



# UNIÓN INTERPARLAMENTARIA 126ª Asamblea y reuniones conexas

Kampala (Uganda), 31 de marzo - 5 de abril de 2012



Servicio de traducción al español – GRULAC – Unión Interparlamentaria  
Versión original: inglés y francés – Traducción: Lic. Carina Galvalisi Kemayd  
[www.secretariagrulacuip.org](http://www.secretariagrulacuip.org)

Tercera Comisión Permanente  
Democracia y Derechos Humanos

C-III/126/R  
15 de diciembre de 2011

## EL ACCESO A LA SALUD, UN DERECHO FUNDAMENTAL: ¿CUÁL ES EL ROL QUE LOS PARLAMENTOS PUEDEN DESEMPEÑAR PARA GARANTIZAR LA SALUD A LAS MUJERES Y A LOS NIÑOS?

*Informe presentado por*  
*Sra. S. Atallahjan (Canadá), Sr. F. Sardinha (India)*  
*y Sra. P. Turyahikayo (Uganda), co-Relatores*

### *Situación de la salud materna, del recién nacido y del niño*

#### **A. Objetivos internacionales**

1. En 2000, los Estados Miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio para el Desarrollo, que define los ocho objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El Secretario General de la ONU los ha descrito en 2010 como “una etapa decisiva para la cooperación internacional” y “una expresión de los derechos humanos fundamentales: el derecho de todos a la salud, a la educación y a la vivienda”.

2. Dos ODM tratan directamente la salud de las mujeres y de los niños: el ODM 4 apunta a reducir dos tercios la mortalidad de los niños menores de cinco años en relación a los años 1990, y el ODM 5 apunta a reducir tres cuartos la tasa de mortalidad materna en relación a los años 1990. Dado la naturaleza global del desarrollo, otros cuatro objetivos están ligados a los factores determinantes del derecho a la salud. Las tasas de mortalidad materna e infantil continuarán elevadas en tanto subsistan los problemas en materia de pobreza y alimentación

(ODM 1), de acceso universal a la educación (ODM 2), de igualdad de los sexos y de empoderamiento de las mujeres (ODM 3) y de prevalencia del VIH/SIDA y del paludismo (ODM 6). La lista de indicadores utilizados para medir la implementación de los ODM demuestra el rol primordial que juega la salud en el desarrollo. Además, una concepción del desarrollo basada en los derechos humanos, que encierra el derecho al marco de salud, es fundamental para alcanzar estos objetivos.

3. La comunidad internacional se ha comprometido a alcanzar los ocho ODM para 2015. Sin embargo, numerosos países no se encuentran en el camino para alcanzar los objetivos. Además, el progreso en la realización de los diversos ODM es muy variable. En general, el progreso no ha sido suficiente en materia de indicadores de salud materna, infantil y del recién nacido. Este informe destaca el rol que los parlamentarios pueden y deben jugar para acelerar el progreso en la realización de los ODM y realizar el derecho fundamental de todas las mujeres y de todos los niños a acceder a la asistencia médica esencial.

## **B. Las estadísticas**

4. Se estima que la tasa de mortalidad materna en las regiones en desarrollo ha bajado aproximadamente un 34% entre 1990 y 2008, de 440 a 290 muertes cada 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, se estima que 358.000 mujeres todavía murieron en 2008 por causas ligadas a la maternidad, y que un número considerablemente más elevado entre ellas sufrieron de infecciones, heridas y discapacidades. La baja anual promedio de la tasa de mortalidad (2,3%) continúa estando por debajo de la tasa necesaria para la realización del ODM 5 (5,5%).<sup>i</sup>

5. Las muertes maternas están ampliamente concentradas en los países en desarrollo, pero son más elevadas en el África subsahariana y en Asia del Sur (que representan en conjunto el 87% de todas las muertes en 2008). En el África subsahariana, donde tienen lugar casi los tres quintos de todas las muertes maternas, en una joven de 15 años, el riesgo de morir por causas ligadas al embarazo es de 1 en 31. En ciertos países el riesgo es más elevado, y en los países desarrollados es solamente de 1 en 4.300.<sup>ii</sup>

6. A nivel mundial, la tasa de mortalidad infantil ha bajado alrededor de un tercio desde 1990, pasando de aproximadamente 88 muertes cada 1,000 nacidos vivos en 1990 a 57 en 2010, lo que se traduce en 12,000 muertes menos por año. Sin embargo, esta tasa también continúa siendo inaceptablemente alta, considerando que en 2010 un estimado de 7.6 millones de niños murieron antes de alcanzar los cinco años de edad.<sup>iii</sup> Además, es necesario intensificar los

esfuerzos en el área de la salud del recién nacido, dado que los recién nacidos representan más del 40% de todas las muertes de menores de 5 años en 2008.<sup>iv</sup>

7. Los decesos maternos e infantiles evitables continúan siendo inaceptablemente altos. Es precisamente por esta razón que las estrategias nacionales e internacionales que buscan mejorar los resultados sanitarios deben poner acento en la prevención.

