

SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD SALUDABLE

Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

110
1902 - 2012

SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD SALUDABLE

Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los Derechos Humanos



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas



Washington, DC, 2013

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Salud Reproductiva – legislación & jurisprudencia. 2. Derechos Humanos – legislación & jurisprudencia. 3. Derecho Internacional. 4. Américas. I. Título.

ISBN 978-92-75-31777-8

(Clasificación NLM: WA 301 DA1)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Departamento de Familia, Género y Curso de Vida/Unidad de Curso de Vida Saludable. podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

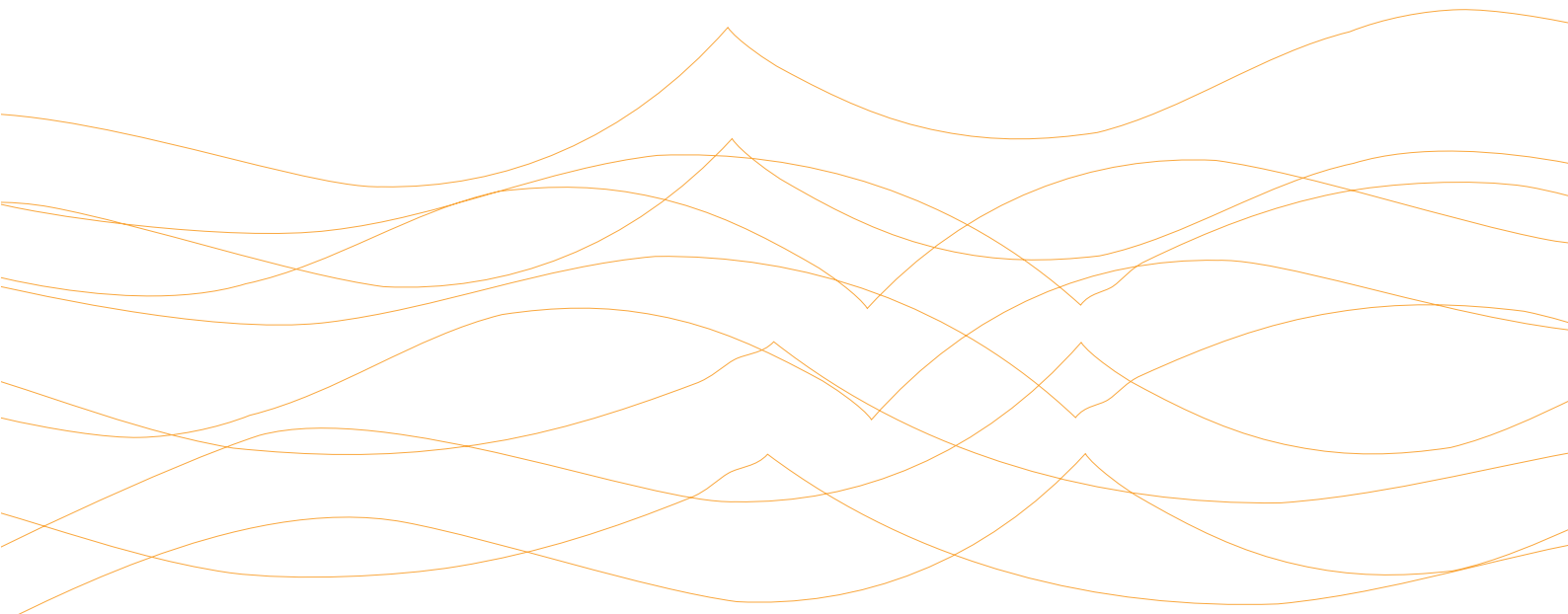
La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La conducción del equipo y finalización del documento estuvo a cargo de Matilde Pinto, Asesora Principal en Economía y Planificación en Salud y contó con la participación de Mónica Bolis, Asesora Principal en Legislación de Salud; Bremen De Mucio, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva; Pablo Durán, Asesor Regional en Salud Neonatal, Matilde Maddaleno, Asesora Principal en Salud de Adolescentes; Javier Vásquez, Asesor Regional en Derechos Humanos; Víctor Valdivia, Asesor de Legislación, Regulación y Cristina Lería, Consultora en Derecho Internacional.

La realización de este documento fue posible gracias al financiamiento de la Cooperación Española (AECID).

Diseñadora gráfica: Trilce García Cosavalente

Fotografías: Banco de fotos de la Organización Panamericana de la Salud y Trilce García Cosavalente





© *Stephane Grandvaux*

© *Pan American Health Organization PAHO*

TABLA DE CONTENIDOS

i. AGRADECIMIENTOS	
iii. ACRÓNIMOS	
I. PRESENTACIÓN	01
II. LA SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA: UN ASUNTO DE DESARROLLO Y DE DERECHOS HUMANOS	03
1. Antecedentes	03
2. Situación de la mortalidad materna en la Región de América Latina y el Caribe	05
3. Barreras legislativas y acceso a la salud	06
4. Obligaciones que derivan del derecho internacional de los Derechos Humanos	08
III. LEGISLACIÓN NACIONAL CON IMPACTO EN MATERNIDAD SALUDABLE	11
1. Principios	
2. Componentes de atención de salud	
3. Financiamiento y aseguramiento	
4. Estrategias para la adopción de políticas y legislación	13
IV. PROPUESTA DE LEY MODELO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD SALUDABLE	17
V. UNA EXPERIENCIA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL: PROCESO PARA LA PROMULGACIÓN DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN GUATEMALA	27
VI. BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO V	41
VII. REFERENCIAS	45
VIII. ANEXOS	48
Anexo 1- Resolución del Consejo Directivo de la OPS que aprueba el Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. 51.º Consejo Directivo CD51.R12	49
Anexo 2- Resolución del Consejo Directivo de la OPS Derechos Humanos y Salud 50.º Consejo Directivo CD50.R8	54
Anexo 3- Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR)	58
Anexo 4- Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR)	59

**HISTORIA DE
MUERTE MATERNA.**

**OSAR Petén,
Guatemala 2009**

"... una mujer ingresa en el hospital, con trabajo de parto (tras 4 horas de camino). Junto con 8 mujeres, hizo su fila con resignación. A Leti (llamémosle así), la atendieron a las 10 de la noche. El marido esperaba afuera, dos hombres compartían su dosis de zozobra. El anuncio de un varón le calmó la vida: "todo está bien", dijo una enfermera de uniforme gastado.

El hombre esperó impaciente un tiempo eterno. Hasta que la enfermera salió de nuevo y sin sonrisa dijo: "Firme estos papeles, su mujer murió de debilidad". ¿Murió? Sí, así de simple.

Luego de una exhaustiva investigación, resulta que Leti se desangró en el posparto".

DRA. CARISSA F. ETIENNE

**Directora Organización
Panamericana de la Salud**
Discurso inaugural,
31 enero 2013

"El parto puede ser uno de los eventos más felices en la vida de una mujer, pero también puede ser uno de los más peligrosos. Todos los días, las mujeres en todo el mundo mueren por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

No podemos tolerar la mortalidad materna en nuestro mundo moderno. Debemos ocuparnos de cada madre, cada niño y cada familia".



i. AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) agradece a los expertos que participaron en la Reunión Salud Reproductiva y Maternidad Saludable: Legislación Nacional de Conformidad con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que tuvo lugar en Santo Domingo, República Dominicana, los días 11 y 12 de marzo del 2013.

Cada uno de ellos, desde su diferente pericia técnica y perspectiva sectorial, contribuyó a enriquecer la discusión sobre el abordaje a la protección de la salud reproductiva y la maternidad saludable. Esta publicación se beneficia de las consideraciones, reflexiones y aportes de cada uno de ellos.

Este agradecimiento se hace extensivo al Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), Guatemala, por la preparación de la versión preliminar del capítulo sobre la experiencia de la sociedad civil en el proceso de formulación y aprobación de la Ley para la Maternidad Saludable en Guatemala.

OPS/OMS

- **Matilde Pinto**, Asesora Principal en Economía y Planificación en Salud.
- **Mónica Bolis**, Asesora Principal en Legislación de Salud.
- **Bremen De Mucio**, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva.
- **Cristina Leria**, Consultora en Derecho Internacional.
- **Víctor Valdivia**, Asesor de Legislación, Regulación.
- **Javier Vásquez**, Asesor Regional en Derechos Humanos.

Guatemala

- **Héctor Antonio Coy Copín**, Analista de Presupuesto, Ministerio de Finanzas Públicas.
- **Mirna Montenegro Rangel**, Secretaria Técnica, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR).
- **Jessica Ramírez**, Asistente Despacho Adjunta I, Procuraduría de los Derechos Humanos.
- **Ludy del Rosario Rodas López**, Coordinadora, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- **Roberto Kestler Velásquez**, Legislador Presidente, Comisión de Salud Congreso de la República.
- **Verónica Teresa Yoc Avila**, Consultora de Equidad, Etnia y Género en Políticas Públicas. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN).

Honduras

- **Gladys Bernarda Casco de Ledesma**, Presidenta de la Comisión de Familia, Congreso Nacional.
- **Ramón Abad Custodio López**, Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH).
- **Lidia Fromm Cea**, Viceministra de Políticas Sociales Secretaría de Desarrollo Social.
- **Gilliam Guifarro Montes de Oca de Gómez**, Presidenta de la Comisión de la Mujer Congreso Nacional.
- **Rosa Marlen Flores**, Jefa del Programa de Atención Integral a la Mujer, Departamento Salud Integral a la Familia Secretaría de Salud (SESAL).
- **Iris Soveida Padilla Durón**, Oficial de Programas OPS/OMS.
- **María Sandoval Cruz**, Subdirectora del Departamento de Planeamiento de Evaluación de la Gestión (UPEG), Secretaría de Salud.
- **Martha Leticia Savillón Castro**, Viceministra Secretaría de Justicia y Derechos Humanos.

- **María Bertilia Zepeda Lagos**, Vicepresidenta Comisión de la Mujer y Miembro de la Comisión de Educación y de la Comisión de Salud Congreso Nacional.

Paraguay

- **Margarita Ferreira**, Consultora Nacional en Salud Sexual y Reproductiva, OPS/OMS.
- **Rita Freire Esteves de Etcheverry**, Directora de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- **Silvia López Safi**, Asesora Externa, Secretaría de Género de la Corte Suprema de Justicia.
- **José Martín Palumbo**, Consultor Legal, OPS/OMS.

Perú

- **Víctor Freddy Bocangel Pucilla**, Sectorista de Salud de la Dirección General de Presupuesto Público, Ministerio de Economía y Finanzas.
- **J. Miguel Cárdenas La Rosa**, Ejecutivo Adjunto I de la Oficina General de Asesoría Jurídica Ministerio de Salud.
- **Patricia Carrillo Montenegro**, Directora General de Transversalización del Enfoque de Género Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- **Alfredo Guzmán**, Consultor Nacional en Salud Sexual y Reproductiva OPS/OMS.
- **Liliana Salomé Resurrección**, Comisionada en la Adjuntía para los Derechos de la Mujer, Defensoría del Pueblo.
- **Karla Schaefer Cuculiza**, Presidenta, Comisión de Salud y Población Congreso de la República.

República Dominicana

- **Indiana Barinas**, Directora, Departamento de Salud Ministerio de la Mujer.
- **Magaly Caram**, Directora General Asociación Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA).

- **Bruna Caro Mateo**, Coordinadora Nacional de Adolescentes Ministerio de Salud Pública.
- **Josefina Luna Rodríguez**, Técnica del área Maternoinfantil, Ministerio de Salud Pública.
- **Erick Rousselin**, Asesor Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS.
- **Juana Vicente Moronta**, Presidenta de la Comisión de Salud Cámara de Diputados.
- **Clemencia Muñoz Tamayo**, Representante Organización de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU-Mujer).
- **María Jesús (Susi) Pola**, Coordinadora de Proyecto Profamilia.
- **Ángela Polanco**, Oficial Nacional de Salud Sexual y Reproductiva UNFPA.
- **Laura Ramírez**, Asesora Sistemas de Salud OPS/OMS.
- **Donatilo Santos**, Coordinador Nacional del Programa Atención a la Mujer- Dirección General Maternoinfantil y Adolescentes, Ministerio de Salud Pública.
- **Guadalupe Valdez**, Diputada Nacional Cámara de Diputados.


Otros Expertos

- **Mónica Arango**, Directora Regional para América Latina y el Caribe Centro de Derechos Reproductivos.
- **Daniela Kraiem**, Subdirectora, *Women and the Law Program, American University Washington College of Law*
- **Sergio Poblete**, Investigador en el Departamento de Economía de la Salud Ministerio de Salud de Chile.
- **Verónica Vargas**, Profesora de Economía de Salud Universidad Alberto Hurtado-Georgetown.
- **João Ananias Vasconcelos Neto**, Diputado Cámara Federal de Brasil.
- **Mireya Zamora Alvarado**, Red de Mujeres Parlamentarias de las Américas (COPA).



ii. ACRÓNIMOS

ALC	América Latina y el Caribe
AOE	Anticonceptivo oral de emergencia
CAIMI	Centro de Atención Integral Maternoinfantil
CAP	Centro de Atención Primaria
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CMPMS	Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable Guatemala
CNE	Centro Nacional de Epidemiología Guatemala
ENMM	Estudio Nacional de Mortalidad Materna
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
MIFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Público y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio de Salud Reproductiva de Guatemala
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
RMM	Razón de mortalidad materna
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de Guatemala
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SRMNI	Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



En la resolución
CD51.R12,
los Ministros de Salud instan
a sus Estados Miembros
a que “promuevan un
diálogo entre instituciones
del sector público, privado
y la sociedad civil, a fin
de priorizar la vida
de las mujeres como una
cuestión de derechos y
de desarrollo humano.”

I. PRESENTACIÓN

A partir del año 2000, con la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la comunidad internacional y los gobiernos de la Región de América Latina y el Caribe revitalizaron su compromiso para reducir la mortalidad materna evitable. Se reconoce que una maternidad saludable pasa por el acceso a las acciones de salud reproductiva, y a la meta de reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, se suma —hacia el mismo año— el acceso universal a la salud reproductiva.

La evidencia del lento progreso y los procesos de reflexión llevaron al Secretario General de las Naciones Unidas, en el año 2010, a lanzar la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños y a la elaboración de un marco de rendición de cuentas, que se sustenta en el derecho fundamental de toda mujer y niño a alcanzar el máximo grado posible de salud, y en la urgencia de conseguir la equidad en materia de salud e igualdad de género.


Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aprobaron en el 2011 un plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna, y suscribieron la resolución en la que se insta a la promoción del diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derecho y de desarrollo humano.

