

A close-up photograph of a woman with a red bindi on her forehead and a gold nose ring, smiling warmly. She is wearing a brown shawl and holding a newborn baby wrapped in a white blanket. The baby is looking towards the camera.

## Acción de los parlamentarios en favor de la salud materna, neonatal e infantil



## **Unión Interparlamentaria**

Maison des Parlements  
5 chemin du Pommier  
Casilla postal 330  
CH-1218 Le Grand-Saconnex  
Ginebra, Suiza

Teléfono : + 41 22 919 41 50

Fax: + 41 22 919 41 60

Correo electrónico: [postbox@ipu.org](mailto:postbox@ipu.org)

[www.ipu.org](http://www.ipu.org)

## **Oficina del Observador Permanente de la UIP ante las Naciones Unidas**

336 East, 45 Street  
Tenth Floor  
New York, N.Y. 10017  
Estados Unidos de América

Teléfono : + 1 212 557 58 80

Fax: + 1 212 557 39 54

Correo electrónico: [ny-office@ipu.org](mailto:ny-office@ipu.org)

## **Acción de los parlamentarios en favor de la salud materna, neonatal e infantil**

# Agradecimientos

El presente manual es obra de Siân Long, que contó con las aportaciones de los parlamentarios siguientes: Dr. Chris Baryomunsi (Uganda), Embajador Nkoyo Toyo (Nigeria), senador Thandi Shongwe (Swazilandia), Sra. Paula Turyahikayo (Uganda), y senadora Salma Ataullahjan (Canadá). Sue Mbaya, Martin Chungong, Kareen Jabre y Aleksandra Blagojevic, de la Unión Interparlamentaria (UIP), realizaron además una revisión de carácter técnico y editorial.

La UIP agradece sinceramente la valiosa aportación técnica y/o el apoyo financiero brindados para la producción de este manual a las siguientes entidades:

Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), Organización Mundial de la Salud (OMS) y *World Vision International* (WVI).

## **Copyright © UNIÓN INTERPARLAMENTARIA (UIP), 2013**

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma y por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, mediante fotocopia o grabación, entre otros, sin la autorización previa de la Unión Interparlamentaria (UIP).

Esta publicación se distribuye con la condición de que no sea prestada ni distribuida, por vía comercial o de cualquier otro tipo, sin el consentimiento previo del editor, con una presentación distinta de la publicación original y a reserva de que la misma condición se imponga al editor siguiente.

Se aceptarán solicitudes de reproducción o traducción total o parcial de la presente publicación. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unión Interparlamentaria. Los Parlamentos Miembros y sus instituciones parlamentarias pueden reproducir o traducir esta obra sin autorización, pero se solicita que lo comuniquen a la Unión interparlamentaria.

ISBN 978-92-9142-584-6 (IPU)

**Versión original:** inglés

**Diseño y maquetación:** Rick Jones (rick@studioexile.com)

**Impreso** en Francia por ICA

**Imagen de la cubierta:** Garantizar la salud materna, neonatal e infantil sigue siendo todo un reto en el segundo país más poblado del mundo, la India. © OMS

# Prólogo

Demasiadas mujeres de todo el mundo siguen muriendo a causa de enfermedades que podrían prevenirse o por carecer de una atención de la salud adecuada. Se reconoce actualmente que la salud materna, neonatal e infantil es uno de los factores más determinantes del desarrollo humano, que requiere tanto de la solidaridad a escala mundial como de la adopción de medidas urgentes y concertadas. La agenda para el desarrollo después de 2015, que actualmente se está debatiendo y que sucederá a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), brinda la oportunidad de hacer nuevos y audaces avances para garantizar que un derecho humano fundamental, el derecho a la salud, no le sea denegado a la mayoría de la población mundial.

Los esfuerzos recientes desplegados a nivel nacional y mundial han propiciado considerables avances en la reducción de la mortalidad materna e infantil. También han puesto de relieve la importancia de la función de los parlamentos y los parlamentarios en la resolución de esta cuestión. Tanto en las conferencias mundiales como en los procesos nacionales, la contribución única de los parlamentarios a la salud materna, neonatal e infantil ha quedado bien establecida y reconocida. No obstante, queda aún mucho por hacer para conseguir que la salud materna, neonatal e infantil sea una realidad para las mujeres y los niños de todo el mundo, independientemente de dónde habiten. Así pues, los parlamentarios de todo el planeta tienen la oportunidad de actuar, y a la vez, la obligación de hacerlo.