8. Es imperativo intervenir, particularmente porque, entre otras consideraciones, la salud materna e infantil tiene una incidencia sobre el desarrollo económico y, por tanto, sobre el progreso social. La mortalidad materna y del recién nacido es responsable de las pérdidas de productividad por un monto total de 15 mil millones de dólares por año.<sup>v</sup>

### **C. Principales desafíos**

9. Como se ha mencionado arriba, muchas muertes maternas son evitables. Las hemorragias y la hipertensión representan un poco más de la mitad de todos los decesos, condiciones que en la mayoría de los casos pueden ser tratadas por intervenciones básicas. De igual manera, la diarrea, la neumonía y la malaria, principales causas de decesos en los niños pequeños, pueden ser evitadas a través de medidas bien conocidas y de una buena relación costo-eficacia. En 2010, los líderes del G8 señalaron que numerosas muertes maternas “podrían ser evitadas con un mejor acceso a los sistemas de salud reforzados, así como de asistencia y de servicios de salud sexual y reproductiva, inclusive en materia de planificación familiar voluntaria”.<sup>vi</sup>

10. La nutrición es también un factor importante de la salud materna e infantil. Como se observa en el Informe 2011 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, “la nutrición debe ser una prioridad absoluta del desarrollo nacional si se desea alcanzar los ODM”. A pesar de los progresos recientes en materia de reducción de la extrema pobreza, la ONU estima que la proporción de la población de los países en desarrollo que sufrieron de hambre entre 2005 y 2007 era del mismo nivel (16%) que entre 2000 y 2002. Los problemas de nutrición son la causa “fundamental” de alrededor de un tercio de las muertes de niños pequeños en el África subsahariana y Asia del Sur.<sup>vii</sup>

11. La mayor parte de los países en desarrollo continúan enfrentando sistemas de salud poco competitivos y sub-financiados, que son las principales dificultades a superar para mejorar los indicadores de salud de las mujeres y de los niños. Los sistemas de salud engloban los recursos humanos de una nación,

la gobernanza y los marcos reglamentarios, el financiamiento de la salud, los medicamentos, los tratamientos y la información disponible sobre la salud, y las prestaciones. Se puede reforzar los sistemas de salud, privilegiando un enfoque basado en la asistencia médica primaria, que coloca a las personas en el centro de la asistencia médica.<sup>viii</sup>

12. Con respecto a la gobernanza en el área de la salud, muy pocos países autorizan a las parteras a efectuar las intervenciones necesarias. ix Por tanto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población ha concluido que 3,6 millones de muertes podrían haber sido evitadas cada año si se expandieran los servicios de parteras y su capacitación en los países en desarrollo. x

13. Además, numerosos países con tasas de mortalidad muy elevadas no tienen suficientes profesionales de la salud capacitados. Esta carencia no solamente limita el acceso a los servicios, sino que pesa sobre los recursos existentes. Mundialmente, en los países en desarrollo, la proporción de mujeres embarazadas que fueron asistidas por un profesional de la salud en el nacimiento se eleva de 55% en 1990 a 65% en 2009. Sin embargo, en 2009, la mitad de todas las mujeres embarazada en Asia del Sur y menos de la mitad de todas las mujeres embarazadas (46%) en el África subsahariana tuvieron acceso a personal calificado. xi

14. Una de las metas para el ODM 5 es alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, que es un elemento de derecho internacionalmente reconocido a la salud. Sin embargo, el Informe 2010 de la ONU sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio señala que las estadísticas globales que indican una utilización ampliada de la anticoncepción desde 1990 esconden dos tendencias: “una disminución considerable de los progresos desde 2000 y una gran separación entre las regiones.” En Asia del Este, que se encuentra en camino para alcanzar el ODM 5, la tasa de predominio de la anticoncepción es de 86%. En comparación, el África subsahariana, región que presenta una de las disminuciones anuales de la mortalidad materna más lentas (1,7%), posee una tasa de predominio de la anticoncepción de 22%.xii En 2008, un 3.2% de la ayuda internacional para los fines del desarrollo para la salud fue consagrado a la planificación familiar, por debajo del 8.2% en 2000. xiii

#### **D. Desigualdades: la necesidad de alcanzar a los más vulnerables**

15. El progreso en materia de reducción de la mortalidad materna e infantil ha sido desigual entre regiones y en el seno de los países. Estas tendencias reflejan la persistencia de considerables desigualdades ligadas a los determinantes

sociales de la salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “las condiciones en las que nacen los individuos, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud”.<sup>xiv</sup>

16. Dicho de otra manera, las mujeres que enfrentan el riesgo más elevado de morir de causas ligadas al embarazo es probable que sean pobres, rurales, poco instruidas y tengan un estatus inferior en su grupo social. Las mujeres y los niños de estos grupos llevan la carga de una mala salud. Los datos que son recabados a nivel nacional o regional ocultan estas realidades.

17. Las mujeres pobres enfrentan una incidencia desproporcionadamente alta de violencia doméstica y sexual, embarazo de adolescentes, embarazos no deseados, partos en condiciones poco seguras e infecciones sexualmente transmisibles. En comparación con los niños de los hogares más ricos, los niños de los hogares más pobres tienen dos o tres veces más probabilidades de morir antes de los cinco años.<sup>xv</sup> De manera similar, los niños que crecen en la pobreza tienen estadísticamente más probabilidades de tener un peso insuficiente y menos probabilidades de ser tratados por la neumonía o diarrea o vacunados contra el sarampión.

