el período puerperal, por lo general entre el mes y los doce meses siguientes al parto³¹. Sus síntomas incluyen sentimientos de culpabilidad, ansiedad, trastornos del sueño y fatiga, así como dudas sobre la habilidad o capacidad para cuidar del bebé, y algunas mujeres se ven a sí mismas como madres “malas”, inadecuadas o poco amorosas. Se han señalado diversos factores de riesgo como predictores de la depresión postparto, entre ellos la depresión o la ansiedad durante el embarazo, la ocurrencia reciente de acontecimientos estresantes, la escasez de apoyo social, la existencia de antecedentes de depresión, las complicaciones obstétricas y del embarazo y la violencia contra la pareja³².

49. Se ha estimado que la prevalencia mundial de la depresión postparto se sitúa entre 100 y 150 por cada 1.000 nacimientos. Se ha comprobado que las tasas de prevalencia son aún más altas en los países de ingresos bajos y medios. La escasez de recursos de salud mental, las desigualdades en su distribución y las ineficiencias en su utilización son factores fundamentales que dificultan la atención de la salud mental³³. La depresión postparto es difícil de tratar, ya que a menudo no se diagnostica. Por ejemplo, en muchos lugares las mujeres no realizan visitas postnatales y, cuando lo hacen, la atención se centra a menudo en la salud del recién nacido más que en la de la madre, y/o los profesionales de la salud pueden desconocer los signos y síntomas de la depresión postparto.

Misión de las Naciones Unidas en Sudán del Sur y ACNUDH, “Access to health for survivors of conflict-related sexual violence in South Sudan” (mayo de 2020), párr. 37.

²⁹ Amnistía Internacional, *Unnecessary Burden: Gender Discrimination and Uterine Prolapse in Nepal* (Londres, 2014), pág. 18.

³⁰ Karen Hardee, Jill Gay y Ann K. Blanc, “Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world”, *Global Public Health*, vol. 7, núm. 6 (2012), pág. 610.

³¹ Donna E. Stewart y otros, *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions* (University Health Network Women’s Health Program, 2003), pág. 21.

³² *Ibid.*, págs. 2 y 19.

³³ Ravi Prakash Upadhyay y otros, “Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 95, núm. 10 (2017). Véase también Jane Fisher y otros, “Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and low-middle-income countries: a systematic review”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 90, núm. 2 (2012).

50. La depresión postparto no tratada puede tener consecuencias adversas para las mujeres, sus hijos y sus familias. Puede ser precursora de una depresión crónica recurrente y, en casos graves, puede llevar al suicidio. En la mayoría de las sociedades se estigmatizan los problemas de salud mental, lo que tiene consecuencias en muchos aspectos de la vida de las mujeres, también en la familia, la comunidad y el trabajo. Asimismo, pueden afectar negativamente a la relación madre-hijo y al desarrollo del niño.

4. Esterilidad

51. La esterilidad es otra afección que puede asociarse con la morbilidad materna, ya que puede deberse a complicaciones de abortos peligrosos y otras morbilidades maternas, como la sepsis. La OMS define la esterilidad como una enfermedad del sistema reproductivo caracterizada por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico tras 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección³⁴. La OMS también ha estimado que 34 millones de mujeres, principalmente de países en desarrollo, son estériles debido a una sepsis materna o un aborto peligroso³⁵. Prácticas coercitivas como la esterilización involuntaria también provocan esterilidad y se han documentado en particular entre mujeres y niñas con discapacidad, mujeres y niñas que viven con el VIH, mujeres y niñas indígenas y pertenecientes a minorías étnicas, y mujeres y niñas que viven en la pobreza³⁶.

52. La esterilidad puede tener graves consecuencias. A menudo se culpa a las mujeres de los problemas de esterilidad, con independencia de que el problema médico sea suyo o de su pareja. Pueden verse estigmatizadas y alienadas de sus familias y comunidades, y también pueden sufrir un mayor riesgo de violencia.