A fin de facilitar el diálogo, y considerando las orientaciones técnicas para la elaboración y aplicación de políticas y programas de reducción de la mortalidad y morbilidad materna en conformidad con las normas de derechos humanos — aprobadas por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en julio del 2012— la OPS/OMS convocó a una reunión regional para revisar el marco del derecho internacional, la situación y experiencias en la Región, y los elementos de un modelo de ley que sirva de orientación a la preparación de marcos legislativos nacionales que garanticen el derecho de las mujeres a la salud reproductiva, maternidad saludable y otros derechos humanos relacionados. En esta reunión participaron representantes de ministerios del área social, organismos encargados de velar por el cumplimiento de los derechos humanos, parlamentarios, sociedad civil, académicos y organismos internacionales.

La Organización Panamericana de la Salud entrega este documento como contribución a los procesos de análisis, deliberaciones y toma de decisiones que tienen lugar en cada uno de los países de la Región, para hacer realidad la garantía del derecho a la salud reproductiva y materna, como elemento fundamental para el logro de la Cobertura Universal de la Salud.

Matilde Pinto

*Asesora Principal en Economía y Planificación en Salud
Departamento de Familia, Género y Curso de Vida*



La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que la mujer sobreviva al embarazo y el parto (1).

Vínculos entre las políticas, legislación de salud materna y los derechos humanos:

- *La legislación ayuda a alcanzar las metas de la política;*
- *La legislación es un mecanismo de acción para llevar a la práctica las obligaciones de derechos humanos;*
- *La legislación implementa el derecho a la salud materna (servicios sobre embarazo, parto, posparto, etc.).*

II. LA SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNA: UN ASUNTO DE DESARROLLO Y DE DERECHOS HUMANOS

1. Antecedentes

La salud reproductiva y la maternidad saludable¹ se han reconocido, a nivel mundial y regional, como un asunto de desarrollo humano y del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados.

Los vínculos entre mortalidad materna y el derecho a la salud han hecho resaltar la pertinencia de considerar este derecho en las estrategias para reducción de la mortalidad materna, así como el rol que puede desempeñar la comunidad de derechos humanos en la reducción de la mortalidad materna (2).

En junio del 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución histórica que reconoce de forma explícita la mortalidad materna prevenible como un tema de derechos humanos y señala el importante papel que podrían cumplir los órganos de vigilancia de los tratados y los procedimientos especiales (3). Después de esta resolución, el Consejo de Derechos Humanos, basándose en las recomendaciones de un estudio realizado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos aprobó en julio del 2012 las Orientaciones Técnicas Específicas para los responsables de la formulación de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad materna, utilizando un enfoque basado en los derechos humanos (en adelante *las Orientaciones Técnicas*) (1).

Existen instrumentos vinculantes y estándares de derechos humanos acordados por los Estados a nivel internacional, cuya aplicación facilitaría el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5². No obstante, y aunque el conjunto de estrategias e intervenciones de probada eficacia y costo-efectividad son extensamente conocidas, y en la mayoría de los países de la Región de América Latina y el Caribe (ALC) forman parte de las políticas, programas y protocolos de atención, cada año más de 9.000 mujeres pierden su vida por razones relacionadas a la maternidad, y entre 70.000 y 80.000 niños mueren durante los primeros 28 días, en circunstancias que el 60% de esas muertes pueden prevenirse con atención oportuna (prematurez, asfixia e infecciones).

Frente a esta realidad, se hace necesario que los países cuenten con legislaciones que garanticen el cumplimiento de las políticas, planes, programas y protocolos de atención de salud. Estas legislaciones deben ser elaboradas de conformidad a los instrumentos internacionales y regionales que protegen los derechos humanos y las libertades básicas que afectan la salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes. Las acciones deben comprender las diferentes etapas del proceso reproductivo que contribuyen a una maternidad saludable y que se inician en la pregestación y continúan durante el embarazo, parto y posparto, tal y como describen las *Orientaciones Técnicas*.

Los distintos parlamentos han comenzado a reconocer el papel que les corresponde asumir. Así, la Resolución de la Unión Inter-Parlamentaria adoptada en la 126^o Asamblea en abril del 2012 llama a los parlamentos a: “introducir o elaborar legislación que garantice el acceso equitativo a los servicios de salud para todas las mujeres y los niños sin discriminación y a proveer servicios básicos de salud para todas las mujeres embarazadas y para los niños” (5).

Los niños que pierden la madre al nacer tienen más riesgo de morir antes de los dos años, de abandonar la escuela, sufrir desnutrición, violencia intrafamiliar, embarazos tempranos, ser víctima de trabajo infantil y prorrogar el círculo de la pobreza (4).

¹ La maternidad saludable incluye a la madre y al recién nacido. Siguiendo el enfoque de curso de vida, las acciones que se entregan desde la pregestación están dirigidas a proteger la salud de ambos.

² El ODM 4 plantea una reducción de 2/3 de la mortalidad infantil entre 1990 y 2015, y el ODM 5 plantea una reducción del 75% de la razón de mortalidad materna en el mismo periodo.

En vista del atraso para alcanzar el Objetivo del Milenio relacionado a la salud de la mujer (ODM 5), en septiembre del 2011 los ministros de salud reunidos en el 51º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) aprobaron el *Plan de Acción* para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Materna Grave (en adelante el *Plan de Acción*) (6). En él se indica que alrededor del 95% de la mortalidad materna en ALC puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día, y se reconoce que la mortalidad y morbilidad materna evitable existen como una expresión de la inequidad, desigualdad y falta de empoderamiento de las mujeres.

El *Plan de Acción* tiene los siguientes objetivos generales:

- contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna;
- prevenir la morbilidad materna grave; y
- fortalecer la vigilancia de la morbilidad y mortalidad.

La Resolución CD51.R12 (*Anexo 1*) que acompaña al *Plan de Acción*, insta a los Estados Miembros de la OPS a tomar acciones que trascienden a los ministerios de salud, y se ubican en el campo de la política pública, como sigue:

- adoptar políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad;
- contemplar la gratuidad de todos estos servicios para las poblaciones más vulnerables;
- priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
- promover el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva; y
- abogar por presupuestos públicos específicos y estratégicos;

El reconocimiento del derecho a la salud reproductiva y la maternidad saludable en la política pública se ha logrado a través de un proceso de construcción colectiva, tanto a nivel global como regional.

La elaboración del *Plan de Acción* se enmarcó en el compromiso expresado por los Estados Miembros de trabajar para mejorar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados, tal como está plasmado en la Resolución CD 50.R8 del 2010, (*Anexo 2*) adoptada por el Consejo Directivo de la OPS luego de una década de trabajo en el campo de la salud pública, utilizando tratados y estándares de derechos humanos.

Por su parte, la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños (7), convocada por el Secretario General de las Naciones Unidas como una de las iniciativas para la implementación de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños (8), tiene el propósito de mejorar la efectividad de los recursos destinados a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI). Además, contribuye a la reducción de inequidades y al avance en la igualdad de género e interculturalidad, y plantea un marco de rendición de cuentas de conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (9), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (10) y la Convención sobre los Derechos del Niño (11). En ALC se aplicará también la Convención Americana de Derechos Humanos (12) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) (13).



2. Situación de la mortalidad materna en la Región de América Latina y el Caribe

Entre 1990 y 2010 se produjo en la Región una disminución de la mortalidad materna del 44%. Esto significa que en este periodo se evitaron más de 6000 muertes maternas. Aunque algunos países han tenido un descenso significativo en la mortalidad materna, como Región todavía es necesaria una reducción adicional de 31% para alcanzar el ODM 5 hacia el 2015. Las profundas inequidades que se registran en la mayoría de los países ponen un obstáculo adicional. A manera de ejemplo, entre las mujeres que se encuentran en el primer quintil de ingreso solo el 40% son asistidas por personal calificado durante el embarazo, el parto y el posparto, mientras que en el quinto quintil, casi el 100% de las mujeres son atendidas por personal calificado. Estos datos son aún más dramáticos en aquellos países que tienen un alto número de población indígena, afrodescendiente y rural.

La mortalidad y morbilidad materna evitables son expresión de la inequidad, desigualdad y falta de empoderamiento de las mujeres.

El *Plan de Acción* indica que según los indicadores básicos de salud del 2010, en América Latina y el Caribe hubo 9.500 muertes maternas, lo que representa una razón de la Región de mortalidad materna (RMM) de 88,9 por 100.000 nacidos vivos a nivel regional. Estas cifras vienen en descenso, tanto en los datos reportados por los países a la OPS/OMS, como en las estimaciones que sobre mortalidad materna han desarrollado distintos grupos (se excluye Estados Unidos y Canadá). La razón de mortalidad materna presenta amplia diferencia entre los países; en el año 2011 Uruguay reportó una RMM de 6,4 mientras que Haití contó con una estimación de 350 (con un intervalo de 210-610) (14).

Las principales causas que se registran son:

- hipertensión (26%)
- hemorragia (21%)
- complicaciones médicas a causa del aborto en condiciones peligrosas (13%)
- trabajo de parto obstruido (12%)
- sepsis (8%)
- otras causas directas (15%)

El 95% de la mortalidad materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe oportunamente atención digna y de calidad.

Esto denota la inequidad existente en la Región, y el hecho de que la mortalidad y morbilidad materna evitable que existe actualmente es expresión de la inequidad y desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres (6).

El embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes presenta un mayor riesgo tanto para la madre como para el niño. Algunos estudios han demostrado que la probabilidad de muerte materna se cuadruplica entre madres adolescentes menores de 15 años de edad (15). En el año 2007 la muerte materna estuvo entre las cuatro principales causas de muerte en el grupo de niñas de 15 a 24 años de edad (16).

Aunque la fecundidad adolescente y las tasas de nacimiento de madres adolescentes han disminuido sustancialmente durante las últimas décadas, las tasas en la Región de ALC aún son altas. Según los datos más recientes, aproximadamente la mitad de los países de la Región cuenta con una estimación de tasa de fecundidad de adolescentes entre 15 y 19 años, superior a 71 por cada 1,000 mujeres, oscilando entre 45 en Haití, y 111 en Nicaragua. En comparación, Canadá cuenta con una tasa de fecundidad adolescente de 12, y Estados Unidos con una tasa de fecundidad adolescente de 33.

El embarazo precoz limita que las niñas logren un desarrollo personal de acuerdo a sus potencialidades. Por ejemplo, es más probable que las madres adolescentes entre 10 y 20 años abandonen sus estudios, a que las madres entre 20 a 24 años lo hagan. También tiene un efecto con respecto al empleo, y los estudios han mostrado que madres adolescentes de 10 a 20 años tienen menor probabilidad de tener empleo, que las madres de 20 a 24 años.

El *Plan de Acción* contiene las siguientes áreas estratégicas como mecanismos para reducir las barreras y las inequidades que se observan en la Región de ALC:

(1) *Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos:* aumentar el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres en edad fértil, con especial énfasis en el grupo de adolescentes;

(2) *Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de salud:* contar con servicios de atención materna de calidad dentro de los sistemas integrados de salud;

(3) *Recursos humanos calificados:* aumentar el número de recursos humanos calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud; y

(4) *Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas:* fortalecer los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal y las estadísticas vitales.

Compromiso de los Estados Miembros en acciones legislativas en el Plan de Acción

- Formular y/o adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para garantizar el acceso universal a métodos anticonceptivos modernos (Apartado 1.5)
- Formular y adoptar leyes y marcos reglamentarios nacionales para el acceso universal a servicios de maternidad de buena calidad (Apartado 2.9).

Con la aprobación del *Plan de Acción*, los países de ALC asumieron compromisos concretos en materia de legislación para garantizar la maternidad saludable.

3. Barreras legislativas y acceso a la salud

Tal como lo reporta el *Plan de Acción*, muchas muertes maternas surgen de embarazos no deseados como consecuencia de restricciones al acceso a métodos anticonceptivos, situación que se agudiza entre la población adolescente. Si bien la existencia de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos está relacionada con las limitaciones al acceso a los servicios de salud, es necesario reconocer que las barreras geográficas, culturales y económicas se suman a las que imponen algunas legislaciones y prácticas.

De acuerdo a estudios y talleres realizados por la OPS/OMS en 18 Estados Miembros de la Región (17), se han encontrado los siguientes retos con respecto a los derechos reproductivos y la maternidad saludable:



Es necesaria una continua capacitación en la utilización de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos y su incorporación a las políticas, planes y legislaciones de los países que los han ratificado.

- Ausencia de políticas y legislaciones sobre salud sexual y reproductiva consistentes con obligaciones incluidas en los instrumentos internacionales de derechos humanos tanto a nivel global (Naciones Unidas) como regional (Organización de Estados Americanos);
- Limitado conocimiento de los instrumentos de derechos humanos aplicables a salud sexual y reproductiva, en especial entre el personal de salud y los jueces;

- Ausencia de mecanismos de protección dentro de las defensorías de derechos humanos para vigilar el cumplimiento de los derechos humanos vinculados a la salud sexual y reproductiva; y
- Disposiciones legales que restringen los derechos humanos, tales como diseminación de información confidencial sobre salud reproductiva y restricciones al acceso de anticoncepción oral de emergencia (AOE), métodos de planificación familiar y falta de protocolos sobre aborto terapéutico.

La acción inter-parlamentaria y el establecimiento de subcomités dedicados al tema de maternidad saludable son esenciales para dar visibilidad y solución al tema.

Frente al creciente papel de los parlamentos nacionales y las cortes de justicia en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, tales como acceso a métodos de planificación familiar, información sobre salud sexual, acceso al aborto terapéutico, toma de decisiones y consentimiento de jóvenes para exámenes médicos y tratamientos, se hace imprescindible el trabajo conjunto de equipos multidisciplinarios para identificar tanto las brechas como las oportunidades para la elaboración de políticas y leyes que garanticen los derechos reproductivos y otros derechos humanos relacionados.

La población adolescente enfrenta barreras adicionales a las de la población adulta. Estas derivan tanto de las características de los servicios de salud y comportamiento de su personal, como de aquellas impuestas por los marcos legislativos.

Entre ellas se encuentran:

- Falta al cumplimiento del derecho a la confidencialidad y privacidad para los jóvenes;
- Insuficientes servicios de salud sexual y reproductiva institucionales, seguros y confidenciales que ofrezcan información, orientación y la interrupción del embarazo;
- Escasos servicios de orientación de la familia y programas de educación para padres y madres;
- Falta de acceso a planificación familiar, incluyendo anticoncepción oral de emergencia para adolescentes y ausencia de protocolos reglamentados sobre interrupción terapéutica del embarazo; e
- Inexistencia de mecanismos de protección dentro de las defensorías de derechos humanos que incluyan visitas a servicios de salud para adolescentes y otras agencias nacionales donde los jóvenes encuentren protección de sus derechos humanos.

