

MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA



En el 2013, aproximadamente 289.000 mujeres murieron durante o inmediatamente después del embarazo o el parto.

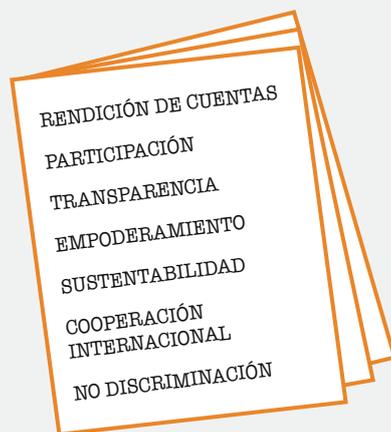
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, *“En el 2013, la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo fue de 230 por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 16 por cada 100.000. Asimismo, en un mismo país, existen grandes diferencias entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre mujeres que viven en áreas urbanas o rurales.”*¹

A menudo considerado como un asunto de salud pública, el problema de la mortalidad y morbilidad materna debe ser entendido bajo un enfoque de derechos humanos. Tratados internacionales de derechos humanos han aclarado las obligaciones que tienen los Estados en relación con la mortalidad y morbilidad materna y han reconocido, en este sentido, las violaciones de los derechos de las mujeres a la vida, al más alto nivel posible de salud, a la igualdad y a la no discriminación.

La muerte materna es “la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término del embarazo...por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no debido a causas accidentales o incidentales”.² Las principales causas de muerte materna son hemorragias severas, infecciones, abortos inseguros, presión sanguínea alta y partos prolongados u obstruidos. La mayoría de las muertes y discapacidades maternas podrían prevenirse a través de intervenciones y cuidados eficaces durante el embarazo y el parto.³

De acuerdo con la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, “los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario”.⁴ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer también ha establecido que la falta de servicios adecuados de salud materna que satisfagan las necesidades particulares y específicas de salud, infringen tanto el derecho a la salud como el derecho a la no discriminación.⁵ El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del derecho a la salud,⁶ que incluye la libertad “para controlar su salud y su cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva”.⁷ El Comité ha explicado, además, que entre las obligaciones de los Estados, según el Pacto, se incluye la obligación de “velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil.”⁸ Asimismo, varios órganos de tratados de derechos humanos han caracterizado la mortalidad materna prevenible como una violación del derecho a la vida de las mujeres.⁹

Disminuir la mortalidad y morbilidad materna sigue siendo un tema central en los compromisos nacionales e internacionales. En la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo, y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, los Estados reconocieron el derecho de las mujeres a tener un embarazo seguro. Los Estados también se comprometieron a reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes, entre los años 1990 y 2015, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha producido una gran cantidad de trabajos en los últimos años, enfatizando que la mortalidad y morbilidad materna son un asunto de derechos humanos. El primer informe del Alto Comisionado para el Consejo de Derechos Humanos en el 2010 sobre mortalidad y morbilidad materna establece un marco conceptual para entender las dimensiones de los derechos humanos en la mortalidad y morbilidad materna. El informe presenta siete principios que sustentan un enfoque basado en derechos humanos en esta área: **rendición de cuentas, participación, transparencia, empoderamiento, sustentabilidad, cooperación internacional y no discriminación.**¹⁰

En un segundo informe, presentado en 2011, el Alto Comisionado identificó las características comunes de buenas prácticas en la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos al tema de la mortalidad y morbilidad materna. En el informe se incluye: **mejorar la condición de las mujeres, garantizar derechos a la salud sexual y reproductiva, fortalecer los sistemas de salud, tratar el aborto inseguro y mejorar la supervisión y evaluación.**¹¹

EN PROMEDIO, CADA DÍA MUEREN APROXIMADAMENTE 800 MUJERES POR CAUSAS PREVENIBLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO



99% DE TODAS LAS MUERTES MATERNAS OCURREN EN PAÍSES EN DESARROLLO



LA MORTALIDAD MATERNA ES MAYOR EN MUJERES QUE VIVEN EN ZONAS RURALES Y EN COMUNIDADES MÁS POBRES



LAS ADOLESCENTES ENFRENTAN UN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES Y MUERTE COMO RESULTADO DEL EMBARAZO QUE LAS MUJERES MAYORES

Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Mortalidad Materna, nota descriptiva N°348, Mayo 2014*