D. Causas y consecuencias de la morbilidad materna en lo que respecta a los derechos humanos

1. Discriminación de género

53. La discriminación de género es tanto una causa como una consecuencia de la morbilidad materna. La capacidad de las mujeres y las niñas para elegir cuándo y con quién mantener relaciones sexuales depende de la seguridad del embarazo y el parto. La discriminación contra las mujeres y las niñas también influye en su acceso o no a los servicios de atención de la salud.

54. Las prácticas nocivas constituyen una violación de los derechos humanos y representan una discriminación contra las mujeres y las niñas³⁷, y están asociadas a un mayor riesgo de morbilidad materna. Las niñas que son víctimas de matrimonios infantiles y forzados tienen más probabilidades de tener más hijos y de tenerlos antes, lo que aumenta sus probabilidades de sufrir una morbilidad materna. Del mismo modo, las niñas a quienes se somete a la mutilación genital femenina están más expuestas a sufrir complicaciones en el embarazo y el parto, y corren mayor riesgo de sufrir fístula obstétrica. La OMS señala que para prevenir la morbilidad materna es fundamental poner fin a las prácticas nocivas y retrasar la edad del primer embarazo³⁸.

55. Para que las mujeres y las niñas tengan un embarazo y un parto seguros es esencial que puedan tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y que tengan acceso a la información que necesitan para tomar decisiones saludables. Las leyes y prácticas discriminatorias que socavan la capacidad de las mujeres y las niñas para tomar esas decisiones, incluidas las basadas en la edad o el estado civil, contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a sufrir morbilidades maternas. Las leyes que restringen la salud

³⁴ Véase www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ ACNUDH y otros, *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement* (Organización Mundial de la Salud, 2014). Véase también A/73/161.

³⁷ Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, párr. 16.

³⁸ Véase www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula.

y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en particular en lo que respecta a la planificación familiar y el aborto, influyen tanto en el riesgo de morbilidad como en las posibilidades de recuperación después del parto³⁹. Por ejemplo, las leyes de aborto restrictivas propician tasas más elevadas de aborto peligroso⁴⁰. El aborto peligroso es uno de los factores que más contribuyen a las morbilidades maternas, ya que cada año unos 7 millones de mujeres son hospitalizadas en países en desarrollo. Después de un aborto peligroso, las mujeres y las niñas pueden sufrir diversas morbilidades, como aborto incompleto, esterilidad, hemorragias e infecciones, y algunas sufren complicaciones que ponen en peligro su vida⁴¹.

2. Discriminación interseccional y morbilidad materna

56. Cuando las mujeres son objeto de discriminación, en particular por motivos de edad, situación socioeconómica, discapacidad, origen racial o étnico, idioma, religión, origen nacional o social, salud u otra condición, suelen sufrir una discriminación múltiple o interseccional, que aumenta considerablemente su riesgo de sufrir morbilidades maternas.

57. Las mujeres que, además de sufrir discriminación de género, pertenecen a grupos marginados suelen tener menos probabilidades de acceder a una atención de la salud adecuada y a intervenciones y servicios oportunos debido a numerosos factores, entre ellos la distancia, el costo, la falta de información o la insensibilidad cultural. Además, también pueden ser reacias a acudir a los servicios de atención de la salud materna debido a barreras lingüísticas o a experiencias anteriores de maltrato y abuso en centros de atención de la salud. Los estereotipos de género nocivos pueden hacer que ciertos grupos de mujeres, como las mujeres con discapacidad, las mujeres que viven con el VIH y las mujeres indígenas y pertenecientes a minorías, sean particularmente vulnerables al maltrato durante el embarazo y el parto, lo que las expone a posibles morbilidades.