18. Las diferencias en materia de prestaciones sanitarias en las localidades rurales de los países en desarrollo revelan también las desigualdades en el acceso a los servicios. Las zonas rurales disponen de un menor número de personal calificado y de instalaciones médicas, y reciben generalmente menos información sobre la salud. Los pobres de las zonas rurales disponen generalmente de una educación formal limitada, lo que restringe su capacidad de comprender cuáles son sus opciones y sus derechos en materia de salud, y en consecuencia, de negociar para obtener los servicios adecuados. Además, los modos de transporte y las infraestructuras de comunicación con frecuencia impiden a las mujeres rurales acceder a la asistencia obstétrica de urgencia.<sup>xvi</sup> De acuerdo al Informe 2011 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los niños de zonas rurales tienen más riesgo de morir, aún en las regiones donde la mortalidad infantil es baja. Además, los niños que viven en zonas de conflicto o salientes de un conflicto son con frecuencia los primeros afectados.

19. Las adolescentes se enfrentan a dificultades particulares en materia de salud, quienes enfrentan riesgos acrecentados durante el embarazo y el parto. La ONU estima que la tasa de partos de adolescentes (número de nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19) disminuyó entre 1990 y 2000 en “casi todas las regiones.” Sin embargo, esta tasa “posteriormente enlenteció su disminución o aún aumentó en los siguientes ocho años.” El África subsahariana registra las

tasas más elevadas de partos de adolescentes, y “ha cambiado poco desde 1990”.<sup>xvii</sup> La ONU nota que varias estadísticas indican que “se ha realizado poco progreso para mejorar el acceso a la salud reproductiva para adolescentes”<sup>xviii</sup>.

20. En ciertos países, las niñas y las adolescentes son también víctima de la práctica tradicional de la mutilación genital – una violación a sus derechos fundamentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que estas prácticas “no presentan ningún beneficio para la salud” y suponen, por el contrario, “riesgos inmediatos y a largo plazo”, particularmente “complicaciones durante el parto y muerte del recién nacido”. Por tanto, se estima entre 100 y 140 millones el número de niñas y de mujeres que viven actualmente con las secuelas de la mutilación genital.”<sup>xix</sup>

21. Las mujeres infectadas por el VIH/SIDA enfrentan dificultades suplementarias. En ciertos casos, estas también enfrentan la discriminación o la estigmatización al buscar acceso a la asistencia médica esencial. Se estima que 42,000 muertes de mujeres embarazadas en 2008 han sido debido al VIH/SIDA.<sup>xx</sup> La epidemia también afecta la salud del niño. Se estima que 370.000 niños contrajeron VIH en 2009 “durante el periodo perinatal y lactancia...” Aún con los recientes progresos, el acceso a las medicinas que salvan la vida y los servicios de prevención que pueden detener la transmisión madre-hijo, todavía necesita ser desarrollado en numerosas áreas. Además, en 2009, cerca de 16.6 millones de niños (de 0-17 años) vivos han perdido a sus padres debido al VIH/SIDA.<sup>xxi</sup>

22. El Comité de la ONU para la eliminación de la discriminación contra las mujeres indicó que hace falta acordar una atención particular a las necesidades y a los derechos de las mujeres y de los niños pertenecientes a todos los grupos vulnerables y desfavorecidos, en particular las mujeres inmigrantes, los refugiados y las mujeres desplazadas al interior de su propio país, las trabajadoras del sexo, las mujeres indígenas y las mujeres discapacitadas.<sup>xxii</sup>

23. El hecho de estudiar los determinantes sociales de la salud puede dar lugar a mejoras tangibles en materia de prestaciones sanitarias. Un estudio reciente atribuye 51,2% de la reducción de los decesos de niños entre 1970 y 2009 a “la mejora del nivel de instrucción en las mujeres en edad reproductiva”.<sup>xxiii</sup> De igual manera, un estudio de UNICEF concluye que un enfoque basado en la noción de equidad en materia de salud puede permitir la realización de los ODM de manera más rápida, sustentable y económica que las estrategias existentes.<sup>xxiv</sup>

### ***El derecho internacional a la salud***

24. Mejorar la salud de las mujeres y de los niños es más que un objetivo político. Alcanzar un mejor estado de salud es un derecho fundamental internacionalmente reconocido. El marco detallado debajo demanda a los Estados parte el garantizar el derecho de las mujeres y de los niños a la salud sin que estos sean objeto de discriminación de ninguna clase (numerosos Estados también han incluido estas obligaciones en su Constitución y su legislación nacional).