ESTIMACIONES DE TASA DE MORTALIDAD MATERNA Y MUERTES MATERNAS EN 2013		
TASA DE MORTALIDAD MATERNA: MUERTES MATERNAS POR 100.000 NACIDOS VIVOS		
REGION	TASA DE MORTALIDAD MATERNA	CANTIDAD DE MUERTES MATERNAS
ÁFRICA DEL NORTE	69	2700
ÁFRICA SUBSAHARIANA	510	179000
ASIA ORIENTAL	33	6400
ASIA MERIDIONAL	190	69000
ASIA SUDORIENTAL	140	16000
ASIA OCCIDENTAL	74	3600
EL CÁUCASO Y ASIA CENTRAL	39	690
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	85	9300
OCEANÍA	190	510
MUNDO	210	289000

Fuente: Organización Mundial de la Salud y otros, *Tendencias en Mortalidad Materna: 1990 a 2013*

TEMAS CLAVE

1 UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ES FUNDAMENTAL PARA PREVENIR LAS MUERTES Y LESIONES MATERNAS

Un sistema de salud operativo requiere de suministros, equipos e infraestructura adecuados, así también, de un sistema de comunicación, referencias y transporte eficaces.

En el derecho a la salud, las mujeres tienen derecho a servicios que han demostrado disminuir la mortalidad y morbilidad, incluido el acceso a asistencia especializada durante el parto, a atención obstétrica de emergencia, a atención post-parto, a servicios de aborto seguro, donde sea legal, y a otros servicios de atención en materia de salud sexual y reproductiva. Además de estos servicios, el derecho a la salud también debe ser entendido para abarcar “el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado”.¹²

Los Estados son responsables por las acciones de sus instituciones médicas privadas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha expresado preocupación por la transferencia de funciones desde la salud pública a instituciones privadas y ha enfatizado que los Estados “no pueden eludir las responsabilidades que les corresponden en esas áreas, delegando o transfiriendo esos poderes a entidades del sector privado”.¹³ En el caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (fallecida) vs. Brasil, el Comité hizo hincapié en que el Estado es directamente responsable por las acciones de sus instituciones médicas privadas cuando externaliza sus servicios, y que éste mantiene el deber de regular y supervisar a las instituciones privadas de atención de salud, en línea con sus obligaciones de debida diligencia.¹⁴

2 LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL SEXO ES UN FACTOR SUBYACENTE QUE CONTRIBUYE A LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

La discriminación es una de las principales causas que impiden el acceso a las mujeres a los servicios que necesita.

Las mujeres y niñas tienen menos recursos y educación que les permitan el acceso a servicios de atención de salud. La pobreza, la desigualdad de ingresos y la discriminación de género afectan el disfrute de las mujeres a su salud y derechos sexuales y reproductivos.¹⁵ El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y

EN EL CASO DE ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA (FALLECIDA) VS. BRASIL,



la víctima, una mujer afrodescendiente, murió luego de la muerte del feto y serias complicaciones después del parto. Errores en el diagnóstico de la víctima, retrasos en trasladarla a un hospital con mejores instalaciones y errores en la transmisión de su expediente médico entre los centros de salud, seguido de la falta de acción y reparación por dichos errores, llevó a concluir al **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** que el Estado había violado la **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer**. El Comité ha establecido que el **Estado debe garantizar que sus servicios de salud materna satisfagan las necesidades específicas de las mujeres, que las políticas sobre salud materna sean implementadas en la práctica, y que se proporcionen reparaciones judiciales adecuadas y protección efectiva sin discriminación.**

Culturales ha establecido que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos”, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.¹⁶ Los Estados deben proporcionar servicios gratuitos a las mujeres que viven en la pobreza durante el embarazo, el parto y los períodos de post-parto.¹⁷

EN EL CASO DE LA COMUNIDAD INDÍGENA XÁKMOK KÁSEK,



una de las víctimas era una mujer indígena que murió debido a complicaciones durante el parto y no recibió atención médica. La Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró que el Estado violó el derecho a la vida “por cuanto no adoptó las medidas positivas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones, que razonablemente eran de esperarse para prevenir o evitar el riesgo al derecho a la vida”.¹⁸

La Corte destacó que “los Estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna”.¹⁹

No proporcionar servicios que sólo las mujeres necesitan constituye una forma de discriminación.