3. Falta de información completa y servicios integrales de calidad en materia de salud sexual y reproductiva

58. Es esencial contar con servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para prevenir y tratar las morbilidades maternas. Cuando los sistemas de salud carecen de recursos, no tienen suficientes medicamentos y suministros básicos y carecen de profesionales sanitarios calificados y especializados adecuados, como ocurre en muchas partes del mundo, aumenta el potencial de morbilidad materna. Por ejemplo, la insuficiencia de personal especializado para tratar ciertas morbilidades puede dar lugar a largos períodos de espera para recibir tratamiento, lo que puede contribuir a la aparición de nuevas complicaciones.

59. Incluso cuando se dispone de atención médica, la falta de información hace que muchas mujeres no sepan a qué atención médica pueden acceder ni a qué síntomas deben estar atentas. Por ejemplo, Amnistía Internacional informó de que la mayoría de las mujeres que tenían prolapsos uterinos con las que había hablado en Nepal no sabían nada de esa afección antes de padecerla⁴². Del mismo modo, muchas mujeres con fístula obstétrica en Zimbabwe no sabían qué tenían y experimentaban dificultades para encontrar información sobre las causas y el tratamiento de su afección⁴³.

60. El maltrato y el abuso de las mujeres durante el embarazo y el parto también pueden provocar morbilidades maternas (véase A/74/137). En algunos casos, se cometen violaciones de los derechos humanos en los centros de atención de la salud que causan directamente morbilidades maternas, por ejemplo cuando se las esteriliza a la fuerza

³⁹ Veronique Filippi y otros, "A new conceptual framework for maternal morbidity", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 141, núm. S1 (2018), pág. 7.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda ed. (2012), pág. 17.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud, "Prevención del aborto peligroso", hoja informativa (2019).

⁴² Amnistía Internacional, *Unnecessary Burden*, pág. 46.

⁴³ Véase la comunicación de Amnistía Internacional.

durante el parto u otras intervenciones relacionadas con el embarazo⁴⁴. Además de tener una repercusión directa en los derechos humanos de las mujeres, esas prácticas también contribuyen al riesgo de morbilidad materna al crear un entorno en el que es menos probable que las mujeres busquen otro tipo de servicio de salud sexual y reproductiva, como el tratamiento antirretroviral, y es más probable que recurran a personas no capacitadas para recibir asistencia médica⁴⁵.

4. Factores básicos determinantes

61. La salud de las mujeres y las niñas durante el embarazo y el parto se ve muy afectada por factores sociales y económicos, en los que a su vez influye la discriminación de género. El entorno de vida de una mujer está directamente relacionado con su salud general, que está en correlación con la probabilidad de sufrir una morbilidad materna durante el embarazo o el parto⁴⁶.

62. Por lo general, las mujeres que viven en hogares más ricos, que tienen un nivel de educación más alto o que viven en zonas urbanas presentan niveles más bajos de morbilidad y recurren más a servicios de atención de salud materna adecuada que las que viven en la pobreza, tienen menos educación o viven en zonas rurales. A nivel mundial, las bajas tasas de alfabetización y educación de las mujeres están vinculadas a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y a otros índices de salud materna, como las tasas de fecundidad, la utilización de la atención prenatal, las necesidades no atendidas de anticonceptivos y la edad del primer parto⁴⁷. Además, las prácticas discriminatorias, como la denegación a las mujeres y las niñas de acceso a los alimentos en igualdad de condiciones, combinadas con la realidad de la escasez de alimentos en determinadas épocas del año, provocan subalimentación o malnutrición, que pueden aumentar el riesgo de embarazos que no llegan a buen fin⁴⁸.