#### **A. El marco internacional de derechos humanos**

25. Conforme a los tratados internacionales jurídicamente obligatorios, los Estados deben respetar, promover y cumplir con el derecho a la salud. A nivel más general, el derecho a no ser arbitrariamente privado de vivir es un elemento fundamental del Pacto Internacional relativo a los Derechos Civiles y Políticos (167 Estados parte). El derecho a la salud está garantizado en ciertos instrumentos ampliamente ratificados, particularmente: el Pacto Internacional relativo a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (160 Estados parte); la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (174 Estados parte); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (187 Estados parte); la Convención relativa a los derechos del niño (193 Estados parte); y la Convención relativa a los derechos de las personas discapacitadas (101 Estados parte).

26. El derecho a la salud es también reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este figura en los sistemas regionales de protección de los derechos humanos y en ciertas normas doctrinales desprovistas de carácter obligatorio, particularmente la Plataforma de Acción de Beijing (1995).

27. El Pacto Internacional relativo a los derechos económicos, sociales y culturales reconoce “el pleno ejercicio del derecho de toda persona de gozar del mejor estado posible de salud física y mental”. Este derecho debe ser realizado a través de medidas tales como la reducción de la mortalidad del recién nacido y de la mortalidad infantil, y la creación de “condiciones apropiadas para asegurar a todos los servicios médicos y una ayuda médica en caso de enfermedad” (Artículo 12).

28. Según la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), los Estados parte deben asegurar que las mujeres tengan “servicios apropiados en relación al embarazo, el parto y

periodo post-parto, otorgando servicios gratis cuando sea necesario, así como alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia” (Artículo 12). Los Estados parte también tienen la responsabilidad de proteger el derecho de la mujer a la salud, particularmente luchando contra la violencia doméstica y sexual.

29. La Convención relativa a los Derechos del Niño demandan explícitamente a los Estados parte “reducir la mortalidad entre los niños de pecho y los niños”, luchar contra las enfermedades y la desnutrición, y “asegurar a todos los niños la asistencia médica y cuidados de salud necesarios”, con énfasis en “el desarrollo de la asistencia médica primaria” (Artículo 24)

30. Como lo explica el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, el derecho a la salud no es equivalente al derecho de gozar de buena salud. En cambio, este implica libertades – como el derecho de no ser sometido a un tratamiento sin consentimiento – y los derechos, particularmente “el derecho a un sistema de protección que garantice a cada uno la posibilidad de gozar un mejor estado de salud”.

31. De manera general, los servicios de salud deben ser: disponibles, accesibles, aceptables, y de una calidad suficiente.

32. El Pacto Internacional relativo a los derechos económicos, sociales y políticos prevé la “realización progresiva” de ciertos derechos, dado las restricciones de recursos. Sin embargo, esta impone también obligaciones inmediatas, particularmente asistencia médica primaria esencial, la no discriminación en la prestación de la asistencia médica, y la obligación de tomar medidas concretas, eficaces y rápidas, a nivel nacional y en el marco de la ayuda económica y técnica internacional, para realizar los derechos contenidos en este. En otras palabras, a cada Estado parte se le requiere garantizar el derecho a la salud en toda la medida de lo posible.<sup>xxv</sup>

## **B. Garantizar la no discriminación**

33. Todos los derechos consagrados por el Pacto Internacional relativo a los derechos económicos, sociales y culturales proceden de la dignidad inherente a cada ser humano y basados en la igualdad. El tratado estipula que “los derechos que son enunciados serán ejercidos sin discriminación alguna basada en la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o toda otra opinión, origen nacional o social, la fortuna, el nacimiento o toda otra situación”.

34. De igual manera, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación hacia las mujeres impone a los Estados luchar contra las

desigualdades, obligándolos a garantizar la igualdad de acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud, “incluyendo aquellos relacionados con la planificación familiar” (Artículo 12). La Convención subraya la atención particular que debe ser acordada a los grupos vulnerables. Esta menciona particularmente el derecho de las mujeres en las zonas rurales a “tener acceso a los servicios adecuados en el área de la salud, incluyendo la información, asesoramiento y servicios en materia de planificación familiar” (Artículo 14).

35. La Convención relativa a los derechos del niño demanda también la aplicación universal del derecho de los niños a la salud.

### ***Las lagunas en materia de rendición de cuentas***

36. A pesar de estas obligaciones jurídicas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos a nivel internacional, numerosos Estados no asumen sus responsabilidades. Se constatan lagunas en materia de aplicación en los Estados que no ponen a disposición los recursos necesarios para asegurar los servicios de salud materna e infantil o no adoptan las leyes ni toman las medidas necesarias para permitir el acceso universal de las mujeres y de los niños a la salud.