Cuando las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna son atribuibles a la incapacidad del Gobierno “de usar sus recursos disponibles para tomar las medidas necesarias, de manera de abordar las

causas prevenibles de muerte materna y garantizar la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la buena calidad de los servicios”,²⁰ ésta es una manifestación de discriminación contra las mujeres y debe ser reparada inmediatamente.

En este ámbito, parte de proteger los derechos de las mujeres implica asegurar el acceso al aborto seguro, donde sea legal, y el acceso a atención posterior al

aborto, ya que el aborto en condiciones de riesgo es una de las cinco causas principales de muerte materna.²¹ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó que los Estados aumenten el acceso a servicios de planificación familiar²² para disminuir las muertes maternas que derivan de abortos en condiciones de riesgo,²³ clandestinos²⁴ o ilegales;²⁵ y para garantizar el acceso a servicios de atención posteriores al aborto.²⁶

LOS ESTADOS ESTÁN OBLIGADOS POR EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS A RESPETAR, PROTEGER Y CUMPLIR LOS DERECHOS HUMANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD MATERNA, EL EMBARAZO Y EL PARTO

RESPETAR El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha identificado las “leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a las mujeres y las castigan por someterse a dichas intervenciones” como una violación del Estado de su obligación de abstenerse de interferir en el disfrute del derecho a la salud.²⁷

PROTEGER Los Estados son responsables de ejercer la debida diligencia, o de actuar con un determinado nivel de cuidado, para asegurarse que los actores no estatales, incluyendo los proveedores de servicios privados, los seguros y las empresas farmacéuticas, los fabricantes de bienes y equipos sanitarios, y la comunidad y los miembros de la familia, cumplan con determinadas normas.²⁸

CUMPLIR Los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole para prevenir las muertes y lesiones maternas. La incapacidad de los Estados para disminuir la mortalidad materna puede traducirse en el incumplimiento de su obligación de garantizar el acceso de las mujeres a la atención de salud.²⁹

La prestación de servicios de salud materna es comparable con una obligación esencial que no puede ser derogada bajo ninguna circunstancia. Los Estados deben garantizar la **disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad, y la buena calidad** de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida su asequibilidad.³⁰



3 LAS MUJERES MARGINALIZADAS SE ENCUENTRAN EN MAYOR RIESGO DE SUFRIR VIOLACIONES DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS CON LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA

Algunos grupos de mujeres y niñas son sometidas a múltiples formas de discriminación.

Esto afecta no solo su acceso a los centros de atención de salud, sino también la manera en que son atendidas en dichos centros, que a su vez afecta su voluntad de regresar a ellos. El Comité para la

Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha puesto énfasis en los vínculos existentes entre discriminación por motivos de sexo y otros factores tales como raza, origen étnico, religión o creencia, condición de salud, edad, clase social, casta, orientación sexual e identidad de género.³¹ Los órganos de tratados de derechos humanos han recomendado a

los Estados que adopten medidas para tratar la mortalidad y morbilidad materna entre los grupos marginalizados, incluidas las/os jóvenes,³² las personas que viven en pobreza,³³ la población rural,³⁴ las personas indígenas,³⁵ las mujeres pertenecientes a grupos minoritarios³⁶ y las/os trabajadores migrantes.³⁷

Las niñas y adolescentes enfrentan problemas específicos de derechos humanos, haciéndolas el grupo de mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materna.

Ellas deben hacer frente a desafíos específicos en términos de acceso a la información, que incluye la educación sexual integral y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. El matrimonio infantil o forzoso, que afecta de manera desproporcionada a las niñas, contribuye a la probabilidad de que las niñas

queden embarazadas antes de estar física o mentalmente preparadas. En lo que respecta a las adolescentes, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados que desarrollen y adopten medidas para abordar desafíos específicos en términos de acceso a la información, incluida la educación sexual integral y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.³⁸

EN 2012, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos elaboró orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos para reducir la mortalidad y morbilidad materna prevenibles. Estas orientaciones ofrecen asesoría concreta sobre el enfoque en derechos humanos requerido durante las diferentes etapas del ciclo de formulación de políticas.³⁹