5. Consecuencias sociales y económicas de la morbilidad materna

63. El estigma, la vergüenza y el aislamiento suelen estar asociados a formas específicas de morbilidades maternas, y pueden manifestarse como ostracismo o cambios en la condición social que repercuten negativamente en el bienestar psicológico, económico y social de las mujeres⁴⁹. Por ejemplo, las mujeres que padecen fístula obstétrica sufren de incontinencia constante, lo que a menudo las lleva a aislarse de sus familias y comunidades y les provoca problemas de salud mental, como depresión y baja autoestima (A/73/285, párr. 4). Se han documentado efectos similares en el caso de las mujeres con prolapsos uterinos⁵⁰. Además, el temor a no ser comprendidas o a ser consideradas “defectuosas” puede hacer que las mujeres con depresión postparto no busquen atención. La esterilidad causada por complicaciones durante el embarazo y el parto es una morbilidad materna muy estigmatizada, que provoca discriminación, ostracismo e incluso violencia. La estigmatización puede ser extrema en algunos países, en los que se considera que las mujeres estériles son una carga para el bienestar socioeconómico de una comunidad. Esto amplifica la culpa y la vergüenza que siente la mujer⁵¹. Una característica común de las

⁴⁴ Véase, por ejemplo, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, A. S. c. *Hungría* (CEDAW/C/36/D/4/2004). El Comité determinó que se había vulnerado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer al esterilizar a una mujer sin su consentimiento informado cuando la operaban en relación con un aborto espontáneo.

⁴⁵ Robert Yates, Tom Brookes y Eloise Whitaker, “Hospital detentions for non-payment of fees: a denial of rights and dignity” (Chatham House, 2017), pág. 5.

⁴⁶ PNUD, “A social determinants approach to maternal health”, (2011).

⁴⁷ UNFPA, “Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability” (2012).

⁴⁸ Isabelle Lange y otros, “What maternal morbidities are and what they mean for women: a thematic analysis of twenty years of qualitative research in low and low-middle income countries”, *PLOS ONE* (2019), pág. 10; Amnistía Internacional, *Unnecessary Burden*, pág. 44.

⁴⁹ Lange y otros, “What maternal morbidities are”, pág. 14.

⁵⁰ Véase, por ejemplo, Amnistía Internacional, *Unnecessary Burden*.

⁵¹ OMS, “Mother or nothing: the agony of infertility”, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 88, núm. 12 (2010).

diversas formas de morbilidad materna es que se culpa a las mujeres de haberse provocado sus propias afecciones, lo que aumenta su estigmatización.

64. Varios factores pueden afectar a la disposición y la capacidad de las mujeres para buscar atención médica, lo que hace que sus afecciones empeoren sin tratamiento⁵². Por ejemplo, la mayoría de los casos de fístula obstétrica se pueden tratar con una reparación quirúrgica; sin embargo, la pobreza, la estigmatización social, las ideas equivocadas sobre la afección y la falta de capacidad quirúrgica hacen que el tratamiento sea inalcanzable para la mayoría de las mujeres con fístula⁵³.

65. El vínculo entre las morbilidades maternas y las cargas económicas personales se observa en tres ámbitos: las consecuencias de la falta de fondos para proporcionar y buscar atención; los onerosos costos de la atención de la salud; y las repercusiones de las enfermedades en la capacidad de obtener ingresos⁵⁴. Los recursos económicos personales pueden ser un obstáculo a la hora de buscar atención médica para las morbilidades de las mujeres, lo que puede agravar la afección y aumentar la probabilidad de complicaciones. Las dificultades económicas que pueden causar los onerosos gastos de tratamiento contribuyen a provocar incertidumbre, estigmatización, dolor, preocupación y la interrupción del tratamiento⁵⁵.

E. Aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas y los programas destinados a abordar la morbilidad materna

66. Para garantizar los derechos humanos de las mujeres en relación con la salud materna no solo hay que evitar la muerte. Es necesario prestar más atención a las morbilidades maternas a fin de adoptar un enfoque más holístico respecto de la salud de la mujer acorde con las obligaciones de derechos humanos. Las elevadas tasas de morbilidad materna en todo el mundo se deben a múltiples factores, entre ellos la desigualdad que sufren las mujeres a lo largo de su vida. Para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la morbilidad prevenible asociada a la maternidad es preciso, entre otras cosas, asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del tratamiento, así como servicios y medidas preventivas; mejorar la reunión de datos para comprender el alcance del problema; adoptar enfoques participativos en los que se incluya directamente a las mujeres y niñas afectadas; y reforzar los sistemas de rendición de cuentas para hacer frente a las denegaciones de derechos humanos. Ese enfoque también garantizaría que se prestara sistemáticamente atención a las causas y consecuencias discriminatorias de la morbilidad materna.