37. Esta laguna es revelada por las estadísticas sobre las prestaciones de salud. En 2008, de los 87 países que tenían una tasa de mortalidad materna superior a 100 (por 100.000 nacimientos vivos) en 1990, se estima que 10 estaban “en camino,” y 47 “haciendo progresos” en la realización del ODM 5. Sin embargo, 22 países habían mostrado “insuficiente progreso”, mientras se estimaba que ocho no habían hecho “ningún progreso”.<sup>xxvi</sup>

38. En términos de asignación de los recursos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de salud y para la capacitación de personas calificadas, en los países de ingresos bajos, los gastos de salud nacional se incrementaron de 1,7% del PBI en 2000 a 1,8% en 2008, lo que es insuficiente.<sup>xxvii</sup>

39. La Comisión de Información y de Rendición de Cuentas para la Salud de las Mujeres y los Niños evocó la ausencia de datos serios en numerosos países como el “escándalo de la invisibilidad”.<sup>xxviii</sup> A nivel político, los datos son necesarios para establecer la verdadera amplitud de las dificultades en el área de la salud materna e infantil, y suministrar servicios adaptados a los que tienen más necesidad. Los datos plurianuales y los datos desagregados por grupos vulnerables permiten a los gobiernos, a los parlamentos y a los ciudadanos seguir el progreso y proceder a los ajustes políticos necesarios. Estas informaciones son vitales para el diálogo

nacional sobre las reformas y las prioridades en materia de salud. Sin embargo, solamente 63 países implementaron sistemas de estado civil para registrar los nacimientos y decesos y establecer de manera clara las causas de los decesos. El estado civil es la condición de base para el seguimiento de los indicadores sanitarios.

40. En su conjunto, se debe subrayar que la rendición de cuentas se deriva de la apropiación de los proyectos por los países y de su responsabilidad en su implementación. Esto fue afirmado en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda (2005) y el posterior Programa de Acción de Accra (2008).

41. Por su lado, las iniciativas nacionales deben ser apoyadas por la asistencia internacional, que debe ser concebida para apoyar los planes y las prioridades impulsadas por los países en materia de salud. No debe olvidarse que el ODM 8 busca un partenariado mundial para el desarrollo.

42. Además, los principios de rendición de cuentas en materia de eficacia de la ayuda exigen donantes que cooperen entre ellos y con los países beneficiarios para coordinar sus esfuerzos y aliviar la carga que representa el establecimiento de informes para los países cuyos recursos son limitados. Más de 40 organismos de ayuda bilateral, 26 organismos de Naciones Unidas y 20 fondos mundiales y regionales, además de otras diversas instituciones multilaterales, trabajan actualmente en la salud mundial. Como lo muestra la Estrategia Mundial de la ONU para la salud materna e infantil, la alineación de los donantes con los sistemas nacionales de seguimiento es una de las estrategias de atenuación de la mortalidad materna e infantil.

### ***Intervenciones recientes de la comunidad internacional***

43. Existen razones para ser optimista. La atención internacional ha estado centrada en la necesidad de acelerar el progreso en materia de salud infantil y materna.

44. En la Cumbre del G8 en Canadá en junio de 2010, los países miembros y no miembros del G8 y las fundaciones asociadas prometieron 7,3 mil millones de dólares a favor de una serie de iniciativas mundiales en los países más pobres.<sup>xxix</sup> Los que participaron en esta iniciativa, titulada iniciativa Muskoka, contribuirán a la Estrategia Mundial de la ONU para la salud materna e infantil, que fue anunciada por el Secretario General de la ONU en setiembre de 2010.

45. En el marco de la Estrategia Mundial, los Estados Miembros de la ONU, el sector privado, las fundaciones, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y las organizaciones de investigación, prometieron más de 40 mil millones para los próximos cinco años. Cooperando, estos socios tienen por objetivo mejorar de manera significativa el acceso de las mujeres y de los niños a las intervenciones sanitarias accesibles y vitales.

46. Globalmente, la Estrategia Mundial tiene por objetivo salvar la vida de 16 millones de mujeres y niños entre 2011 y 2015. Los parlamentarios deben asumir un rol activo y central en la realización de este objetivo.

47. La Estrategia Mundial continuará procediendo a mejoras vitales de los planes de salud impulsados por los países y sistemas de salud a nivel de los países. Se pondrá igual énfasis en la innovación y la rendición de cuentas. Es en esta perspectiva que ha sido creada la Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y del Niño en enero de 2011. Las recomendaciones que esta emita pueden contribuir a orientar la acción parlamentaria.<sup>xxx</sup>

48. La salud materna e infantil es también abordada a nivel regional. Uno de los ejemplos claves es la Cumbre de la Unión Africana en julio de 2010 en Uganda. Entre otras iniciativas, los líderes africanos se han comprometido a: proporcionar un financiamiento nacional sustentable, conforme al compromiso realizado en Abuja en 2001, de consagrar el 15% de los ingresos para la salud; lanzando una Campaña para la aceleración de la reducción de la mortalidad materna en África; y poniendo acento en el seguimiento y la responsabilidad a nivel de los países;<sup>xxxi</sup>

49. Los parlamentos se concentran también cada vez más en la salud de las mujeres y de los niños, como hemos visto durante los debates de las recientes Asambleas de la UIP y con la decisión de la Tercera Comisión Permanente de consagrar este tema durante el próximo año. La UIP ha lanzado un proyecto tendiente a desarrollar las capacidades y las competencias de los parlamentos seleccionados para mejorar la salud materna, infantil y del recién nacido. Por último, los Presidentes de Parlamentos se comprometieron en julio de 2010 “en partenariat con los hombres y mujeres parlamentarios, a hacer de la realización de los ODM 4 y 5 una prioridad absoluta de (sus) parlamentos”.