En su 126ª Asamblea, (Kampala, marzo de 2012), la UIP aprobó una resolución histórica titulada: El acceso a la salud, un derecho fundamental: ¿Cuál es el rol que los parlamentos pueden desempeñar para garantizar la salud a las mujeres y a los niños? La resolución refleja las preocupaciones de los parlamentarios y los compromisos que han contraído para dar soluciones. Los parlamentos trabajan para hacer realidad esos compromisos, pero al hacerlo se enfrentan a la evidencia de enormes dificultades en materia de capacidad y a un conocimiento insuficiente sobre lo que pueden hacer al respecto.

La UIP se ha comprometido a apoyar las iniciativas de los parlamentos en favor de la salud materna, neonatal e infantil. Este manual se enmarca en el contexto del apoyo que la UIP presta a los parlamentos que trabajan para cumplir con las obligaciones contraídas en virtud de la mencionada resolución, especialmente en aquellos países en los que la mortalidad de madres, recién nacidos y niños sigue siendo elevada. La UIP está firmemente convencida de que todo parlamentario, esté o no directamente

implicado en la cuestión de la salud de las madres y los niños, puede contribuir en gran medida a ese empeño.

Espero sinceramente que este manual sea un recurso práctico y pertinente para los parlamentarios y quienes colaboran con ellos y que les ayude a superar uno de los mayores obstáculos al desarrollo humano.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anders B. Johansson', with a stylized flourish at the end.

**Anders B. Johansson**

Secretario General

Unión Interparlamentaria

# Índice

Definiciones .....	7
Abreviaturas .....	9
Introducción .....	10
A quiénes va dirigido el manual .....	10
Contenido y estructura del manual .....	11
Modo de utilización del manual .....	11
<b>1. Importancia de la acción parlamentaria en favor de la salud materna, neonatal e infantil .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Salud materna, neonatal e infantil - problemas y respuestas .....</b>	<b>20</b>
Muertes y enfermedades que pueden evitarse .....	20
El cambio ha empezado ya .....	24
Mejorar la salud materna, neonatal e infantil - qué es lo que funciona .....	25
Género y salud .....	27
Salud sexual y reproductiva – un elemento esencial de la salud materna e infantil .....	28
El poder de las comunidades locales – prevención y respuesta rápida .....	30
Un sistema de salud sólido .....	32
Medir los progresos realizados para obtener los mejores resultados – rendición de cuentas sobre los resultados .....	37
<b>3. Medios a disposición de los parlamentarios para promover la salud materna, neonatal e infantil .....</b>	<b>42</b>
Legislar .....	43
Controlar .....	46
Votar asignaciones presupuestarias .....	50
Representar .....	52

Tomar la iniciativa	53
Actuar a nivel mundial	56
<b>4. La importancia de estar bien informado</b>	<b>59</b>
La importancia de estar bien informado	59
Obtener información local y determinar las necesidades	60
<b>Anexos</b>	<b>65</b>
Anexo 1: Datos nacionales relativos a la salud materna, neonatal e infantil	65
Anexo 2: Marco de acción coordinada para mejorar la salud materna e infantil	67
Anexo 3: Bibliografía comentada	68
<b>Fichas de resumen</b>	<b>72</b>
Ficha 1: Salud materna, neonatal e infantil – mensajes clave	72
Ficha 2: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud materna, neonatal e infantil	74
Ficha 3: Principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil	75
Ficha 4: Seguimiento de los recursos financieros – compromisos internacionales	84

# Definiciones

Las definiciones que figuran a continuación son las que utiliza la Organización de las Naciones Unidas en los convenios y tratados internacionales, salvo que se indique otra cosa.

## **Adolescente**

Toda persona de entre 10 y 19 años.