67. Muchos interesados han hecho importantes esfuerzos para garantizar el tratamiento de las morbilidades maternas graves. Hay que alentar estos esfuerzos y es preciso insistir más para que todas las mujeres que lo necesiten puedan recibir tratamiento sin discriminación, prestando especial atención a la accesibilidad y la asequibilidad. También es esencial velar por que el personal sanitario disponga de los medios necesarios para responder a las morbilidades maternas, que, teniendo en cuenta el gran número de afecciones que se consideran morbilidades, pueden requerir una formación especializada.

68. Además de ofrecer tratamiento, es esencial que los Estados y otros interesados pertinentes adopten medidas de prevención enérgicas, eficaces e integrales que aborden explícitamente la discriminación de género y otros factores determinantes de la salud. Con estrategias de prevención holísticas que incluyan la eliminación de todos los obstáculos que impiden el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, así como iniciativas específicamente dedicadas a empoderar a las mujeres y las niñas para reivindicar sus

⁵² Lange y otros, "What maternal morbidities are", pág. 15.

⁵³ Véase, por ejemplo, William Murk, "Experiences with obstetric fistula in rural Uganda", *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 82, núm. 2 (junio de 2009).

⁵⁴ Lange y otros, "What maternal morbidities are", pág. 14.

⁵⁵ *Ibid.*

derechos y acceder a información fiable que les permita tomar decisiones sobre su salud, es posible reducir las tasas de morbilidad materna.

69. Para combatir las morbilidades maternas se requiere una información más sólida que permita conocer su prevalencia y tipología, así como las disparidades entre los grupos de mujeres y niñas. Con un análisis de los derechos humanos, los interesados pueden determinar y abordar las razones que explican la mayor incapacidad de ciertas mujeres para acceder a intervenciones y servicios de atención de la salud materna adecuados y oportunos, lo que causa complicaciones durante el embarazo y el parto. La obtención de esos datos requiere sistemas sólidos de documentación y vigilancia que sirvan de base para la adopción de medidas correctivas mediante cambios en la práctica y las políticas o incluso reformas legislativas.

70. Para abordar la morbilidad materna desde la perspectiva de los derechos humanos, también es fundamental contar directamente con las mujeres y las niñas en las iniciativas destinadas a prevenir y tratar esas morbilidades. Gracias a los enfoques participativos, las mujeres tendrán acceso a información pertinente que les permitirá adoptar decisiones sobre cuestiones que afecten a su salud, su embarazo y su parto. El seguimiento de las mujeres después del parto también es importante para detectar posibles morbilidades y aumentar las posibilidades de tratamiento. También es esencial prestar especial atención a ciertos grupos de mujeres y niñas que tienen más probabilidades de sufrir morbilidades maternas, velando por que se tenga en cuenta su opinión en la elaboración y aplicación de los programas y políticas relacionados con las morbilidades.

71. Los Estados, haciendo suyo el concepto de “círculo de rendición de cuentas”, pueden abrir vías para la rendición de cuentas a lo largo del ciclo normativo a fin de hacer frente a la morbilidad materna. Ello supone determinar quiénes son los responsables de cada medida de protección de los derechos humanos y asegurar que las mujeres y las niñas sepan dónde acudir si sufren morbilidades durante el embarazo y el parto. Esto puede lograrse estableciendo sistemas de rendición de cuentas en todos los ámbitos, a saber, social, profesional, político, jurídico, judicial e internacional. La utilización de diversos mecanismos de rendición de cuentas permite obtener información fundamental para la adopción de medidas correctivas a fin de afrontar los problemas sistémicos, así como detectar casos individuales en los que puede ser necesaria una reparación.