50. Estas iniciativas corresponden al sentimiento expresado por el Secretario General de la ONU en 2010, según el cual: “son los parlamentos que proveen un marco legislativo nacional propicio para la realización de los ODM ... y también

están en la vanguardia de la lucha por la mejora de las condiciones de vida y el acceso a los servicios básicos”.<sup>xxxii</sup>

51. Podemos apoyarnos en numerosos éxitos a nivel de los países. Para poner un ejemplo, Tanzania ha reducido su mortalidad infantil de 15% a 20%, en parte gracias al desarrollo de vacunas y a los complementos de vitamina. En Malasia, después de la adopción en los años 1940 y 1950 de una legislación tendiente a certificar a las parteras, y el posterior desarrollo de los servicios de salud rurales, en 1989, el nivel de las parteras calificadas había alcanzado el 90%.<sup>xxxiii</sup> Estas y otras iniciativas tomadas en diversos países muestran lo que se puede obtener con las políticas basadas en los datos factuales y apoyados por la voluntad política y un financiamiento adecuado. En efecto, los ODM no podrían ser alcanzados únicamente gracias a los recursos financieros. La innovación, la buena gobernanza, la responsabilidad hacia los recursos de la salud y una concepción basada en los derechos, son también componentes esenciales del éxito de una estrategia.

### ***La necesidad de reforzar la acción parlamentaria***

52. La responsabilidad de los Estados de realizar el derecho a la salud exige que estos adopten medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y otras medidas apropiadas. En este marco, los parlamentos son esenciales para progresar en la realización de los ODM si se van a alcanzar los ODM relativos a la salud para 2015.

53. Los parlamentos deben tomar la responsabilidad de velar para que todas estas mejoras necesarias en materia de salud de las mujeres y de los niños sean realizadas a nivel nacional, y en el marco de la ayuda internacional de su país. Incumbe a todos los parlamentarios – hombres y mujeres – defender las políticas y un marco legislativo que otorgue la prioridad a la salud materna e infantil.

54. En primer lugar, los parlamentarios deben representar en el parlamento las preocupaciones de todos los miembros de su circunscripción en materia de salud.

55. En segundo lugar, estos deben realizar una acción de sensibilización en el seno del parlamento y de los grupos parlamentarios, lo mismo que ante el público sobre los problemas fundamentales relativos a la salud de las mujeres y de los niños, trabajando para reforzar la educación del público y la información sobre la salud a disposición de las mujeres. Además, se deberían tener debates

parlamentarios regulares para examinar el progreso de los países en la realización de los ODM y la realización del derecho a la salud.

56. En tercer lugar, estos pueden utilizar las herramientas legislativas que se encuentran a su disposición para asegurar que el derecho a la salud sea aplicado para todos. Esto puede tomar la forma de presentación, de actualización o de enmienda de la legislación tendiente a garantizar la igualdad de acceso a la asistencia médica en el marco del sistema de salud universal, o eliminando los obstáculos financieros u otras barreras para el acceso a la salud.

57. Los parlamentarios deberían revisar todas las leyes a fin de que estas respeten la igualdad de género y el derecho a la salud, e integrar las consideraciones en materia de salud en todas las leyes pertinentes. Esto concierne particularmente las leyes que penalizan explícitamente los abusos hacia las mujeres y los niños, las leyes que prevén la igualdad de acceso de las mujeres y de las niñas a las oportunidades de educación, y las disposiciones del derecho del trabajo relativo a las mujeres embarazadas. Los parlamentarios deben seguir de cerca la implementación de los instrumentos relativos al derecho a la salud, asegurando que el marco legislativo nacional respete, proteja y cumpla con las obligaciones jurídicas internacionales pertinentes.

58. En cuarto lugar, los parlamentarios deben asegurar que los recursos financieros adecuados sean consagrados para la salud reproductiva, materna, infantil y del recién nacido, en el proceso presupuestario. Como señala la actualización anual de la Estrategia Mundial de la ONU, la mejora de la salud de las madres y de los niños exige “una inversión mayor, duradera y más juiciosa”.

59. Como ha sido enfatizado en este informe, los ODM no serán alcanzados a menos que se realicen esfuerzos dirigidos para asegurar el acceso a los servicios de salud esenciales para las mujeres y los niños más vulnerables. Los créditos suficientes – bajo la forma de fondos afectados o de programas atractivos – deben ser dirigidos sin discriminación hacia los más vulnerables, particularmente las familias más pobres, las poblaciones rurales y las minorías.

60. Utilizando diversos instrumentos, particularmente las comisiones, los parlamentarios deberían exigir cifras transparentes sobre todos los gastos nacionales – previstos y efectivos – consagrados al sector de la salud, y seguir los recursos anunciados a favor de la salud materna e infantil. Estos deberían también demandar que se informe de manera regular y transparente sobre la utilización del conjunto de la ayuda internacional prevista para el sistema de salud. En toda la medida de lo posible, los debates parlamentarios y las reuniones

de comisiones sobre la salud materna e infantil – reuniendo las contribuciones de una amplia gama de partes interesadas – deberían ser realizados antes de la redacción del presupuesto, a fin de que el presupuesto pueda ser adoptado con conocimiento de causa. Los parlamentarios tienen en efecto necesidad de un espacio político suficiente para poder debatir y controlar los créditos presupuestarios asignados a la salud materna e infantil. Estos tienen además necesidad de poder acceder a las informaciones pertinentes para este trabajo.