Es necesario derribar las barreras legales e institucionales para permitir el acceso de los adolescentes a la salud sexual y reproductiva.

4. Obligaciones que derivan del derecho internacional de los derechos humanos

Los derechos humanos y su utilización son una herramienta necesaria en los esfuerzos para desarrollar marcos legislativos y programáticos acordes con el respeto a la dignidad de la persona. La utilización de los instrumentos internacionales de derechos humanos es una estrategia muy valiosa que permite cambiar los estereotipos del llamado "orden natural", que han llevado a concluir que es normal que la mujer pueda morir durante el parto o que la mujer es un ser inferior.

El derecho internacional de los derechos humanos contribuye a reducir la razón de mortalidad materna de tres formas:

1. *Estableciendo un marco normativo alternativo para balancear los estereotipos sobre las mujeres, las madres y la maternidad;*
2. *Centrando la atención sobre las disparidades en el cuidado de la salud; y*
3. *Clarificando las obligaciones de todos los actores, no exclusivamente de los Estados sino también de la sociedad civil, en el esfuerzo por reducir la mortalidad materna prevenible.*

Las obligaciones legales de derechos humanos permiten poner a las personas en el mismo plano de igualdad. Al respecto, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece, en su artículo 1: "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...".

Los Estados Miembros han reconocido la importancia del derecho internacional de los derechos humanos como mecanismo de rendición de cuentas, vigilancia, transformación y empoderamiento (19).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994 (18) marcó un cambio con respecto al reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer como derecho humano fundamental. Afirmó que: "el objetivo de los programas de planificación familiar debe permitir a las parejas e individuos decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento entre sus hijos." La Conferencia de el Cairo puso así mismo de relieve la importancia de la información. El acceso a la "información y los medios para obtenerla y garantizar una elección informada teniendo a su disposición una variedad amplia de métodos seguros y efectivos."



La legislación deberá tomar en cuenta varios *instrumentos internacionales vinculantes de derechos humanos*:

- *La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (conocida por sus siglas en inglés como CEDAW) (10).*

Considerada como el tratado internacional de derechos de la mujer por excelencia, en su artículo 12 expresamente insta a los Estados a eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de la atención de salud y a asegurar la igualdad de acceso a servicios de atención, incluyendo la planificación familiar.

- *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (9).*

Este instrumento protege el derecho universal “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Como parte del derecho a la salud los Estados parte deben tomar medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades con servicios médicos adecuados para las mujeres. El derecho a la salud incluye la obligación de “adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.”

- *Convención sobre los Derechos del Niño (11).*

La Convención, en su artículo 13, consagra la libertad de expresión y de buscar y difundir la información o ideas de todo tipo, lo que implica el derecho a recibir educación sexual y acceder a información de los avances científicos que sean útiles para proteger su salud. Así mismo, el artículo 17 consagra el derecho de los niños a recibir información de diversas fuentes que promuevan el bienestar social, moral y espiritual, así como la salud física y mental.



III. LEGISLACIÓN NACIONAL CON IMPACTO EN MATERNIDAD SALUDABLE

La legislación es uno de los mecanismos para instrumentar las políticas que permiten avanzar sobre mínimos, asegurar el financiamiento, ayudar a solucionar conflictos, producir la transformación social, fomentar la educación y garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos, la maternidad saludable y otros derechos humanos.

Rol de los legisladores

- *Incorporar en los proyectos de ley los derechos humanos reconocidos por los tratados y convenciones;*
- *Formular proyectos de ley que eliminen la discriminación ;*
- *Incorporar el derecho al acceso a los servicios de salud reproductiva y materna a todas/os; e*
- *Incorporar mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo*

1. Principios

La falta de acceso equitativo y oportuno a servicios de calidad es la causa de fondo de la mortalidad materna y neonatal. En consecuencia, será importante que la legislación aplique principios conducentes a reducir inequidades y garantizar la protección del derecho a la salud reproductiva y a la maternidad saludable.

Entre estos principios se encuentran las garantías de acceso universal, oportuno y de calidad a establecimientos, servicios integrales de salud, bienes y tecnologías pertinentes de acuerdo a las necesidades de la población y sus condiciones de acceso geográfico. En este marco, el acceso gratuito y el financiamiento público eliminan barreras financieras y aseguran sostenibilidad.

2. Componentes de atención de salud

La legislación deberá garantizar el acceso al conjunto de intervenciones identificadas como costo-efectivas en el curso de vida para la protección de la salud reproductiva, materna y neonatal (20). Esto incluye el acceso, desde la adolescencia, a servicios de salud sexual y reproductiva, que permitan evitar embarazos no deseados y prepararse para un embarazo sano. Durante el embarazo, parto y posparto la mujer recibe atención que minimiza el riesgo y el recién nacido recibe atención esencial para tratar oportunamente la morbilidad neonatal.

3. Financiamiento y aseguramiento

La disponibilidad de recursos debe ir acompañada de consideraciones sobre

- *Utilización de mecanismos no-regresivos para su recolección;*
- *Uso de criterios de equidad para su asignación; y*
- *Eficiencia y efectividad en su ejecución.*

La disponibilidad de recursos financieros es un requisito necesario pero no suficiente para que el sistema de salud tenga condiciones de producir el conjunto de intervenciones que protegen la salud reproductiva y la maternidad saludable a lo largo del curso de vida. Es preciso considerar también la forma en que se generan los recursos -evitando que el acceso a la atención dependa de la capacidad de pago- su asignación y efectividad y eficiencia en la ejecución del gasto.

En esta línea, la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños, insta a los países a "medir con regularidad los gastos destinados a la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, y vincular los gastos con los compromisos, derechos humanos, género y otros objetivos y resultados de equidad".

Es primordial que en la política de financiamiento se opte por mecanismos que eliminen las barreras financieras al acceso, entre ellas el cobro en el lugar de la atención, incluidos los medicamentos y el costo de transporte, cuando las condiciones geográficas así lo requieran. Así mismo, es necesario que en la asignación de los recursos se utilicen criterios que prioricen el gasto dirigido a atender a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, ya que en ellas se presentan las mayores brechas de acceso a los servicios de salud y los peores resultados en términos de mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

La política de ingresos y gasto público en salud tiene un rol fundamental en la reducción de desigualdades e inequidades que se ocultan en los progresos medidos en cifras promedio.

En la Resolución CD51.R12 los ministros de salud llaman a los Estados Miembros a que aboguen por presupuestos públicos específicos -en función de resultados estratégicos- tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños, y contemplar la gratuidad de estos servicios para las poblaciones más vulnerables (Apartados 2.c y 2.h de la Resolución).

Existe también una urgencia en mejorar la eficiencia en los procesos de entrega de la atención en salud. La OMS estima que entre el 20 - 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia y plantea que, independiente de su nivel de ingreso, todos los países pueden tomar medidas para disminuir la ineficiencia, a partir de una evaluación de su naturaleza y causas (21).

Por su parte, las *Orientaciones Técnicas* hacen ver que el tratamiento de la salud materna como una cuestión de derechos humanos debe ir acompañada de una protección adicional a los recursos asignados a estos programas, tanto a nivel nacional como subnacional. Por lo tanto, estos presupuestos debieran estar protegidos en caso de reducción del presupuesto público, y estos programas debieran recibir un aumento más que proporcional en caso de que surja un incremento en la disponibilidad de recursos a nivel total (Apartado 47 de las Orientaciones Técnicas).

El progreso de los países que han reducido la razón de mortalidad materna más que el promedio regional, se asocia a una extensión de la cobertura acompañada de reformas al financiamiento y mejoras a la gestión de los servicios de salud reproductiva y materna. Al aumento del presupuesto público (con recursos de impuestos o préstamos de bancos de desarrollo), se ha sumado la modalidad de la asignación presupuestaria por resultados y el uso de mecanismos de compra más eficientes.

La atención a la salud reproductiva y maternidad saludable, al igual que todo el sistema de salud, tiene un financiamiento mixto en el que se combinan -en diferentes proporciones- los recursos generados por cuatro esquemas:

- Impuestos o ingresos fiscales
- Contribuciones al seguro social y mutuales
- Seguros privados
- Pago de bolsillo o pago directo por los usuarios

Los sistemas basados en fondos mancomunados, ya sea provenientes de los impuestos generales, de las contribuciones al seguro social e inclusive de las mutuales, son los mecanismos deseados. En primer lugar, porque evitan los pagos directos del bolsillo en el punto de la prestación de servicios, y con ello evitan que familias de bajos ingresos incurran en gastos catastróficos y caigan en la pobreza. En segundo lugar, porque los fondos mancomunados incorporan mecanismos de redistribución de ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos. Finalmente, en el seguro social además de la redistribución de ingresos también opera la solidaridad, que va desde los sanos a los enfermos y de los jóvenes a las personas mayores.



Los sistemas contributivos, sin embargo, tienen limitaciones para servir al sector informal de la economía, que incluye a las mujeres indígenas y a las poblaciones rurales. Por ello varios países han extendido con financiamiento público la cobertura del seguro social a poblaciones en situación de vulnerabilidad. Asimismo, en algunos países los seguros alternativos como cajas/mutuales y seguros privados, han sido regulados para que den cumplimiento e incorporen los servicios maternos, tales como parto y emergencia obstétrica, a sus planes de salud.

Con respecto a la asignación de presupuestos públicos, algunos países han iniciado la transición desde presupuestos históricos a presupuestos territoriales asociados a resultados y productos. Para ello los recursos se asignan de acuerdo al tamaño de la población a priorizar y a los respectivos indicadores de la salud reproductiva y materna.

4. Estrategias para la adopción de políticas y legislación

Con el propósito de incorporar en las políticas y legislaciones nacionales las obligaciones que surgen de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, es necesario que los Estados -acompañados por los grupos interesados- establezcan estrategias y prioridades para definir a corto, mediano y largo plazo tanto las acciones necesarias como los actores que debieran ejecutarlas.

Con este objetivo, se podrían considerar los siguientes actores:

- Autoridades de salud en los distintos ministerios involucrados, en particular ministerio/ secretaria de salud/autoridad nacional de salud.
- Otros ministerios y secretarías, como por ejemplo, finanzas o secretaria(s) de la mujer, educación, otros.
- Órganos legislativos, como parlamentos, comisiones parlamentarias, parlamentarios.
- Poder judicial, como tribunales de justicia.
- Grupos de la sociedad civil, activistas, usuarios del servicio de salud y las organizaciones no gubernamentales que trabajan para la protección de los derechos humanos de las mujeres y adolescentes.
- Universidades.

Las estrategias tendrán que tomar en cuenta el papel que podrían tener tanto los comités de derechos humanos, órganos de tratados en el sistema de las Naciones Unidas y en el sistema interamericano, así como las agencias especializadas de las Naciones Unidas.

Tabla 1. Acciones a considerar por actor en el corto plazo:

ACTORES	ACCIONES
Autoridad de salud	Mejorar la capacidad técnica de la autoridad de salud a través de sesiones de capacitación y concienciación sobre maternidad saludable y salud reproductiva, utilizando los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos en especial aquellos que protegen a las mujeres y adolescentes.
Ministerio de Educación	Introducir la salud sexual y reproductiva entre las materias de enseñanza para los adolescentes. Elaboración de módulos de capacitación junto con el Ministerio de Salud.
Parlamentos/comisiones parlamentarias	Tomar conciencia sobre la importancia de la salud reproductiva y la maternidad saludable y convocar a sesiones con grupos de la sociedad civil para analizar si la legislación existente es suficiente o si necesita ser revisada, o si nueva legislación necesita ser introducida.
Poder judicial/tribunales de justicia	Preparación de jueces y magistrados con respecto a los instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen a las mujeres y adolescentes.
Grupos de la sociedad civil	Tratar de concienciar y educar a los medios de comunicación sobre salud reproductiva, materna y neonatal.
Universidades	Adaptar los planes de estudio e incorporar en ellos el conocimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Estrategias:

- Identificación en los países de una persona líder en el tema de maternidad saludable y salud sexual y reproductiva;
- Identificación de uno de los actores para promover las iniciativas en los parlamentos;
- Establecimiento de subcomités para la maternidad saludable en los parlamentos;
- Seguir consolidando acciones de alianza estratégica de sensibilización y apoyo técnico tanto en organismos a nivel regional y global, como PARLATINO, COPA o la Unión Interparlamentaria, además de los parlamentos nacionales de la Región;
- Conciliación de posiciones al interior de los países, incluidos los ministerios de economía y finanzas;
- Sensibilización de los medios de comunicación, de los jueces y secretarías y defensorías de derechos humanos;
- Buscar el apoyo de las universidades y alianzas con los colegios profesionales; y
- Trabajar en los cambios con respecto al currículo universitario del personal de salud, incluyendo las normas y estándares universales y regionales de los derechos humanos.

En las tablas 2 y 3 se presenta una síntesis de las estrategias, actores y mecanismos para su ejecución.