## **Género**

Término utilizado para hacer referencia a las percepciones y funciones sociales ligadas al hecho de ser hombre o mujer, a las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños, así como a las relaciones entre mujeres y entre hombres. Estas percepciones, funciones y relaciones se construyen en un marco social y se aprenden mediante procesos de socialización. Vienen determinadas por el contexto y por la época y, por tanto, pueden cambiar.

## **Joven**

Persona de sexo masculino o femenino de entre 15 y 24 años.

## **Lactante**

Niño de entre 29 días y 1 año de edad.

## **Muerte materna**

Muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días siguientes al parto.

## **Niño**

Toda persona de entre 0 y 17 años.

## **Período neonatal**

Los primeros 28 días después del nacimiento.

## **Recién nacido**

Lactante hasta los primeros 28 días de vida.

## **Salud reproductiva**

Estado de bienestar físico, mental y social completo, que no consiste meramente en la ausencia de enfermedades o dolencias relacionadas con la procreación. La salud

reproductiva aborda los procesos y las funciones de procreación a lo largo de todas las etapas de la vida.

### **Salud sexual**

El mantenimiento de un enfoque positivo de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de mantener relaciones sexuales placenteras y seguras, al margen de cualquier coacción, discriminación y violencia. (Organización Mundial de la Salud, [www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)).

### **Sexualidad**

La sexualidad abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa mediante pensamientos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones (Organización Mundial de la Salud, definición de trabajo, 2006).

### **Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años**

Número de muertes de niños antes de los cinco años por cada 1.000 nacidos vivos.

### **Tasa de mortalidad infantil**

Número de muertes de niños entre el nacimiento y el primer año de edad por cada 1.000 nacidos vivos.

### **Tasa de mortalidad materna**

Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante un período de tiempo concreto.

### **Violencia sexista**

Todo acto lesivo perpetrado contra la voluntad de una persona y motivado por diferencias de orden social (de género) entre hombres y mujeres. (Fuente: Comité Directivo Interinstitucional sobre Violencia Sexista).

# Abreviaturas

## **CARMMA**

Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África

## **CIPD**

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

## **ODM**

Objetivos de Desarrollo del Milenio

## **OMS**

Organización Mundial de la Salud

## **ONG**

Organización no gubernamental

## **ONUSIDA**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

## **UIP**

Unión Interparlamentaria

## **UNFPA**

Fondo de Población de las Naciones Unidas

## **UNICEF**

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## **VIH**

Virus de la inmunodeficiencia humana

# Introducción

Millones de mujeres y niños mueren innecesariamente en África, Asia y América Latina. Cada cinco minutos, tres mujeres pierden la vida a causa de complicaciones durante el embarazo o el parto, 60 quedan discapacitadas o sufren lesiones a largo plazo, y 70 niños mueren, casi 30 de ellos en el primer mes de existencia<sup>1</sup>. Casi todas estas muertes podrían evitarse, como lo demuestra la experiencia de algunos países de África, Asia y América Latina. En las comunidades donde se ha sensibilizado a la población y se han fortalecido los sistemas de salud se registra un menor número de muertes de mujeres en el parto y los niños tienen mayor probabilidad de sobrevivir más allá de los cinco años.

Muchos países se han comprometido a ocuparse de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, especialmente los países de África y Asia que tienen las tasas más altas de mortalidad.

Los parlamentarios desempeñan un papel esencial para hacer que esos compromisos den lugar a un cambio importante en favor de las mujeres y los niños. En algunos países, los parlamentarios han tomado la delantera en este ámbito, impulsando el desarrollo social y económico de sus países. De esta manera, los parlamentarios pueden ayudar a cambiar la situación en beneficio de las mujeres y los niños.

## A quiénes va dirigido el manual

---

Este manual está dirigido a los parlamentarios y a todos aquellos que intervienen en los procesos parlamentarios, entre otros:

- todos los miembros de parlamentos, tanto los recién elegidos como los que han sido reelegidos, incluidos los miembros de las comisiones parlamentarias permanentes encargadas de cuestiones de salud y las comisiones especiales que se ocupan de la salud y los derechos de las mujeres y los niños;
- los miembros del parlamento o las personas que trabajan con ellos en ámbitos conexos como las finanzas, la infancia, el género, la juventud o el VIH, y que desean vincular su labor a la cuestión de la salud materna, neonatal e infantil;

---

<sup>1</sup> OMS y UNICEF, 2012: *Countdown to 2015: Maternal, newborn and child survival: Building a future for women and children* - Informe de 2012.