61. Además de su participación en las iniciativas nacionales relacionadas con la salud materna e infantil, los parlamentarios deberían también apoyar las iniciativas regionales conexas. Por ejemplo, los parlamentarios de los Estados africanos deberían utilizar el control parlamentario y otras herramientas a su disposición para asegurar que los gobiernos cumplan su compromiso de consagrar el 15% de los presupuestos nacionales al sector de la salud, a título de la Declaración de Abuja.

62. Por su lado, los parlamentarios de los países donantes deberían demandar el establecimiento de informes – basados en la implementación de indicadores internacionales comunes – sobre la proporción del presupuesto de ayuda internacional consagrada a todos los aspectos de la salud de las mujeres y de los niños. Se debe evaluar el financiamiento del desarrollo para asegurar que este esté orientado hacia los países, los sectores y las poblaciones que tienen más necesidad y que son los más vulnerables. Los parlamentarios pueden también demandar en qué medida la ayuda de su país está coordinada con los otros donantes, y armonizada con los sistemas de salud de los países beneficiarios.

63. Los parlamentarios deberían también seguir los gastos públicos para asegurar que estos estén conforme a los compromisos realizados en el marco de la Estrategia Mundial del Secretario General de la ONU para la salud materna e infantil.

64. Por último, los parlamentarios deben controlar la acción del gobierno en materia de salud materna, infantil y del recién nacido, en lo que concierne a la implementación de las políticas y de los programas.

65. Las intervenciones en materia de salud deberían ser examinadas para asegurar que respeten el marco del derecho a la salud, que estén basados en la evidencia y que tengan en cuenta los resultados de las evaluaciones de las prestaciones regulares. El control de los programas puede ser utilizado para protección contra la discriminación en lo que concierne a la igualdad en la prestación de los servicios de salud, y su calidad. Los parlamentarios deberían

también seguir de cerca las iniciativas tendientes a reforzar la inscripción de los nacimientos y los decesos, verificar las cifras y realizar las encuestas pertinentes.

66. La Estrategia Mundial de la ONU para la salud materna e infantil, la Comisión de Información y de Rendición de Cuentas para la salud de la mujer y del niño, y los líderes del G8, todos ellos han realizado un llamado a favor de la innovación en los programas de salud. Los parlamentarios pueden evaluar los programas para determinar si están aprovechando las nuevas tecnologías y si todos los mecanismos de financiamiento posibles son estudiados (por ejemplo, los planes de salud que vinculan los desembolsos financieros a los “objetivos de prestaciones convenidos”<sup>xxxiv</sup>). Entre los mecanismos de prestación innovadores, se puede citar el hecho de transferir ciertas tareas a las parteras para aliviar a los médicos y enfermeras.

67. Para monitorear eficazmente todas las iniciativas nacionales, los parlamentarios pueden cooperar con los gobiernos para establecer marcos de responsabilidad sólidos, que tomen la forma de una comisión nacional sobre la salud de las mujeres y de los niños, haciendo informe al parlamento. Esta comisión examinaría una serie de áreas de política y de iniciativas – la igualdad de los sexos, la educación, el saneamiento, la nutrición, la prevención de las enfermedades y los transportes/las infraestructuras – que afectan la salud de las mujeres y de los niños. Además de una sólida participación parlamentaria, la evaluación de los sistemas y de las políticas de salud debe facilitar la contribución de las poblaciones locales y de las partes interesadas en el sector de la salud. Una comisión podría también proporcionar un marco de responsabilidad para los recursos afectados a los servicios de salud materna e infantil. Los parlamentarios pueden también utilizar y reforzar los mecanismos de rendición de cuentas existentes, como el Partenariado Internacional para la Salud.

68. Los parlamentarios deben también reforzar sus partenariados con los actores pertinentes del sector de la salud, y unir sus trabajos en materia de salud materna e infantil a las iniciativas de la ONU y de otras organizaciones regionales y multilaterales, de la sociedad civil, de las comunidades locales y del sector privado.

69. La UIP debería desarrollar un mecanismo para seguir el progreso de sus parlamentos miembros en la implementación de las recomendaciones de esta comisión entre ahora y 2015. Esta debe también facilitar los intercambios y la cooperación sobre las cuestiones sanitarias entre sus Miembros, en particular en lo que concierne al fortalecimiento de las capacidades para la elaboración de los marcos legislativos.

70. En sus observaciones finales para la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General 2010 sobre los ODM, el Secretario General declaró: “En el pasado hemos constatado que cuando los proyectores están apagados, la atención mundial se centra rápidamente en otras cuestiones.” “Nosotros, parlamentarios, que representamos a los ciudadanos del mundo entero, no podemos permitir que esto se produzca. Se debe defender desde ahora con coherencia y persistencia el derecho de las mujeres y de los niños al más alto nivel de salud posible, hasta el último año de la realización de los ODM en 2015 y después.”