Tabla 2. Estrategias a corto plazo

TÍTULO	OBJETIVO	INVOLUCRADOS	CÓMO HACERLA
Convocatoria de foro multidisciplinario	Divulgación, capacitación y recordatorio de instrumentos vinculantes y estándares de DH a los que el país se ha comprometido	Responsables de alto nivel de salud, jueces, defensores de derechos humanos, finanzas, colegios profesionales, académicos, organizaciones de sociedad civil protección social, consejo de ministros	Solicitud formal por parte del parlamento junto con asociaciones. Necesidad de legislar y de fiscalizar
Mapeo de los actores, preparación de propuesta, grupo de apoyo	Reforzar el compromiso	Todos miembros de parlamentos con liderazgo en comisiones especializadas tales como las comisiones de salud, de la mujer, etc.	Mesas de trabajo interdisciplinarias
Nota/carta de compromisos con la salud maternoinfantil a toda la estructura del sistema de salud país	Concienciar de la importancia del tema, establecer alianzas estratégicas	Todos los y las profesionales del sistema de salud (incluida rectoría)	Formalización por parte de la/ el presidente/ gobierno
Mecanismos de monitoreo y vigilancia, a través de la oficina del defensor del pueblo, de los comités de tratado de derechos humanos (Naciones Unidas) y con la iniciativa de la sociedad civil	Promover el buen funcionamiento de la administración pública Consultas con los ministerios de relaciones exteriores y los ministerios de salud facilitadas por la OPS/ OMS	Defensores de DDHH/ sociedad civil y ministerios de relaciones exteriores Comités de tratado de la ONU (Comité de Derechos del Niño, CEDAW, etc.)	Peticiones de sociedad civil a las defensorías por violaciones de DDHH que afectan la salud materna y neonatal Colaboración de ministerios de salud, OPS/OMS y ministerios de relaciones exteriores en la preparación de informes a los comités de tratado de la ONU e interamericanos

Tabla 3. Estrategias a mediano y largo plazo

TÍTULO	OBJETIVO	INVOLUCRADOS	CÓMO HACERLA
Inclusión en la carrera judicial de un módulo de formación específica	Formación y capacitación y sensibilización	Estudiantes de judicatura	Inclusión en el currículum
Medios de comunicación efectivos	Sensibilización en el tema: incluidas las empresas	Sociedad civil, empresas y medios de comunicación	Personas relevantes
Observatorio de la salud materna: universidad de medicina	Dentro de la carrera de medicina, estudiantes y profesores de la carrera investigan y profundizan en el tema Promueve la investigación en especial de la niñez y adolescencia	Desde la universidad y sociedad civil (líderes) hasta el gobierno	Partida presupuestaria del ministerio de salud
Asociación de colegiaturas (docentes, nutricionistas, abogados, doctores, enfermería)	Unión multidisciplinar de colectivos profesionales sobre el tema	Los incluidos en el título	Elaboración de informes técnicos a partir de solicitudes de sociedad civil, universidad, gobierno



IV. PROPUESTA DE LEY MODELO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNIDAD SALUDABLE

Un grupo inter-programático de la OPS/OMS elaboró una propuesta de ley modelo, que tiene como objetivo la prevención y reducción de la mortalidad materna y neonatal. Esta se fundamenta en equidad, autonomía de la voluntad, eliminación de los comportamientos de riesgo, ejercicio del derecho a la salud reproductiva y de otros derechos humanos relacionados, acceso a la información, reducción de las inequidades en el acceso a bienes y tecnologías de salud y reducción de la violencia. Para la revisión de la propuesta se constituyeron grupos de trabajo de carácter inter-disciplinario que analizaron el texto original teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Pertinencia de los componentes para reflejar las necesidades nacionales y lograr la efectividad del derecho a la salud reproductiva y reducir la mortalidad materna y neonatal;
- Comprensividad del texto y acciones referidas para abordar el tema;
- Relevancia de los CONSIDERANDOS para reflejar las situaciones nacionales y el contexto global del tema;
- Pertinencia y alcance de los PRINCIPIOS que guían las acciones relacionadas a la salud reproductiva y maternidad saludable; y
- Potencial de la propuesta para integrar y buscar puntos de encuentro entre los diferentes actores involucrados en el tema.

El texto que se presenta en esta sección se finalizó teniendo en cuenta los insumos de los grupos de trabajo. Su objetivo es que sirva de orientación al proceso de abogacía y elaboración de posibles legislaciones nacionales para garantizar la maternidad saludable.

Modelo Marco de texto legislativo sobre SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL³

Considerando⁴

Que (nombre del país) ha firmado y ratificado los siguientes instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud reproductiva, materna y neonatal:

Considerando

Que la Constitución de (nombre del país) reconoce.....

Considerando

Que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos emitió el documento *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, con el fin de ayudar a los responsables y a los involucrados en la formulación de políticas a mejorar la salud, promover los derechos de la mujer y fortalecer los procesos de rendición de cuentas.

Considerando

Que los países de la Región asumieron el compromiso de reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015 partiendo de las cifras de 1990 (ODM 5) y que apenas a 3 años de esa fecha la reducción regional alcanza al 44% restando una brecha de 31%.

Considerando

Que en(completar con el nombre del país y los datos de número de muertes maternas anuales, razón de mortalidad materna y condiciones de inequidad en el acceso –incluyendo etnia, ingreso, educación y otras relevantes al país).

Considerando

Que para la mejoría de la salud de las mujeres y neonatos, es necesario contar con un sistema de salud funcional que garantice el acceso sin barreras financieras, geográficas o culturales a un conjunto de intervenciones en las diferentes etapas del curso de vida y con respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluidos los

³ Incluye los comentarios de los grupos de trabajo de la Reunión salud reproductiva y maternidad saludable: Legislación nacional en conformidad con el derecho internacional de derechos humanos-Santo Domingo, República Dominicana 11 y 12 de marzo del 2013.

⁴ Este modelo de Ley utiliza la modalidad de Considerandos, si bien la técnica jurídica de muchos países aplica la Exposición de Motivos. El contenido de la información que se utiliza en la construcción de los Considerandos presentados en el modelo, pueden utilizarse para la formulación de la Exposición de Motivos.



derechos reproductivos, la identidad nacional, cultural, lingüística, étnica, racial, los valores y las costumbres propias de cada comunidad.

Considerando

Que la comunidad internacional ha hecho un llamado al diálogo entre los sectores público y privado y la sociedad civil para priorizar la salud de las mujeres y los niños, como componente del desarrollo humano.

Considerando

Que los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud han aprobado Estrategias y Planes de Acción Regionales para el desempeño de los sistemas de salud, y en particular la salud reproductiva, materna y neonatal fundamentados en el derecho internacional de derechos humanos, que debieran ser consideradas en la formulación de las políticas, planes, legislaciones y programas emitidos a nivel nacional.

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo... Objetivo. Esta Ley tiene por objeto garantizar la protección del derecho a la salud reproductiva y la prevención y reducción de la mortalidad materna evitable, la morbilidad materna grave y la morbi mortalidad neonatal, por medio del acceso universal, oportuno y de calidad a establecimientos, servicios integrales de salud, bienes y tecnologías pertinentes.

Artículo... Ámbito de aplicación. Esta Ley tiene por ámbito de aplicación todos los niveles de atención de los servicios a cargo del Ministerio/Secretaría de Salud (o autoridad nacional de salud, según el caso), de la seguridad social y de otras instituciones del sector público, de las instituciones privadas con o sin fines de lucro y de los organismos no gubernamentales que presten servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.

Artículo... Rectoría. El Ministerio/Secretaría de Salud (o autoridad nacional de salud, según el caso) será la entidad rectora de las acciones referentes a esta Ley, incluyendo la formulación de marcos y planes estratégico-políticos y reglamentarios, así como del monitoreo de los resultados, de la evaluación de su impacto sobre la equidad, y de la coordinación intersectorial.

Artículo... Principios rectores. La protección de la salud reproductiva, materna y neonatal se realizará en aplicación de los siguientes principios:

- a) **Gratuidad:** De la atención de todas las acciones relacionadas con salud reproductiva, materna y neonatal en los servicios públicos de salud.
- b) **Equidad:** Garantizando el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal con el fin de reducir las brechas de género y las desigualdades por zonas geográficas, grupos étnicos y condición de pobreza.
- c) **No discriminación:** Asegurando la accesibilidad de hecho y de derecho a los establecimientos, bienes, servicios de salud y tecnologías pertinentes sin distinción por motivos de género, etnia o raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, situación económica, lugar de nacimiento, discapacidad, estado de salud (incluido el VIH/sida) y orientación sexual que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.
- d) **Disponibilidad:** De un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención de la salud así como de programas de salud sexual y reproductiva, materna y neonatal.
- e) **Accesibilidad:** Garantizando a todos los sectores de la población el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal con alcance geográfico, cultural y económico. Se pondrá énfasis especial en los grupos en condición de vulnerabilidad.⁵
- f) **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, así como sensibles a la igualdad de género y a las necesidades de la población adolescente.
- g) **Sostenibilidad:** Asegurando financiamiento público, específico, suficiente y permanente en el tiempo, que permita la atención de salud reproductiva, materna y neonatal de forma continua.
- h) **Calidad:** Garantizando que en los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal se brinden prestaciones con base en la evidencia científica, con personal de salud suficiente y capacitado y con equipos de eficiencia comprobada y en buen estado.
- i) **Participación:** De la comunidad, la sociedad civil organizada y las autoridades locales con el sector salud en la elaboración, ejecución y evaluación de políticas, planes, legislaciones, programas y acciones sobre salud reproductiva, materna y neonatal, con el fin de asegurar el derecho al disfrute al más alto nivel posible de salud.

⁵ Cada país definirá la condición de vulnerabilidad de acuerdo con su perfil epidemiológico y poblacional y la estructura de la red de servicios.



- j) **Rendición de cuentas:** Estableciendo mecanismos de monitoreo, evaluación y socialización del impacto de las acciones llevadas a cabo en la implementación de las políticas, planes, legislaciones y programas de salud reproductiva, materna y neonatal.

Artículo... Coordinación interinstitucional. Las acciones referidas a esta Ley se llevarán a cabo en coordinación con los Ministerios/Secretarías de Educación, de la Mujer, de Trabajo, Desarrollo Social y otras instituciones que tengan competencia sobre la materia.

CAPÍTULO II ACCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA

Artículo... El ejercicio de los derechos reproductivos. El ejercicio pleno de los derechos reproductivos comprende el acceso universal, oportuno y de calidad a los servicios de planificación familiar, incluyendo el asesoramiento y la educación para decidir de forma libre e informada sobre el ejercicio de la vida sexual y reproductiva.

Artículo... Con el fin de asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar en los términos establecidos en el artículo anterior, el Ministerio de Salud/Secretaría de Salud (o autoridad nacional de salud, según el caso) liderará acciones con el sector educación y otras entidades relevantes tendientes a (*nota: seguir las áreas del Plan de Acción sobre Salud Reproductiva y Mortalidad Materna de OPS y OMS*):

- a) Lograr la formación integral de los y las adolescentes en relación con sus derechos humanos y reproductivos, y responsabilidades para el cuidado de su salud, sexualidad y prevención del embarazo precoz y no deseado.
- b) El asesoramiento y educación que facilite a mujeres y hombres la toma de decisiones informadas sobre la fertilidad.
- c) El asesoramiento y educación para el espaciamiento del embarazo.
- d) Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluyendo a los y las adolescentes.
- e) La prevención de enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida en todos los niveles del sistema educativo nacional.

CAPÍTULO III ACCIONES DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

Artículo... Sobre la atención materna y neonatal. La atención materna y neonatal comprende los siguientes ámbitos (*nota: seguir las áreas del Plan de Acción sobre Salud Reproductiva y Mortalidad Materna de OPS y OMS*):

- a) Atención de la mujer durante la pregestación, embarazo, parto y posparto.
- b) Recepción y atención de calidad al recién nacido, incluyendo, la identificación y contacto con la madre en forma inmediata, así como las prácticas preventivas específicas.
- c) Valoración del crecimiento fetal y requerimientos específicos adecuando el cuidado a los mismos.
- d) Las inmunizaciones y la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), así como el tratamiento del VIH, sífilis congénita y otras patologías.

Artículo... Trato digno durante la atención de salud reproductiva, materna y neonatal. La atención de salud reproductiva, materna y neonatal se realizará con pleno respeto a la dignidad y los derechos de las personas. Con tal fin, el equipo de salud deberá ser capacitado sobre los derechos sexuales y reproductivos. Existirán mecanismos para que las y los usuarios presenten reclamos en caso de vulneración de derechos.

Artículo... Durante la pregestación los servicios de salud comprendidos en el ámbito de aplicación de esta Ley ofrecerán a sus usuarias y usuarios consejería para tomar decisiones informadas sobre el embarazo, prepararse para un embarazo saludable, incluyendo el suministro nutricional y vitamínico necesario o evitar los embarazos no deseados accediendo a la planificación familiar.

Artículo... Durante el embarazo los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán las siguientes intervenciones:

- a) Atención prenatal, incluyendo la identificación de VIH y sífilis y tratamiento a la mujer y su pareja.
- b) Disponibilidad y entrega de medicamentos e insumos para la atención del embarazo.
- c) Información comprensible respecto a acciones en casos de emergencias obstétricas.



d) La identificación y reporte de las situaciones de violencia física, psicológica o sexual a que pueda estar expuesta la embarazada, y las acciones de prevención y atención de las mismas.

Artículo....Durante el parto los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán las acciones necesarias para crear un sistema de referencia en la red de atención que garantice un parto seguro y humanizado, con base en las siguientes acciones:

a) Ofrecer equipo de salud con insumos disponibles para la atención del parto, incluyendo el acceso a sangre segura en cantidad y calidad suficientes, así como para la recepción y atención del recién nacido.

b) Promoción del acompañamiento afectivo a la mujer durante el proceso de parto.

c) La atención obstétrica de emergencia incluirá los cuidados mínimos al momento del parto según lo establecido en las normas de la Organización Mundial de la Salud (cuidado obstétrico de emergencia), así como del recién nacido.

d) Para la atención del parto se proveerá de personal calificado y servicios de apoyo durante las 24 horas.

Artículo... Durante el posparto como mínimo hasta los 42 días posteriores al parto, los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán las acciones necesarias incluyendo:

a) Atención de posparto.

b) Identificación e información sobre problemas emocionales consecuencia del parto y sobre la planificación familiar, así como sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino y de mamas.

c) Promoción y apoyo al sostenimiento de la lactancia materna.

d) Control de salud del recién nacido.

e) Prevención de complicaciones e información para el cuidado del recién nacido en el hogar luego del regreso de la institución de salud.

f) Identificación y tratamiento de los problemas derivados de la prematuridad, bajo peso al nacer y morbilidad neonatal.

g) En el caso de los partos en domicilio, se llevará a cabo una visita de personal calificado entre las primeras 24 a 48 horas.

h) Protocolo de prevención de transmisión materno infantil (PTMI) a recién nacidos expuestos a VIH o sífilis.

CAPÍTULO IV FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL

Artículo... Financiamiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal. Con el fin de corregir desigualdades y garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal, el presupuesto de salud tendrá una partida de financiamiento específica. La asignación presupuestaria priorizará las áreas geográficas con mayor mortalidad materna y neonatal y no podrá ser alterada como consecuencia de crisis financieras.

CAPÍTULO V DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo... Recursos humanos. Los servicios de salud dispondrán de personal de salud suficiente y calificado para la atención de la salud de la mujer durante la pregestación, el embarazo, el parto y el posparto.

Artículo... Gratuidad de la atención. Los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal serán gratuitos en el punto de atención en las instituciones públicas de salud. La atención de emergencias obstétricas será gratuita en todas las instituciones de salud comprendidas en esta Ley, sin perjuicio de los procesos de reembolso interinstitucional aplicables.

Artículo... Rendición de cuentas/evaluación. Para la vigilancia del cumplimiento de los objetivos de esta Ley, así como de las normas y procedimientos de salud reproductiva materna y neonatal que se dicten al efecto, se establecerá un sistema de monitoreo y evaluación con participación de la comunidad, representantes del sector salud y otras entidades relevantes. Con tal fin, se formularán indicadores con base en las normas y recomendaciones internacionales acordadas al efecto, y la información obtenida será de carácter público.