- miembros de grupos parlamentarios, redes, foros o asociaciones que se ocupan de la salud en general o de la salud materna, neonatal e infantil en particular;
- el personal parlamentario, incluido el personal administrativo, que da apoyo a las comisiones parlamentarias especializadas;
- los miembros de otros órganos parlamentarios, en particular los órganos regionales de África, Asia y América Latina, como el Parlamento Panafricano, el Parlamento Latinoamericano (Parlatino) y el Parlamento Centroamericano.

Este manual proporciona a todos ellos la información necesaria para tomar medidas en favor de la salud materna, neonatal e infantil.

## Contenido y estructura del manual

---

En la Sección 1 se expone la importancia de la acción parlamentaria para mejorar la salud materna, neonatal e infantil.

En la Sección 2 se ofrece un resumen de la situación actual de la salud materna, neonatal e infantil y se señalan las posibilidades de acción que se ofrecen a los parlamentarios y las dificultades con las que pueden tropezar.

En la Sección 3 se proponen medidas clave que los parlamentarios, en su condición de legisladores y representantes de la población, pueden adoptar en favor de la salud materna, neonatal e infantil.

En la Sección 4 se recapitulan las principales fuentes de información y se indica a los parlamentarios dónde pueden acceder a más información técnica.

A lo largo del manual se presentan ejemplos reales que muestran cómo los parlamentarios han abordado los retos planteados y están contribuyendo a la campaña dirigida a poner fin a las muertes de madres, recién nacidos y niños que se pueden evitar. El manual se centra en los países de África, Asia y América Latina, que son los que más sufren este problema.

## Modo de utilización del manual

---

### Guía de referencia en apoyo de la acción de los parlamentarios

El manual presenta un panorama general de los principales conceptos y hechos que pueden servir a los parlamentarios para dar prioridad a la salud materna, neonatal e

infantil en el programa de políticas. Las informaciones pueden complementarse con datos relativos a los diferentes países. En la Sección 4 y el Anexo 1 figuran diversas referencias que los parlamentarios pueden utilizar para acceder a información pertinente para sus respectivos países.

## Recursos para las campañas de información y sensibilización



Este signo indica propuestas prácticas de cómo utilizar el contenido que figura en el manual para fines de información o de sensibilización sobre la salud materna, neonatal e infantil.

## Orientación para parlamentarios

Acompaña a este manual una guía orientativa para parlamentarios sobre salud materna, neonatal e infantil. La guía orientativa está dirigida a los facilitadores, que adaptarán su contenido en función del contexto y las prioridades nacionales a fin de reforzar las capacidades de los parlamentarios y de otras personas que participan en los procesos parlamentarios. Para obtener dicha guía pueden dirigirse a la Unión Interparlamentaria (UIP) y a los Parlamentos Miembros de la UIP.

# 1. Importancia de la acción parlamentaria en favor de la salud materna, neonatal e infantil

“ En el pasado hemos visto que, cuando los focos se apagan, la atención mundial se desvía rápidamente hacia a otras cuestiones. Nosotros, parlamentarios que representamos a los ciudadanos de todo el mundo no podemos permitir que eso ocurra. *El derecho de las mujeres y los niños a disfrutar de las mejores condiciones de salud posibles debe ser defendido con constancia y perseverancia desde ahora hasta 2015, último año del proceso de los ODM, y después de esa fecha*”.

—Secretario General de las Naciones Unidas, Reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los ODM, 2010.