- 
- i United Nations (UN), *The Millennium Development Goals Report 2011*, New York, 2011, [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/\(2011\\_E\)%20MDG%20Report%202011\\_Book%20LR.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/(2011_E)%20MDG%20Report%202011_Book%20LR.pdf), p. 29; and, World Health Organization (WHO), United Nations Children Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), and the World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, WHO, 2010, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf).
- ii WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, 2010.
- iii UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, p. 24.
- iv The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and the University of Aberdeen, "Knowledge Summary 1: Understand the Burden," *Sharing Knowledge for Action on Maternal, Newborn and Child Health*, 2010, p. 11.
- v UN Secretary-General, *Global Strategy for Women's and Children's Health*, 2010, [http://www.un.org/sg/hf/Global\\_StrategyEN.pdf](http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf), p. 6.
- vi Government of Canada, *G8 Muskoka Declaration Recovery and New Beginnings*, Muskoka, Canada, 25–26 June 2010, <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=eng>.
- vii UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, pp. 11–13 and 25.
- viii "Primary health care, including health system strengthening," WHA62.12, 62<sup>nd</sup> World Health Assembly (2009), [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en-P2.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf).
- ix Countdown to 2015 Maternal, Newborn and Child Survival, *Countdown to 2015 Decade Report (2000–2010), Taking Stock of maternal, newborn and child survival*, WHO and UNICEF, 2010, <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>, p. 30.

- 
- x *The State of the World's Midwifery 2011: Delivering Health, Saving Lives*, UNFPA, 2011, [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main\\_report/en\\_SOWMR\\_Full.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf).
- xi UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, p. 29.
- xii WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, p. 21.
- xiii UN, *The Millennium Development Goals Report 2010*, New York, 2010, <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>, p. 38.
- xiv WHO, "Social determinants of health," [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/).
- xv UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, p. 26.
- xvi UNICEF, *Progress for Children: Achieving the MDGS with Equity*, Number 9, September 2010, [http://www.unicef.org/publications/files/Progress\\_for\\_Children-No.9\\_EN\\_081710.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children-No.9_EN_081710.pdf), p. 28.
- xvii UN, *The Millennium Development Goals Report 2011*, pp. 31–32.
- xviii Ibid, p. 34.
- xix WHO, "Female genital mutilation", Fact Sheet No. 241, February 2010.
- xx WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, p. 1.
- xxi Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, 2010, [http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf), p. 9 and 112.
- xxii UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 24 (20<sup>th</sup> Session, 1999), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recomm24>.
- xxiii UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 24 (20<sup>th</sup> Session, 1999), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recomm24>.
- xxiv UNICEF, *Narrowing the Gaps to Meet the Goals*, 7 September 2010, [http://www.unicef.org/publications/files/Narrowing\\_the\\_Gaps\\_to\\_Meet\\_the\\_Goals\\_090310\\_2a.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf).
- xxv Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the WHO, *The Right to Health*, Fact Sheet No. 31, <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
- xxvi WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*, 2010, p. 22. The publication explains that: "A country is considered to be "on track" if the annual percentage decline [in maternal mortality ratio (MMR)] between 1990

---

and 2008 is 5.5% or more. If the annual decline in MMR is between 2% and 5.5%, the country is considered to be "making progress". Countries with an annual decline of less than 2% are considered to have made "insufficient progress" and countries with rising MMR have been categorized as making "no progress". "

- xxvii World Vision, *Improving Global Health Governance: Technical briefing paper for the Child Health Now campaign*, 2011, p. 7.
- xxviii Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, *Keeping Promises, Measuring Results*, 2011, [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf), p. 9.
- xxix *G8 Muskoka Declaration Recovery and New Beginnings*, Muskoka, Canada, 25–26 June 2010.
- xxx See: *Keeping Promises, Measuring Results*, [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf).
- xxxi African Union, "Actions on Maternal, Newborn and Child Health and Development in Africa by 2015," Assembly/AU/Decl.1(XI), Assembly of the African Union, 15<sup>th</sup> Ordinary Session, 25–27 July 2010, Kampala, Uganda, [http://www.who.int/pmnch/events/2010/AUassemblydec\\_e.pdf](http://www.who.int/pmnch/events/2010/AUassemblydec_e.pdf).
- xxxii UN News Centre, "Ban calls on world parliamentarians to support MDGs and disarmament efforts," 27 March 2010, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=34225&Cr=MDG&Cr1=>.
- xxxiii Examples taken from: UN Secretary-General, *Global Strategy for Women's and Children's Health*, 2010; The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, "Save Lives: Invest in Midwives," *Knowledge Summary 14*; and, Maternal, Newborn and Child health Network for Asia and the Pacific, *Investing in Maternal, Newborn and Child Health: The Case for Asia and the Pacific*, WHO, 2009.
- xxxiv The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and the University of Aberdeen, "Knowledge Summary 3: Cost and Fund RMNCH Programs," *Sharing Knowledge for Action on Maternal, Newborn and Child Health*, 2010, [http://www.who.int/pmnch/topics/continuum/knowledge\\_summaries\\_introduction/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/continuum/knowledge_summaries_introduction/en/index.html).