Artículo... Promoción de la investigación. Deberá promoverse la investigación relacionada con la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, así como difundir los resultados de la misma.

Artículo... Protección del derecho de la embarazada al servicio de salud materno y neonatal. Nadie podrá impedir que la embarazada concurra a las instituciones de salud para recibir la atención correspondiente.



CAPÍTULO VI SANCIONES

Artículo... Se penalizará con.... *(cada país establecerá el régimen sancionatorio de conformidad con su legislación interna)*. Se debe incluir la penalización de la pareja o terceros que impidan la asistencia de la embarazada a las instituciones de salud, sea por razones culturales o de otra índole.



V. UNA EXPERIENCIA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL: PROCESO PARA LA PROMULGACIÓN DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE EN GUATEMALA⁶

Las organizaciones de la sociedad civil son instancias importantes para el fortalecimiento y profundización de la democracia en los países. La participación ciudadana y el ejercicio de sus derechos, permiten a los ciudadanos: i) presentar sus necesidades, conocimientos y demandas; ii) vigilar y auditar el quehacer de los tomadores de decisión; iii) motivar la transparencia y la rendición de cuentas por parte de las autoridades; y iv) promover condiciones para la sostenibilidad de las políticas que se emprendan.

Un ejemplo es el caso de Guatemala, en que la participación de la sociedad civil ha viabilizado la construcción de consensos entre los diferentes sectores involucrados en el logro de la maternidad saludable y, consecuentemente, ha asumido un rol clave en el monitoreo y rendición de cuentas. Aquí se presenta un relato analítico de la experiencia de la sociedad civil de Guatemala en el proceso de formulación, negociación y aprobación de la Ley para la Maternidad Saludable y las lecciones aprendidas que pueden servir para otros grupos comprometidos con la salud de las mujeres y los niños e interesados en un abordaje comprehensivo desde la política pública. *Esta experiencia demuestra que aunque la aprobación de la Ley es un hito, el trabajo debe continuar en la elaboración y aprobación del reglamento que hace operativa la Ley y en el monitoreo de su cumplimiento.*

En el año 2008, los grupos ciudadanos conformados por mujeres indígenas y no indígenas, profesionales y académicas preocupadas por los altos índices de mortalidad materna y neonatal⁷, y porque la mayoría de estas muertes ocurren en mujeres de pueblos indígenas y rurales, asumen una participación proactiva para disminuir la muerte y el daño en las madres y sus recién nacidos e inician un análisis técnico de la información para encontrar posibles soluciones a esta problemática.

⁶ Este capítulo fue preparado en base en el documento de trabajo "Sistematización del proceso para la promulgación de la ley para la Maternidad Saludable en Guatemala: una experiencia desde la sociedad civil", realizado por el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) de Guatemala. Este fue revisado en una reunión en que participaron representantes de las organizaciones que colaboraron en las diferentes etapas del proceso, que culminó con la promulgación de la Ley para la Maternidad Saludable, actualmente vigente. Participaron: Dra. Karin Slowing, ex Secretaria de SEGEPLAN; Dra. Elizabeth Porras, ONG; Dra. Linda Valencia, AGOG; Dr. Romeo Menéndez, AGOG; Dr. Alfredo Moreno, Universidad San Carlos de Guatemala; Licda. Patricia Borrayo, Universidad de San Carlos de Guatemala IUMUSAC; Dra. Marisela de Cruz, Cooperación USAID; Dr. Alejandro Silva, Cooperación UNFPA; Dr. Vinicio del Valle, Colegio de médicos y cirujanos; Dr. Daniel Fradde, Cooperación OPS/OMS; Dr. Roberto Escoto, Cooperación OPS/OMS; Licda. Myrna Ponce, Congreso de la República de Guatemala; Licda. Zury Rios de Weller, Congreso de la República de Guatemala; Licda. Manuela García, Organización mujeres indígenas de Guatemala; Licda. Ana Victoria Maldonado, Organización Mujeres Indígenas; Dra. Rossana Cifuentes, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas; Licda. Carolina Vásquez Araya, Columnista y Licda; Olga Villalta, Periodista.

⁷ El estudio nacional de muerte materna 2007, realizado en 2011-2012, reveló que ésta se concentra en mujeres pobres, indígenas, sin seguridad social, habitantes del área rural y sin acceso a servicios de salud. Durante el año 2009 se contabilizaron 380 muertes maternas (más de una diaria), y un 33% es atribuible a competencias del personal o deficiencias en insumos y equipos en servicios, que llevan a que la mujer, aunque accede al servicio de salud, no recibe una atención oportuna y de calidad tal como está establecida en los protocolos de atención. Esta limitante se conoce como la demora 4.

Construyendo sobre el conocimiento de las estrategias para desarrollar marcos legales concordantes con el derecho a la salud y los compromisos adquiridos por los Estados, decidieron elaborar y llevar al Congreso de la República una iniciativa de ley que hiciera operativo lo dispuesto sobre la maternidad en las leyes generales nacionales: "La maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven" ; "La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil".⁸

Un elemento transversal en la propuesta es la reivindicación de los pueblos indígenas, a través del respeto, inclusión y adaptación de los servicios de salud hacia la pertinencia cultural.

La constatación de las inequidades llamó la atención sobre la necesidad de focalizar esfuerzos en los seis departamentos que durante los últimos 8 años presentaron RMM mayores al promedio nacional de 153/100,000 nacidos vivos (entre 211 y 174), y la evidencia de que un 60% de muertes maternas suceden en los hogares y en tránsito, dieron sustento al planteamiento de contar con una ley específica operativa, de fácil implementación y de resultados evaluables en el corto plazo.

La aprobación de La Ley para la Maternidad Saludable y su reglamento fue la culminación de un proceso de diálogo de tres años, en donde grupos de la sociedad civil se organizaron, prepararon y realizaron acciones hacia estructuras del Estado que permiten:

- i) sensibilizar de manera paulatina a los tomadores de decisión, sobre la problemática de la mortalidad materna y sus consecuencias sociales;
- ii) formular, elaborar y consensuar una propuesta de ley con la participación multisectorial a nivel central y departamental;
- iii) desarrollar fuertes campañas de abogacía y diálogo político, basado en información oficial sobre la situación de la MM, que da como resultado la aprobación de la ley para la maternidad saludable; y
- iv) monitorear y vigilar el cumplimiento de esta Ley.

⁸ Constitución Política de la República de Guatemala, artículo 52, 1985.



PROCESO DE FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE

1. Conceptualización

Ante la situación de las muertes maternas en Guatemala, las organizaciones sociales consideran necesario colocar en la agenda pública y política lo siguiente:

- La comprensión de los daños que se desprenden de la mortalidad materna, los efectos familiares y las consecuencias sociales, a través del análisis de la información presentada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS);
- El conocimiento de la MM en el país es el fiel reflejo de la inequidad en la respuesta social que se ofrece a necesidades de atención en salud a las mujeres durante el periodo de la pregestación, embarazo, parto y posparto; y
- El ejercicio de análisis de los indicadores, que expresan las grandes diferencias por lugar de residencia, pertenencia étnica y nivel de pobreza que se presentan entre distintos grupos poblacionales.

Para formular la Ley, se decide:

- Utilizar como marco general el derecho a la salud, para que tenga la fuerza del mandato constitucional y el respaldo de las instituciones del Estado como garantes del derecho, y a los ciudadanos como sujetos de ese derecho;
- Considerar la necesidad de declarar como problema central, la alarmante situación de mortalidad materna y neonatal; y
- Expresar que ante esto, el Estado debe y tiene que garantizar el acceso de todas las mujeres en situación de embarazo y a sus hijos, servicios integrales que consideren la etnia, la ubicación geográfica y las condiciones particulares de cada grupo social, es decir que el abordaje para la **atención materna neonatal debiera ser integral, intersectorial, permanente, equitativa y gratuita.**

Con esta determinación se procedió a elaborar una propuesta de ley, de tipo operativo, que diera las pautas y normativas que respondieran a las necesidades del país (multicultural) y que permitiera por la vía de la legislación revertir este problema, tomando en cuenta que las muertes maternas y las neonatales son en su mayoría prevenibles y evitables y que la salud materna e infantil son elementos esenciales para el desarrollo del país.

Se consideró que la propuesta de ley debería establecer como mínimo:

- Instituciones involucradas;
- Responsabilidades asignadas a cada institución;
- Los alcances que tendrían en los campos: institucional, financiero y jurídico; y
- Los mandatos que obligan a la inserción de las acciones dispuestas, dentro de los sistemas de salud, para involucrar a las organizaciones del Estado guatemalteco, gobiernos locales y la sociedad.

Como producto de las reflexiones y análisis iniciales de los grupos, se concluyó que para garantizar una maternidad saludable era necesario:

- i) incluir el compromiso de los poderes políticos centrales y locales;
- ii) el reconocimiento de la identidad, historia y cultura del país;
- iii) el reconocimiento de que la maternidad es un hecho cultural y político y no solamente un proceso biológico, individual y familiar; y
- iv) entender que la vida de las mujeres se ubica diferencialmente en los distintos roles de género asignados por la sociedad.

2. Formulación/elaboración

Elementos para el análisis legal de la protección a la maternidad en Guatemala

La legislación tiene un rol en la reducción de desigualdades innecesarias, evitables e injustas en el ámbito de la salud. En Guatemala, las causas de la mayoría de muertes maternas son evitables; muchas de ellas suceden a mujeres pobres, del área rural e indígena, lo que refleja el efecto de la desigualdad en el acceso a educación, servicios e información. La legislación vigente (nacional e internacional) establece la prioridad y el carácter social de la maternidad y define objetivos y metas para protegerla y disminuir el riesgo de que las mujeres sufran algún daño como consecuencia de este proceso. Sin embargo, ningún instrumento con carácter vinculante establece las intervenciones específicas para proteger la maternidad en el país.

El reconocimiento a la protección a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, en Guatemala, se da en diferentes ámbitos:

- a. Convenios internacionales ratificados por el Gobierno de Guatemala**, donde hay un compromiso para mejorar la salud materna y disminuir la RMM. Estos compromisos también explican la necesidad de proteger la maternidad como un asunto de interés social y que las mujeres no deben ser discriminadas por esta situación. *Aportan metas y objetivos a lograr por el país y recomendaciones generales sobre cómo abordar el problema, pero no obligan a ninguna intervención específica;*
- b. Leyes nacionales de carácter general** como la Constitución, los acuerdos de paz, la Ley de desarrollo social y otras que se refieren a la protección a la maternidad y el derecho a la salud de la población guatemalteca. *Establecen el carácter social de la maternidad y la definen como prioridad en el país. Sin embargo, no comprometen al Estado, ni a las instituciones de salud con ninguna acción en particular;*
- c. Derechos laborales.** Las mujeres que tienen un trabajo formal están protegidas por un conjunto de prestaciones detalladas en el Código de Trabajo y las regulaciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social⁹. Las mujeres trabajadoras tienen derecho a exigir jurídicamente estas prestaciones. *Las mujeres que no tienen un empleo formal (la mayoría en el caso de Guatemala, 80%) no gozan de estas prestaciones y del amparo a la maternidad de los derechos laborales;*

⁹ Seguridad Social en Guatemala, 1954, afiliación obligatoria de los/as trabajadores/as.



d. Prestación de servicios. El MSPAS tiene el mandato constitucional de realizar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y otras para procurar a la población el más completo bienestar físico, mental y social. *El código de salud, no hace referencia explícita a la maternidad. El mandato constitucional se refiere en términos generales a la protección de la maternidad;* y

e. Planes, normas y protocolos para la maternidad saludable. Estos instrumentos se aplican en los servicios del MSPAS, sin embargo, *no son mandatos “jurídicos” ni vinculantes, sino más bien directrices técnicas para la atención en los servicios que están sujetas a cambios según el gobierno de turno.*

La elaboración del primer borrador de la propuesta tomó cuatro meses. Una vez concluida, en el año 2009, se socializó entre técnicos expertos guatemaltecos/cas e integrantes del Observatorio de salud reproductiva (OSAR) (ver Anexo 3), para obtener opiniones sobre su contenido, factibilidad y viabilidad. También fue sometida a discusión entre grupos de mujeres indígenas y no indígenas y entre la cooperación internacional. Sus aportes fueron incorporados a la propuesta.

El carácter de bien público que la Constitución de Guatemala da a la maternidad, hace necesario que la legislación de salud formule los medios para colocar “efectivamente” los servicios de salud al alcance de todas las mujeres. No solo en condiciones de igualdad, sino también en el marco de la justicia distributiva que se sustenta en la necesidad de impartir diferente tratamiento de acuerdo con cada situación.

3. Negociación

En el proceso de formulación de la iniciativa de ley, es importante resaltar los procesos de consenso y negociación que se dan entre los diferentes actores:

Sociedad civil: las asociaciones profesionales de medicina con un enfoque clínico; las asociaciones de mujeres con un enfoque social y de derechos; los grupos conservadores eliminando la atención postaborto (causa de muerte materna) que se incluye utilizando el término “atención de las hemorragia del 1er trimestre”; los grupos indígenas con la temática de pertinencia cultural, cosmovisión, comadronas y casas maternas.

Organizaciones locales: los aportes de las redes y organizaciones departamentales en el marco de sus preocupaciones y vivencias locales, enriquecieron la Ley. Por ejemplo, las casas maternas como una estrategia para acercar a las mujeres a los servicios; la pertinencia cultural en la atención del embarazo o del parto, el involucramiento de los gobiernos locales en el financiamiento y las diversas experiencias de trabajo con comadronas según el territorio, se incluyeron como marcos que permitieran una contextualización y apropiación local de la iniciativa.

El momento político del año 2010 presentó como ventana de oportunidad la aprobación de las leyes contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, y la ley de libre acceso a la información. Estas leyes favorecen la negociación para la aprobación de la Ley para la maternidad saludable, que se presenta en el marco de legislación en apoyo al respeto a los derechos de las mujeres.

Congreso: la identificación de operadoras políticas dentro del Congreso, en este caso particular las diputadas que jugaron un rol clave en la socialización, cabildeo y consenso con 158 legisladores. Entre la propuesta inicial presentada y la propuesta que ingresa a la Comisión de la mujer para su dictamen, se introdujeron algunas reformas, entre ellas, se incluye la comisión multisectorial para la maternidad saludable¹⁰ como ente de monitoreo y vigilancia, y se designa al OSAR como fiscalizador de la implementación de la Ley.