NOTAS

- 1 Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna, nota descriptiva N°348 (2014).
- 2 Organización Mundial de la Salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, vol. 2, Manual de Instrucciones, 2° ed. (2004), págs. 98-99.
- 3 Mortalidad y Morbilidad Materna Prevenible y los Derechos Humanos, A/HRC/14/39 (2010), párr. 6.
- 4 Artículo 12(2).
- 5 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*, CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011), párrs. 7.4, 7.7.
- 6 Artículo 12.
- 7 Observación General 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 8, 44(a).
- 8 *Ibid.* para. 44(a).
- 9 Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre Malí, CCPR/CO/77/MLI (2003), párr. 14; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Belice, A/54/38 (1999), párr. 56; Colombia, A/54/38 (1999), párr. 393; República Dominicana, A/54/38 (1998), párr. 337.
- 10 A/HRC/14/39 (2010).
- 11 Prácticas de adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles, A/HRC/18/27 (2011).
- 12 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338 (2006), párrs. 13-14.
- 13 Recomendación General 24 (1999) sobre la salud de la mujer, párr. 17; Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párr. 35.
- 14 *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*, párr. 7.5.
- 15 Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad, A/HRC/21/22 (2012), párr. 13.
- 16 Observación General 14, párr. 12(b).
- 17 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, párr. 27.
- 18 Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso de la comunidad indígena Xákmok Kásek (2010), párr. 234.
- 19 *Ibid.* párr. 233.
- 20 A/HRC/14/39 (2010), párr. 10.
- 21 A/HRC/18/27 (2011), párr. 29.
- 22 Observaciones Finales sobre Burkina Faso, A/60/38 (2005), párr. 350; Cabo Verde, CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006), párr. 30; Vanuatu, CEDAW/C/VUT/CO/3 (2007), párr. 35; Perú, CEDAW/C/PER/CO/6 (2007), párr. 25; Eritrea, CEDAW/C/ERI/CO/3 (2006), párr. 23.
- 23 Observaciones Finales sobre República Dominicana, A/59/38(SUPP) (2004), párrs. 308, 309; Myanmar, A/55/38 (2000), párr. 130; Paraguay, A/60/38 (Sup) (2005), párrs. 287-288.
- 24 Observaciones Finales sobre Burundi, A/56/38(Parte 1) (2001), párr. 62; el Líbano, A/60/38 (2005), párr. 112; Malí, CEDAW/C/MLI/CO/5 (2006), párr. 34.
- 25 Observaciones Finales sobre Colombia, CEDAW/C/COL/CO/6 (2007), párrs. 22-23.
- 26 Observaciones Finales sobre Brasil, CEDAW/C/BRA/CO/6 (2007), párrs. 29-30; Chile, CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006), párr. 20; Honduras, CEDAW/C/HON/CO/6 (2007), párr. 25; Nicaragua, CEDAW/C/NIC/CO/6 (2007), párr. 18; el Pakistán, CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007), párr. 41; Filipinas, CEDAW/C/PHI/CO/6 (2006), párr. 28.
- 27 Recomendación General 24, párr. 14.
- 28 A/HRC/21/22, párr. 22.
- 29 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, párr. 17; Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párr. 37.
- 30 Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párrs. 44(a), 12(b); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, párr. 21.
- 31 Recomendación General 28 (2010) relativa a las obligaciones básicas de los Estados Partes, párr. 18; *Alyne da Silva Pimentel vs. Brasil*, párr. 7.7.
- 32 Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre el Ecuador, CCPR/C/79/Add.92 (1998), párr. 11.
- 33 Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre Argentina, CCPR/CO/70/ARG (2000), párr. 14.
- 34 *Ibid.*
- 35 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales sobre Panamá, CEDAW/C/PAN/CO/7 (2010), párr. 43; el Ecuador, CEDAW/C/ECU/CO/7 (2008), párrs. 24-25; Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre el Paraguay, CRC/C/PRY/CO/3 (2010), párrs. 79-80; México, CRC/C/MEX/CO/3 (2006), párrs. 72-73.
- 36 Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales sobre Irlanda, A/55/40 (2000), párrs. 448-449.
- 37 Comité sobre los Derechos del Niño, Observaciones Finales sobre México, CRC/C/MEX/CO/3 (2006), párr. 72.
- 38 Observación General 4 (2003) sobre salud y desarrollo de los adolescentes, párr. 31(a)-(c); Observación General 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 56.
- 39 A/HRC/21/22.