V. Recomendaciones

72. **Los interesados han puesto en marcha numerosas iniciativas para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la reducción de la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Sigue siendo fundamental evaluar los efectos de la utilización de las orientaciones técnicas y mejorar la comprensión de la forma en que se pueden aplicar enfoques basados en los derechos humanos a la mortalidad y la morbilidad maternas. A este respecto, se recomienda que el Consejo de Derechos Humanos siga ocupándose de esta importante cuestión y continúe recibiendo información sobre la aplicación de las orientaciones técnicas.**

73. **Se formulan las siguientes recomendaciones a los Estados y demás interesados, según proceda:**

a) **Fomentar el reconocimiento, en los planos nacional e internacional, de que la mortalidad y la morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad constituyen una cuestión fundamental de derechos humanos y concienciar en mayor medida a la totalidad de los interesados sobre la indivisibilidad de todos los derechos humanos;**

b) **Difundir las orientaciones técnicas y los instrumentos conexos tan ampliamente como sea posible y promover su aplicación, también entre todos los ministerios, en particular los de salud, y las instituciones públicas pertinentes a todos los niveles, así como entre los titulares de derechos, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones nacionales de derechos humanos que trabajan en esferas conexas;**

c) **Aumentar la concienciación y fomentar las capacidades de los diversos interesados, incluidos los trabajadores sanitarios, los responsables de la formulación de políticas, los legisladores, las instituciones nacionales de derechos humanos y el poder judicial, respecto de la aplicación de enfoques basados en los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, entre otras cosas mediante la organización de reuniones informativas y actividades de capacitación;**

d) **Convocar y apoyar reuniones de múltiples interesados a múltiples niveles, en las que participen los trabajadores sanitarios y las mujeres y las niñas marginadas, para examinar la aplicación de un enfoque basado en derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos e identificar oportunidades en el marco de los procesos nacionales, así como priorizar esferas y planes de acción concretos;**

e) **Garantizar la coordinación de procesos multisectoriales e interdisciplinarios a nivel nacional a fin de lograr un enfoque integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluida la salud materna, necesario para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos;**

f) **Fomentar la capacidad de los titulares de derechos para que puedan reivindicar sus derechos y participar, y contribuir a una cultura de rendición de cuentas por el cumplimiento de las obligaciones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos;**

g) **Aumentar el conocimiento y la visibilidad de la morbilidad materna como problema de derechos humanos, entre otras cosas mediante el aumento de la investigación especializada en ese ámbito, la asignación de recursos suficientes y la puesta en marcha de iniciativas específicas para garantizar la disponibilidad de información, en particular para las mujeres y las niñas, sobre las causas de las distintas morbilidades maternas y su prevención;**

h) **Dar prioridad a la reunión colaborativa de datos fiables, transparentes y desglosados sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y niñas, a fin de promover políticas más generales destinadas a prevenir y combatir la morbilidad materna;**

i) **Velar por que los profesionales sanitarios cuenten con los medios necesarios para hacer frente a la morbilidad materna, entre otras mediante su capacitación, prestando especial atención a la situación de las mujeres y niñas marginadas;**

j) **Elaborar estrategias y programas integrales de prevención de la morbilidad materna que incluyan medidas para mejorar los conocimientos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, entre otras cosas mediante una educación sexual completa, así como medidas para abordar los factores básicos determinantes de la salud, como la discriminación de género y los factores socioeconómicos, que hacen que determinadas mujeres y niñas sean más vulnerables a la morbilidad materna;**

k) **Establecer mecanismos de rendición de cuentas a diversos niveles a fin de abordar más ampliamente las denegaciones de derechos humanos en relación con la mortalidad y la morbilidad maternas y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.**