4. Aprobación

Las organizaciones de sociedad civil realizaron un plan de abogacía o incidencia, iniciado con la revisión de información que reflejaba las estadísticas oficiales del número de muertes maternas de ese entonces, por lo que en *febrero del 2009* realizó el foro "Flujos de información para la medición de la mortalidad materna". Este fue inaugurado por el Presidente del Congreso, quien manifestó su compromiso por legislar y financiar programas para reducir la mortalidad materna. Asistieron parlamentarios/os, integrantes de la sociedad civil, y se contó con amplia cobertura de medios de comunicación. La diputada Zury Ríos, quinta secretaria de la Junta Directiva del Congreso, declaró que el Estado de Guatemala debe tener un marco jurídico para regular cómo deben hacerse los procesos y qué protocolos deben seguirse ante la mortalidad materna, y que presentaría la iniciativa de Ley para su aprobación en el pleno del Congreso. El OSAR también elaboró una hoja informativa sobre métodos y cálculo de la razón de la mortalidad materna, que fue distribuida en el foro. Esta información fue entregada a los medios de comunicación social, lo que permitió que, de manera objetiva y documentada, se cuestionaran las declaraciones del gobierno que manifestaban la disminución en el indicador razón de muerte materna.

Las organizaciones mantuvieron comunicación permanente con el Congreso de la República, especialmente con diputadas/os de la Junta Directiva, algunas/os jefas/es e integrantes de comisiones de la mujer, salud y pueblos indígenas y algunas asesoras/es de congresistas. Además, los integrantes del OSAR sostuvieron reuniones de incidencia con la Comisión de la mujer para que la conociera a profundidad y la apoyara como su iniciativa de ley, conjuntamente con la quinta secretaria del congreso. Hay que indicar que la sociedad civil no tiene iniciativa de ley¹¹.

Finalmente, el *22 de octubre del 2009*, el Congreso conoció la iniciativa de Ley, habiéndola trasladado a la Comisión de la mujer, para su estudio y dictamen. Fue identificada con el registro No. 4117. En la dirección legislativa, solicitaron hacer algunas modificaciones para que cumpliera con las normas legales requeridas. La Comisión de la mujer aprobó la propuesta y emitió dictamen favorable N° 02-2009 para ser presentado en el honorable pleno del Congreso.

A principios del mes de *julio del 2010*, el OSAR, con el objetivo de mantener el tema en la agenda pública, divulgó el comunicado de prensa "Ninguna mujer debería morir dando vida" en uno de los diarios de mayor circulación, en donde solicitaba al pleno del Congreso la aprobación de la iniciativa de Ley para la maternidad saludable; la Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR) (ver anexo 4), que también era una de las organizaciones interesadas y que había aportado ideas en la revisión de la propuesta, promovió acciones de incidencia a través del envío de cartas a las integrantes de la Comisión de la mujer del Congreso y correos electrónicos a los diputados de sus departamentos de origen. Los mensajes contenían exhortativas y solicitudes de apoyo irrestricto para la aprobación de la Ley.

¹⁰ Artículo 23, creación de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable CMPMS. Las agencias de cooperación podrán participar en esta comisión, el OSAR realizará las funciones de fiscalización a la implementación de la Ley.

¹¹ Constitución Política de la República, art. 174.



El OSAR, la ALIANMISAR y la ISMD se reunieron para establecer un plan de incidencia más enérgica, donde se establecieron responsabilidades que debería realizar cada organización con sus respectivas redes en los departamentos. Al mismo tiempo, las congresistas interesadas y convencidas de la necesidad de contar con una ley de esta naturaleza, y motivadas por las organizaciones de la sociedad civil, iniciaron un proceso de cabildeo con otras y otros congresistas, para lograr el apoyo que se requeriría para su aprobación, después de las tres lecturas en el pleno. Los medios de comunicación locales y nacionales (escritos, televisión y radiales), de manera voluntaria y gratuita dieron amplia cobertura a los eventos y publicaron las demandas de los OSAR. Hay que mencionar que lo hicieron.

La tercera lectura de la iniciativa fue realizada el *9 de septiembre del 2010*, fecha en la que la Ley fue aprobada por unanimidad de votos con el Decreto No 32-2010, y pasó al Ejecutivo para su publicación oficial. El Decreto Ley fue firmado por el Presidente de la República para su publicación en el Diario oficial, el *7 de octubre del 2010*.

El *17 de diciembre* de ese mismo año se llevó a cabo de manera pública la instalación de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable en el Palacio de la Cultura. Participaron el Vicepresidente de la República, el Ministro de Salud, una representante de la cooperación internacional y los delegados oficiales de las diferentes instituciones representadas según la ley.

A mediados del año 2011, la Asociación guatemalteca de mujeres médicas (AGMM) solicitó apoyo a la cooperación internacional para publicar 5000 ejemplares de la Ley, en una versión ilustrada. El objetivo fue promover su difusión y aplicación en asociaciones gremiales de salud, organizaciones de la sociedad civil, servicios de salud y miembros de la prensa. Estos ejemplares también fueron entregados a los candidatos a elección popular que participaron en el último proceso electoral.

5. Construcción y aprobación del reglamento que hace operativa la Ley

Entre la fecha de aprobación de la Ley y la publicación del reglamento que la hace operativa transcurrieron 19 meses. El reglamento fue aprobado por Acuerdo Gubernativo No. 65-2012 en marzo del 2012.

En la construcción de este reglamento participó la sociedad civil, quien con apoyo técnico de la cooperación internacional elaboró una primera propuesta que fue entregada al MSPAS, para seguir su curso a la Procuraduría General de la Nación y Secretaría General de la Presidencia de la República, que la envió a las diferentes instituciones que figuraban en ella como responsables de su implementación.

En el reglamento se hacen precisiones respecto a los establecimientos que proveerían los servicios a mujeres gestantes. Se hace especial énfasis a los CAIMI, los CAP¹² y las casas maternas, y se define su cobertura geográfica y funciones. Además, se desarrollan de manera primaria los perfiles del personal que debe laborar en estos establecimientos y las responsabilidades del MSPAS y las escuelas formadoras. Se define, asimismo, el sistema de vigilancia y monitoreo, y las responsabilidades institucionales del mismo, incluyendo la necesidad de definir indicadores.

¹² CAIMI centro de atención integral materno infantil (atención 24 horas, resolución quirúrgica del parto). CAP centro de atención permanente (24 horas, resolución parto normal).

Durante este proceso, las organizaciones sociales hicieron abogacía de manera sistemática ante las autoridades responsables de la publicación del reglamento. Un elemento indispensable fue conocer el proceso de aprobación, las distintas instancias gubernativas, el rol que desempeñan (aprobación, consulta, derivación) y la identificación del actor responsable en quien debe incidirse. Con esta información enviaron cartas al Presidente de la República, Procurador General de la Nación, Secretaría General de la Presidencia, Ministro de Salud, Procuraduría de Derechos Humanos -PDH- y diputados solicitando su publicación.

6. Grupos y actores involucrados en el debate

a) Sociedad civil

La sociedad civil se movilizó a través de sus diferentes organizaciones durante todo el proceso; entre ellas se encuentran la Instancia salud mujer (ISDM)¹³; el Observatorio de salud reproductiva (OSAR) con sus redes departamentales; la Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR)¹⁴; y la Red de mujeres por la construcción de la paz (REMUPAZ)¹⁵. La mayoría de ellas funcionan en los niveles nacional y local. Además, las asociaciones médicas profesionales (entre ellas la Asociación de ginecología y obstetricia), la Asociación de mujeres médicas y el Colegio de médicos y cirujanos participaron activamente.

b) Congreso

Las 19 mujeres congresistas generaron una alianza inter-partidaria frente a las leyes a favor de las mujeres: la Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer (abril 2010) y la Ley para la Maternidad Saludable (septiembre del 2010). Los diputados ponentes de la Ley, Comisión de salud, Comisión de la mujer, Comisión asuntos indígenas y la junta directiva, fueron certeros operadores políticos para consensuar la propuesta y agilizar el proceso de aprobación.

c) Medios de comunicación

Los medios de comunicación definidos como el 4to poder dentro de la incidencia, asumieron un rol trascendental en formar opinión pública (columnistas) y colocar temas cotidianos en las agendas de los tomadores de decisión. Todos los medios de comunicación formaron parte de una alianza y promovieron los beneficios, estatus de aprobación y situación real de la muerte materna.

d) Cooperación internacional

Diversas agencias de cooperación facilitaron asesoría técnica a solicitud de las organizaciones de sociedad civil, y compartieron experiencias sobre cómo se aborda la temática en otros países, aportando sobre avances en salud pública basados en evidencia científica, y generando procesos de diálogo con autoridades de salud y gobierno central.

¹³ ISDM- Instancia coordinadora de acciones por la salud y el desarrollo de las mujeres es una organización conformada oficialmente en junio del 2006. Está integrada por 17 organizaciones de mujeres y hombres interesados en que se respeten y cumplan los derechos sexuales y reproductivos en Guatemala. Es integrante del OSAR desde 2008 y a partir del 2009 le brinda apoyo técnico.

¹⁴ Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR). En junio del 2008 se inició la conformación de salud, la que enfocan en los aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, como el derecho a una maternidad saludable, a la planificación familiar y a la atención de sus niños, requiriendo servicios de calidad, respeto por la dignidad de la mujer indígena y sus costumbres - derecho a ser atendida en su idioma materno, respeto al pudor y recato de sus hábitos y la atención del parto de manera tradicional a sus prácticas ancestrales (atención del parto vertical en sus diferentes modalidades). Esta red ha desarrollado alianzas con distintos organismos del Estado – ministerios de salud y educación, defensoría de la mujer indígena, oficina de la procuraduría de los derechos humanos, secretaria de seguridad alimentaria y nutricional.

¹⁵ REMUPAZ. Organización feminista. Se inició en mayo del 2000 y está conformada por diez organizaciones de mujeres.



CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN QUE SE GARANTIZA CON LA LEY

La Ley desarrolla una serie de contenidos que constituyen garantías y oportunidades para las mujeres y sus hijos/as y refuerza las leyes generales del país y los compromisos internacionales del Estado relacionadas con la maternidad.

La Ley va más allá del paquete de atención en salud, impacta en conductas y prácticas culturales que afectan negativamente a la salud de la mujer.

a) Derecho a la salud: maternidad saludable

- Esta Ley otorga a la maternidad el carácter de asunto de urgencia nacional y se focaliza en las poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad (indígenas, rurales, pobres).
- Asume el acceso universal, oportuno y de calidad a los servicios materno-neonatales, y la universalidad de estos servicios es parte del derecho a la salud, que sin duda genera una gran presión a todas las instituciones del Estado para realizar esfuerzos conjuntos.
- Promueve *el involucramiento de otras instituciones ajenas al MSPAS*, como el sistema de consejos de desarrollo, municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas, logrando con ello la acción interinstitucional.
- Coloca a las instituciones del Estado como garantes del derecho, y a las familias y ciudadanas como sujetos de ese derecho. El establecimiento como un derecho a la salud (derecho social) obliga al Estado a garantizar las condiciones posibles que permitan a cada persona ejercitar sus derechos y la búsqueda de la disminución de las desigualdades y asimetrías que existen entre los diferentes segmentos integrantes de la sociedad.
- Obliga al Estado y a sus instituciones como responsables de proveer atención a todas las mujeres en situación de embarazo, parto, posparto y a los recién nacidos de manera gratuita, iniciándose un proceso de cobertura universal de los servicios de salud.
- Exige a los tomadores de decisión priorizar estos servicios, a pesar del exiguo presupuesto, frente a otros programas.
- Proporciona herramientas a la sociedad civil para hacer abogacía con el fin de que el ministerio cumpla lo establecido en la presente Ley.

La política de pertinencia cultural significará el inicio de la inclusión de este enfoque en los otros programas que brinda el MSPAS, teniendo en cuenta que la nación guatemalteca está conformada por la riqueza de diversas culturas.

b) Servicios con pertinencia cultural

Esta es la primera legislación que ordena la pertinencia cultural o interculturalidad de los servicios de salud, en reconocimiento de los principios rectores de accesibilidad cultural y respeto a la interculturalidad. El reglamento define qué se entiende por pertinencia cultural y cómo monitorearla.

La regla de creación de las casas maternas, que anteriormente eran experiencias aisladas y de buena voluntad en algunos servicios, son un mandato que obliga a los tomadores de decisión (nacional y local), a buscar alianzas y estrategias para darle cumplimiento. Este mandato favorece a las mujeres del área rural y de los pueblos indígenas que viven en zonas distantes de los servicios de salud, y que atienden partos, mejorando su acceso, cuando las mujeres y sus familias se trasladan desde sus hogares lejanos demandando oportunamente estos servicios. Además, asegura un lugar donde ellas y sus acompañantes puedan pernoctar, si son rechazadas por los proveedores de los servicios, por no encontrarse en un estado inminente de parto.

La Ley aporta la incorporación oficial de los proveedores comunitarios y tradicionales al primer nivel de atención, que vinculado al principio de interculturalidad, representa un acontecimiento de transformación en la cultura de los servicios de salud.

Esta legislación es una herramienta sustancial para impulsar programas y acciones con las características señaladas como interculturales:

- a) atención a las usuarias de los servicios en el lenguaje vernáculo de los pueblos originarios;
- b) acompañamiento de la parturienta por un familiar o persona de confianza (puede ser la comadrona) en la atención del parto normal;
- c) posición para la atención del parto según preferencia de la mujer; y
- d) visita a la mujer en su domicilio, dentro de las primeras 24 a 48 horas posparto y dentro de las primeras 24 horas al recién nacido, cuando el parto sucediera en el hogar.

Considerando el principio de interculturalidad y lo que establecen otros artículos de la Ley, establece que en el segundo y tercer nivel de atención se debe conocer, aceptar, respetar e incluir aquellas prácticas de los pueblos indígenas no lesivas a la vida.

c) Calidad de los servicios

La Ley manifiesta explícitamente una serie de factores esenciales de la provisión de servicios, durante el embarazo, parto y posparto. Entre estos destacan:

- Los estándares de calidad de la atención cuya definición y análisis fortalecerá las capacidades institucionales del MSPAS; el tema de la referencia y de la disponibilidad de transporte para las usuarias entre los niveles de atención que mejorará la calidad de los mismos; la disponibilidad de insumos necesarios que presionará a los servicios, pero que también puede ser utilizada para la negociación presupuestaria del MSPAS ante el Congreso de la República, en vistas de que no asignar los recursos se convierte en delito; la atención diferenciada a las niñas y adolescentes embarazadas; la consejería en planificación familiar y las relacionadas a la interculturalidad, se convierten en garantías explícitas y justiciables;
- Se oficializa la visita al recién nacido durante las primeras 24 horas posparto. El resto de las intervenciones aparecen en las normas del MSPAS, pero tienen el valor de reforzar el monitoreo del cumplimiento en las instituciones que abarca la Ley; y



- Establece que entre las condiciones para la maternidad saludable está la orientación y educación para prevenir embarazos no deseados y promover embarazos saludables, así como la promoción de las condiciones nutricionales adecuadas y la administración de suplementos alimenticios y vitamínicos.

d) Monitoreo y participación ciudadana

- Vigilancia y monitoreo
- Efectividad del gasto
- Fiscalización y financiamiento

La normativa de la creación de la Comisión multisectorial para la maternidad saludable (CMPMS) con la participación de los gremios médicos (Asociación guatemalteca de mujeres médicas y la Asociación guatemalteca de gineco-obstetricia), contribuirá a que las normas y estándares técnicos del manejo de la estrategia para la maternidad saludable y la reducción de la muerte materna sean basados en la evidencia científica, acciones costo-efectivas y en la utilización de las recomendaciones dadas por instituciones nacionales e internacionales expertas en la materia.

La participación de las/os integrantes de la Comisión de Salud del Congreso de la República, permitirá que estos/as congresistas vigilen y fiscalicen las acciones del MSPAS establecidas en esta legislación. De igual manera, se espera que su participación ayude al proceso de sensibilización a otras/os parlamentarias/os, para asegurar la voluntad política de autorizar el financiamiento que permita el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley durante el periodo de aprobación del presupuesto anual de ingresos y egresos del Estado guatemalteco.

La disposición explícita, delegada en el OSAR con funciones de vigilancia y monitoreo en la implementación de Ley, evidencia la convicción del espíritu del legislador de asegurar la participación social con la intervención directa de la sociedad civil. Ello favorece el ejercicio de la ciudadanía en la búsqueda de la efectividad de los derechos contenidos en este marco jurídico, que está amparado por la Constitución Política de la República de Guatemala y por los compromisos suscritos por el país en los tratados internacionales. La participación de legisladores e integrantes de la sociedad civil como miembros de la comisión, podría evitar escenarios futuros de reducciones presupuestarias para esta política, independientemente de los cambios de los gobernantes.

Dentro de las disposiciones complementarias, se reforma el decreto 21-2004, estableciendo que de los recursos recaudados por el impuesto a las bebidas alcohólicas, se destinará un 15% para programas de salud reproductiva, planificación familiar y alcoholismo, y que de este porcentaje, el 30% será asignado exclusivamente para la adquisición de anticonceptivos. También establece la creación de una partida presupuestaria específica, dentro del presupuesto del MSPAS para esa finalidad. Lo anterior facilitará el monitoreo de los fondos asignados para satisfacer la demanda del uso de métodos anticonceptivos, y asegurará el ejercicio del derecho de las personas a decidir sobre sus expectativas reproductivas. Esta disposición también reducirá la posibilidad de que los fondos para este rubro sean destinados hacia otros programas.

La priorización del financiamiento para acciones en los lugares con mayores problemas de muertes maternas y en regiones de mayor vulnerabilidad en función de los niveles de pobreza, asegura que las intervenciones lograrán un impacto positivo en el abordaje de la prevención de la mortalidad materna.

e) Penalización

“En enero del 2013, el hospital de Suchitepéquez atiende por trabajo de parto a una primigesta de 17 años, con diagnóstico de pre eclampsia. Su marido de 35 años se niega a que realicen la cesárea, (“... en mi familia siempre tienen normal los hijos...”) sin embargo, en base a la Ley para la maternidad saludable, artículo penalización, la pareja accede al procedimiento. A las dos horas una recién nacida sana, y una madre post operada eran beneficiarias de este marco legal”.

Historia OSAR Suchitepéquez, febrero 2013.

Las disposiciones de penalización se remiten a lo establecido en el código penal y leyes especiales sobre la materia, para los funcionarios y el personal de los servicios de salud responsables de la atención materna neonatal, y abre la posibilidad de enjuiciar a aquellos que cometan actos constitutivos de delito y la asocian con la inhabilitación para el ejercicio de su profesión.

La Ley establece que el conviviente de la mujer será penalizado si no permite, promueve y facilita que la mujer tenga acceso a los servicios de salud maternos y neonatales. El “espíritu” de esta normativa obedece a la noción de que muchos convivientes se oponen al tratamiento de los problemas maternos en los servicios de salud e intenta legislar al respecto; sin embargo, es necesario considerar aspectos interculturales, el acceso físico de los servicios y los limitados recursos de muchos hogares.

LECCIONES APRENDIDAS

a. Es posible avanzar en marcos legislativos para garantizar la maternidad saludable

Aunque todas las leyes nacionales confieren un grado importante de protección legal a las mujeres y coadyuvan a la prevención de las muertes maternas, quedaban algunos vacíos legales en cuanto a los contenidos del tipo de prestación que se debe brindar a las mujeres gestantes y quién o quiénes son los responsables de dichas acciones. Con la promulgación de la Ley de maternidad segura y su decreto, se declara el interés en mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos. Se promueve el desarrollo humano a través del aseguramiento de la maternidad saludable, mediante el acceso universal oportuno y gratuito a información y servicios de calidad.

b. Deben construirse propuestas legislativas concretas, factibles y medibles

Organizaciones de sociedad civil, basando su propuesta en los altos índices de muerte materna, sus causas y consecuencias, desarrollan -con el apoyo de la cooperación- una ley operativa que defina y garantice paquetes de servicios de salud para la pregestación, el embarazo, parto y posparto, e incluya intervenciones para el neonato. El análisis del contexto político se transforma en elemento fundamental para la aprobación de la Ley.



c. Propuestas incluyentes

La complementariedad de visiones genera, a través de procesos de consenso y negociación, respuestas específicas y legítimas. En este ejercicio de ciudadanía de la sociedad civil, la participación de técnicos de diferentes disciplinas, las organizaciones de mujeres indígenas, organizaciones locales y grupos feministas dan un valor agregado a la propuesta. En este proceso, *el análisis multicausal de la muerte materna*, brindó voz a los sectores para exponer sus argumentos y propuestas (la visión social del problema, sus secuelas en las comunidades y familias, la necesidad de las intervenciones básicas para atender la emergencia obstétrica), teniendo como referencia la situación actual y real de las muertes maternas (información estratégica) identificando acciones puntuales, costo-efectivas que puedan monitorearse y dirigirse como mandatos hacia instituciones específicas.

d. Participación de la sociedad civil, ejercicio ciudadano

Uno de los mayores aportes de esta Ley es que norma y permite la participación de los grupos sociales en los comités de vigilancia materna a nivel local, en la comisión multisectorial a alto nivel y en los hospitales, todo lo que contribuye al fortalecimiento de la rendición de cuentas. En Guatemala, las comadronas (parteras tradicionales) atienden un 50% de los partos dentro de los hogares, siendo un eslabón crítico e indispensable para la estrategia de reducción de muerte materna. Esta Ley permite la participación de las comadronas en la formulación de una política nacional para ellas, así como establece un proceso de transición para la creación de comadronas con formación técnica (obstetrices o matronas) como recurso humano necesario para la atención de las mujeres gestantes.

e. La maternidad saludable pasa por el empoderamiento de las mujeres

Siendo el empoderamiento de la mujer un constructo que envuelve mucho más que la salud - pasa por su acceso a bienes y servicios, derecho a la información y toma de decisiones reproductivas- es primordial acompañar las acciones de esta Ley, especialmente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza, y ofrecer oportunidades concretas para ampliar sus estudios, capacitación y entrar al mercado de trabajo de forma competitiva.

f. La información y conocimiento generan mejoras en humanización del parto y la prestación de servicios

En la emergencia del hospital, una niña de 12 años con 39 semanas de embarazo y con un trabajo de parto activo, es parte del protocolo de vigilancia de embarazadas, el cual establece que un caso de una menor de 14 años, embarazada o con un hijo/a debe ser notificado a la procuraduría general de la nación PGN¹⁶ (violencia sexual), y ésta debe gozar de un trato diferenciado en el servicio (acompañamiento por familiar, atención psicológica, resolución por cesárea). Además, se debe activar el sistema de protección social (beneficiaria de programas sociales, inserción a procesos educativos) y activar el sistema de justicia (denuncia, proceso judicial). Esta ruta, definida por una mesa interministerial y de sociedad civil, es parte de la atención y prevención del embarazo en adolescentes que enmarca la Ley¹⁷.

¹⁶ Procuraduría general de la Nación, responsable de la protección de la niñez.

¹⁷ Ruta de denuncia y derivación de embarazos en menores de 14 años, elaborada por los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social bajo la iniciativa de la Secretaría contra la violencia sexual, explotación y trata de personas. Proceso facilitado por el OSAR.

TEMAS PENDIENTES PARA UNA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA

La Ley para una maternidad saludable está vigente desde septiembre del 2010 y su Reglamento a partir de mayo del 2012. No obstante, quedan desafíos pendientes para la implementación de esta Ley, tales como: el financiamiento necesario; la disponibilidad de personal técnico especializado a nivel rural (desarrollo profesional en las ciudades); los procesos de facilitación de competencias hacia los prestadores/as de servicios de salud; garantizar los insumos para la atención; y establecer el proceso para monitorear en el campo (servicios de salud) su aplicación.

De acuerdo al mandato constitucional y a lo dispuesto en los instrumentos legales, le corresponde al MSPAS ser la institución que debe negociar, diseñar, reglamentar, implementar, vigilar, monitorear, evaluar y financiar todo lo derivado a la protección de las mujeres gestantes. Es función del MSPAS:

- Fortalecer sus capacidades organizacionales, económicas, de recursos humanos y de rectoría necesarias para la tarea que le impone este marco legal.
- Planificar e implementar la estrategia para la difusión de la Ley entre las familias y mujeres usuarias de los servicios, proveedores de los servicios de salud, legisladores, integrantes del organismo del Estado que imparte la justicia en Guatemala, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de la iniciativa privada. Si la capacitación es para mujeres de los pueblos originarios, esta deberá entregarse en su idioma vernáculo.
- Imprimir ejemplares de la Ley para la difusión de su contenido. Estos deberán ser ilustrados y mediados para su fácil comprensión.
- Vigilar, monitorear y abogar en los niveles nacional y local por parte de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas e interesadas, para el cumplimiento de los contenidos de la normativa en los programas de las instituciones responsables establecidas en la Ley.
- Continuar la buena relación con los medios de comunicación social a través de la entrega de información basada en datos oficiales y monitoreo de los servicios sobre los avances, desafíos e impacto alcanzado a través del cumplimiento de lo establecido en la Ley.
- Interesar a organizaciones de la iniciativa privada para que colaboren en la implementación de la Ley y generen alianzas con la sociedad civil que realiza abogacía y diálogo político para el ejercicio de su ciudadanía en salud.
- Mantener la colaboración y acompañamiento de las organizaciones de cooperación internacional para continuar con su apoyo técnico y financiero hacia las actividades que realiza la sociedad civil.



VI. BIBLIOGRAFÍA DEL CAPÍTULO V

1. Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Guatemala (Reformada por Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Noviembre de 1993) [Internet]. Ciudad de Guatemala; 1986. Disponible en http://www.oas.org/JURIDICO/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf. Acceso: 18 de Junio de 2013.
2. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. Código de Salud (Decreto 90-97) [Internet]. Ciudad de Guatemala; 1997. Disponible en <http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/GUA-Decreto-90-97-Codigo-Salud.htm>. Acceso: 18 de Junio de 2013.
3. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) [Internet]. Ciudad de Guatemala; 2001. Disponible en <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyDesarrolloSocial.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2013.
4. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y Otras Bebidas Fermentadas (Decreto 21-2004) [Internet]. Ciudad de Guatemala: CENADOJ; 2004. Disponible en <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20leyes/2004/PDFs/Decretos/DECRETO%2021-04.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2013.
5. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. (2005). Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005) [Internet]. Ciudad de Guatemala: CENADOJ; 2005. Disponible en <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2013.
6. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer (Decreto 22-2008) [Internet]. Ciudad de Guatemala: CENADOJ; 2008. Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_el_Femicidio_y_otras_Formas_de_Violencia_Contra_la_Mujer_Guatemala.pdf. Acceso: 18 de Junio de 2013.
7. Guatemala, Congreso de la República de Guatemala. Ley de Maternidad Saludable. (Decreto 32-2010) [Internet]. Ciudad de Guatemala: CENADOJ; 2010. Disponible en <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20leyes/2010/pdfs/decretos/D032-2010.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2013.

8. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015: Cero Tolerancias a la Muerte Materna y Neonatal [Internet]. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2010. Disponible en http://www.mspas.gob.gt/images/stories/proteccion_de_la_salud/salud_reproductiva/componenhttp://www.mspas.gob.gt/images/stories/proteccion_de_la_salud/salud_reproductiva/componente_materno/Plan%20de%20RMM.pdfte_materno/Plan%20de%20RMM.pdf. Acceso: 18 de Junio de 2013.
9. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas de atención en salud integral para el primero nivel [Internet]. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2010. Disponible en http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=312&Itemid=197. Acceso: 20 de Junio de 2013.
10. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas de atención en salud integral para el segundo nivel [Internet]. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2010. Disponible en http://portal.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=198. Acceso: 20 de Junio de 2013.
11. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal, calificada con enfoque de género y pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención de parto. Primera revisión (2da edición) [Internet]. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2011. Disponible en <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/GUIA%20MATERNO%20NEONATAL%202011%20PDF.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2013.
12. Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Señor Anand Grover, Misión a Guatemala [Internet]. Nueva York: ONU; 2011. A/HRC/17/25/Add.2.
13. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva/Facultad de Ciencias Medicas Universidad de san Carlo de Guatemala. Presentación – La importancia de contar todas las muertes maternas [Internet]. Ciudad de Guatemala: OSAR; 2012. Disponible en http://www.osarguatemala.org/userfiles/mm_congreso.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
14. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Embarazo en Niñas y Adolescentes en Guatemala, Boletín N.1 [Internet]. Ciudad de Guatemala: OSAR; 2011. Disponible en http://www.osarguatemala.org/userfiles/boletin%20correcciones%205-4-11-1_opt.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.



15. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Embarazo en Adolescentes, Una vida difícil para las adolescentes... Maternidad temprana [Internet]. Ciudad de Guatemala: OSAR. Disponible en <http://www.osarguatemala.org/userfiles/Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
16. Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna en Guatemala 2007. Ciudad de Guatemala: Serviprensa; 2011.
17. Naciones Unidas, El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. Serie de documentos de análisis ¡CONTAMOS! Boletín No.9: ¡Quiero crecer con mamá! Estudio sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para disminuir la mortalidad materna en Guatemala [Internet]. Ciudad de Guatemala: UNICEF; 2012. Disponible en http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones/2012/Contamos%209_Quiero%20crecer%20con%20mama_191212.pdf. Acceso: 20 de Junio de 2013.
18. World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health. Mother-Baby Package: implementing safe motherhood in countries [Internet]. Geneva: WHO; 1994. WHO/FHE/MSM/94.11.



VII. REFERENCIAS

- (1) Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Orientaciones técnicas específicas para los responsables de la formulación de políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad materna utilizando un enfoque basados en los derechos humanos [Internet]. Ginebra: OACDH; 2012. [A/HRC/21/22]. Disponible en http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (2) Hunt P, Bueno de Mesquita J. Reducing maternal mortality. The contribution of the right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations Population Fund; Essex: University of Essex; 2010.
- (3) Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos (Resolución 11/8) [Internet]. 11º Período de sesiones; 17 de junio del 2009. Ginebra: OACDH; 2009. Disponible en http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (4) Towards Unity for Health Women and Health Taskforce. Safe Motherhood: social, economic and medical determinants of maternal mortality, Women and Health Learning Package [Internet]. Belgium: The Network: TUFH; 2006. Disponible en http://www.the-networktufh.org/sites/default/files/attachments/basic_pages/WHLP%20Safe%20Motherhood.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (5) Inter-Parliamentary Union. Access to health as a basic right: the role of parliaments in addressing key challenges to securing the health of women and children [Internet]. Resolution adopted unanimously by the 126th IPU Assembly; 5 April 2012; Kampala. Geneva: IPU; 2012. Disponible en <http://www.ipu.org/conf-e/126/res-3.htm>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (6) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud. Plan de Acción para Reducir la Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave. OPS 51º Consejo Directivo, 63.ª Sesión del Comité Regional; 26 al 30 de septiembre del 2011. Washington, DC: OPS; 2011. CD 51/12. Disponible en http://new.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2012/06/PLAN_ACCION_REDUCCION_MORTALIDAD_MATERNA.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (7) Organización Mundial de la Salud. Manteniendo promesas, evaluando los resultados: Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños [Internet]. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243564326_spa.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (8) Naciones Unidas, Secretario General. Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños [Internet]. Nueva York: ONU; 2010. Disponible en <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>. Acceso: 19 de Junio de 2013.

- (9) Naciones Unidas, Asamblea General. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Nueva York: OACDH; 1966. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (10) Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 de diciembre del 1979. Nueva York: ONU; 1979. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (11) Naciones Unidas, Asamblea General. Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre, 1990, de conformidad con el artículo 49. Nueva York: OACDH; 1989. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (12) Organización de Estados Americanos. Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José) Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana Sobre Derechos Humanos [Internet]. 7 al 22 de noviembre de 1969; San José, Costa Rica. Washington, DC: DDI; 1969. Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (13) Organización de los Estados Americanos, Asamblea General. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará," (Resolución aprobada en la séptima sesión plenaria, celebrada el 9 de Junio de 1994). Vigésimo cuarto periodo ordinario de sesiones, del 6 al 10 de Junio de 1994. Washington, DC: OEA; 1994. OEA/Ser.P/XXIV.02. Volumen 1.
- (14) Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012. OPS/HSD/HA/12.01. Disponible en http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (15) Olausson PO, Cnattingius S, & Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Feb; 106 (2): 116-21.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Información y Análisis en Salud (HA), Datos de mortalidad y población. Washington, DC: OPS; julio 2008.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. El Derecho a la Salud de los Jóvenes y las Identidades de Género: Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública. Washington, DC: OPS; 2011.



- (18) Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. 5-13 septiembre 1994; Cairo, Egipto. Nueva York: ONU; 1995. A/CONF.171/13/Rev.1. Disponible en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (19) Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico 2008- 2012. Documento Oficial No. 328 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2009. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (20) World Health Organization. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health [Internet]. Geneva: WHO; 2010. WHO/FCH/10.06. 2010. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.
- (21) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura Universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf. Acceso: 19 de Junio de 2013.

VIII. ANEXOS



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



51.º CONSEJO DIRECTIVO

63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

CD51.R12 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD51.R12

PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave* (documento CD51/12);

Tomando en cuenta los mandatos internacionales propuestos en el Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas (documento CSP23/10 [1990]); la resolución *Población y salud reproductiva* (CSP25.R13 [1998]); la Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (CSP26/14 [2002]); la Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita (documento CD50/15 [2010]); las resoluciones WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) y EB113.R11 (2004) sobre salud reproductiva aprobadas por la Asamblea Mundial de Salud y el Consejo Ejecutivo de la OMS, respectivamente; los foros de Nairobi, Kenya (1987), El Cairo, Egipto (1994), Beijing, China (1995); la Declaración del Milenio (2000), y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017;

Teniendo en cuenta la resolución R11/8 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009), la resolución CD50.R8 del 50.º Consejo Directivo de la OPS (2010) y el documento técnico *La salud y los derechos humanos* (CD50/12), así como el alto grado de complementariedad entre este plan y otros objetivos establecidos en el *Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado* (Documento oficial 328 [2009]);

CD51.R12 (Esp.)

Considerando la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños lanzada por el Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 y las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;

Consciente de la necesidad de mejorar el manejo de las enfermedades no transmisibles y de los factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad, tabaquismo) en los protocolos de salud materna, según se abordaron en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Resaltando que la mortalidad materna es una manifestación de inequidad que afecta a todos los países de la Región y que existen intervenciones costoeficaces dentro del sector que pueden tener un impacto real y en corto tiempo para su disminución;

Considerando la importancia de contar con un plan de acción que permita a los Estados Miembros responder en forma eficaz y eficiente,

RESUELVE:

1. Aprobar el Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave y su consideración en las políticas, planes y programas de desarrollo, así como en las propuestas y la discusión de los presupuestos nacionales, y que les permita dar respuesta a la mejora de la salud materna.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) consideren la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
 - b) adopten políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio (incluida la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH), y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;

- c) promuevan un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
- d) promuevan el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;
- e) adopten una política de recursos humanos en términos de contratación, capacitación y retención que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;
- f) fortalezcan la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
- g) pongan en marcha procesos de revisión y análisis internos del Plan de acción, para su ejecución en el contexto nacional;
- h) aboguen por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función de resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;
- i) promuevan el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.

3. Solicitar a la Directora:

- a) que respalde a los Estados Miembros en la ejecución del presente Plan de acción, en conformidad con sus necesidades y contexto demográfico y epidemiológico;
- b) que promueva la ejecución y coordinación de este Plan de acción, garantizando su integración en los programas;
- c) que estimule y fortalezca los sistemas de información y vigilancia de la salud materna, incluido un repositorio regional disponible para todos los interesados directos, y que promueva el desarrollo de investigaciones operativas para diseñar estrategias afines y llevar a la práctica intervenciones basadas en las necesidades específicas de los contextos de la Región;

- d) que respalde a los Estados Miembros en el desarrollo y creación de capacidades para la preparación y distribución adecuada de los recursos humanos en salud materna y neonatal;
- e) que consolide y fortalezca la colaboración técnica con los comités, órganos y relatorías de las Naciones Unidas y organismos interamericanos, además de promover alianzas con otros organismos internacionales y regionales, instituciones científico técnicas, la sociedad civil organizada, el sector privado y otros, en el marco del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna;
- f) que informe periódicamente a los Cuerpos Directivos de la OPS sobre los progresos y limitaciones en la ejecución del Plan de acción, así como las adaptaciones del mismo a nuevos contextos y necesidades, si fuese necesario.

(Octava reunión, 29 de septiembre del 2011)



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

CD50.R8 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD50.R8

LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS

El 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento conceptual *La salud y los derechos humanos* (documento CD50/12);

Tomando en cuenta que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece un principio internacional fundamental en virtud del cual “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Reconociendo que en la Agenda de Salud para las Américas (2008–2017) los(as) ministros(as) y secretarios(as) de salud: a) declararon su compromiso renovado con el principio mencionado anteriormente establecido en la Constitución de la OMS; b) reconocieron que los derechos humanos son parte de los principios y valores inherentes a la Agenda de Salud, y c) declararon que, con el propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, los países deben procurar la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusión en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades;

Consciente de que el Plan Estratégico de la OPS 2008–2012 Modificado señala que “El derecho internacional de derechos humanos, consagrado en convenios y

estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos, ofrece un marco conceptual y jurídico unificador de estas estrategias, así como medidas para evaluar el progreso y aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos interesados directos”;

Reconociendo que los instrumentos de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano son útiles para el progreso de los Estados Miembros con relación al cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), en especial aquellos relacionados con erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1), reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6);

Observando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo han recomendado a los Estados Miembros que formulen y adopten políticas, planes y legislaciones en materia de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, en el contexto de la salud mental (documento CD49/11), el envejecimiento activo y saludable (documento CD49/8), la salud de adolescentes y jóvenes (documento CD49/12), la igualdad de género (documento CD49/13), la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas (documento CSP26/14), el acceso a la atención para las personas que viven con el VIH (documento CD46/20), la salud de los pueblos indígenas (documento CD47/13) y la prevención y rehabilitación de la discapacidad (documento CD47/15), entre otros;

Reconociendo que en algunos Estados Miembros de la OPS los asuntos relacionados con la salud pueden estar bajo diferentes niveles de jurisdicción,

RESUELVE:

1. Exhortar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional, posibilidades financieras y presupuestarias, así como su legislación vigente, a que:
 - a) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, tales como las defensorías y secretarías de derechos humanos, para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;
 - b) fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria a fin de apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;

- c) apoyen la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, especialmente las disposiciones referentes a la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad;
- d) promuevan y fortalezcan los programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables;
- e) formulen y, de ser posible, adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, educativo y de otra índole para difundir los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados entre el personal apropiado de los poderes legislativos, judiciales y otras autoridades gubernamentales;
- f) promuevan la difusión de información entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, con respecto a los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud, a fin de abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

2. Solicitar a la Directora, dentro de las posibilidades financieras de la Organización:

- a) que facilite la colaboración técnica de la OPS con los comités, órganos y relatorías de derechos humanos de los sistemas de las Naciones Unidas e Interamericano;
- b) que capacite al personal de la Organización para que, progresivamente, las áreas técnicas, en especial aquellas más relacionadas con la protección de la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, incorporen en sus programas los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud;
- c) que promueva y estimule la colaboración e investigación con las entidades docentes, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, a fin de promover y proteger los derechos humanos en consonancia con los instrumentos de derechos humanos relacionados con la salud;

CD50.R8 (Esp.)

- d) que promueva el intercambio de buenas prácticas y experiencias exitosas entre los Estados Miembros de la OPS a fin de evitar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

(Sexta reunión, 29 de septiembre del 2010)

Anexo 3

Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR)

En marzo del 2008 se conformó y lanzó públicamente el Observatorio de salud reproductiva (OSAR), en alianza con el Congreso de la República. El OSAR es un mecanismo integrado por universidades, organizaciones de profesionales de la salud - como el Colegio de Médicos de Guatemala, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), la Asociación de Ginecólogos y Obstetras (AGOG) y organizaciones no gubernamentales (ONG), interesadas en los temas de salud reproductiva.

Esta alianza se caracteriza por la independencia de las opiniones y señalamientos de las/os integrantes de las organizaciones participantes y el papel fiscalizador de las/os integrantes del Congreso de la República. El OSAR también tiene alianzas con otros organismos del estado: Ministerio de Finanzas, Ministerio de Salud, Defensoría de la Mujer Indígena y Secretaría Presidencial de la Mujer, entre otros. Ha creado una red de 17 observatorios departamentales, además del Observatorio en la ciudad de Guatemala.

Sus integrantes vigilan el cumplimiento del marco legal de la salud reproductiva. Actualmente monitorean el cumplimiento de la Ley para la maternidad saludable, por lo que participan en: i) la Comisión multisectorial para la maternidad saludable; ii) el análisis de las muertes maternas que realizan los prestadores de los servicios de salud a nivel nacional y departamental; iii) vigilan que la información que recibe el nivel central del MSPAS sobre el número de muertes maternas, coincida con los hallazgos encontrados en los departamentos; iv) el requerimiento del manejo transparente de los fondos asignados para el programa responsable de asegurar la maternidad saludable; y v) solicitan la rendición de cuentas sobre las acciones y los fondos asignados para la prevención de las muertes maternas y neonatales.

La creación de los OSAR departamentales ha permitido la autonomía de la expresión de los líderes locales de la sociedad civil, en el seno de los consejos departamentales de desarrollo (CODEDE), para denunciar -cuando es necesario-, la falta de recursos para el cumplimiento programático del marco legal que ampara los derechos sexuales y reproductivos, así como el limitado acceso a información y servicios de salud reproductiva de los habitantes, especialmente de aquellos con menos recursos, en el nivel local. Los OSAR departamentales sensibilizan a las autoridades locales a través de la entrega de información, basada en la evidencia, sobre las necesidades de salud reproductiva no atendidas.

También evidencian el impacto social de los altos índices de mortalidad materna: i) elevado número de huérfanos sin atención por parte del Estado; ii) altas tasas de partos y embarazos en adolescentes; y iii) falta de información y de servicios de planificación familiar, estrategia costo efectiva, para hacer posible las expectativas reproductivas de las mujeres y sus familias y coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna. Esta red también solicita la observancia de la entrega de educación sexual en las instituciones escolares, con el objetivo de que la información y educación de los estudiantes en los establecimientos públicos, contribuya a la disminución de los embarazos no deseados y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, situaciones que influyen en la morbilidad y mortalidad materna.



Anexo 4

Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR).

En junio del 2008 se inició la conformación de la Alianza nacional de mujeres indígenas por la salud, nutrición y educación (ALIANMISAR), con la participación de seis agrupaciones de la sociedad civil, especialmente del departamento de Chimaltenango. Esta es una red a nivel nacional, cuyas integrantes pertenecen a redes de organizaciones de mujeres indígenas. Actualmente está conformada por 100 grupos organizados por mujeres de las diferentes etnias de las regiones central, sur occidente, nor-occidente y norte de Guatemala.

Esta red aboga por la disminución de las grandes brechas en la salud, nutrición y educación que se observan entre poblaciones urbanas y rurales, indígenas y no indígenas, y su propósito es contribuir al cambio de políticas, que garanticen la entrega de servicios con un enfoque intercultural, oportuno y con respeto y dignidad a las mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas, para que ejerzan su derecho ciudadano en las áreas sociales.