Todos debemos actuar en favor de la salud materna, neonatal e infantil

- **Urge adoptar medidas.** Cada año, millones de mujeres y niños mueren, y millones más caen enfermos o quedan discapacitados a causa de problemas surgidos durante el embarazo, el parto y la primera infancia. La casi totalidad de esas muertes y discapacidades pueden ser evitadas.
- **Se puede dar un vuelco a esa situación.** Actualmente, el número de fallecimientos de niños menores de cinco años no representa más de un tercio del de 1990. El número de mujeres que mueren durante el embarazo o en el parto ha disminuido casi a la mitad, pasando de 543.000 fallecimientos anuales en 1990 a alrededor de 287.000 en 2010<sup>2</sup>.
- **Los gobiernos de todo el mundo se han comprometido a adoptar medidas** en materia de salud materna, neonatal e infantil. Los parlamentarios deben asegurar

---

2 Salvo que se indique otra fuente, los datos citados en el presente documento son los de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015, que a su vez proceden de los sistemas nacionales de información sobre salud. En teoría, el cálculo de las tasas de mortalidad materna debería basarse en registros de estado civil rigurosos, en los que se inscribiera cada fallecimiento y se consignara debidamente su causa. En la actualidad, sólo alrededor de un tercio de los países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 dispone de un servicio de registro que cubre a más del 75% de la población y alrededor del 14% de ellos cuentan con un servicio de registro de decesos cuya cobertura es superior al 50%. Sólo un quinto de los países incluidos en la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 recopilan datos sobre mortalidad materna en el marco de encuestas o censos. En la actualidad, la mayoría de los datos relativos a la mortalidad materna proceden de estimaciones realizadas con ayuda de modelos que incorporan datos de diversas fuentes (registros de estado civil, encuestas de hogares, censos y otros estudios). Estos datos son utilizados por el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna para calcular las tasas de mortalidad materna. (Para más información sobre la recopilación y el análisis de datos véase la Sección 5).

que los compromisos, como los que se citan en cuadro 1 que figura a continuación, redundan en beneficio de la salud materna, neonatal e infantil.

- **Bajo el liderazgo de la Unión Interparlamentaria (UIP) los parlamentos de todo el mundo se han comprometido a intensificar sus esfuerzos en favor de la salud materna, neonatal e infantil.** En virtud de la resolución sobre la salud de las mujeres y los niños que fue aprobada por unanimidad durante la 126ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria, en abril de 2012, la UIP y los Parlamentos Miembros se comprometen a trabajar para:
  - asumir un compromiso político en favor de la salud materna, neonatal e infantil que se materialice en la creación de marcos jurídicos y sistemas de información y de rendición de cuentas adecuados;
  - brindar apoyo financiero a la salud materna, neonatal e infantil, y garantizar un uso eficiente y eficaz de los recursos disponibles, así como la trazabilidad y la rendición de cuentas adecuadas en relación con los fondos de asistencia para el desarrollo, tanto nacionales como procedentes de la ayuda oficial, destinados a la salud;
  - garantizar la disponibilidad y la accesibilidad de servicios de salud esenciales e integrados para mujeres y niños mediante la aplicación de diversos enfoques, incluida la dotación de personal sanitario con cualificación adecuada;
  - movilizar a todas las partes interesadas y los interlocutores en la esfera de la salud materna, neonatal e infantil, y contar con su participación, velando por que los diferentes sectores contribuyan, de forma coordinada, a los servicios de atención de la salud.

La salud materna, neonatal e infantil es un derecho humano, pero también una necesidad nacional de desarrollo

- **Las mujeres y los niños tienen derecho a la salud;** este derecho está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25), que fue aprobada por 48 Estados Miembros de las Naciones Unidas en 1948 y que desde entonces ha dado lugar a dos textos jurídicamente vinculantes, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos pactos entraron en vigor en 1976<sup>3</sup>.

---

3 Los países siguientes han firmado, pero no ratificado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que contiene compromisos en materia de salud: Belice, Comoras, Cuba, Palau, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica y los Estados Unidos de América. Los siguientes países no han firmado ni ratificado el Pacto: en África (Botswana, Mozambique, Sudán del Sur); en Asia (Bhután, Brunei, Estados Federados de Micronesia, Fiji, Islas Marshall, Kiribati, Malasia, Myanmar, Nauru, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu y Vanuatu); en Europa (Andorra); en América Latina y el Caribe (Antigua y Barbuda, Haití, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía); en Oriente Medio (Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Qatar).

## Invertir en la salud materna redonda directamente en el crecimiento económico nacional

Del 33% al 50% del crecimiento económico de Asia entre 1965 y 1990 se ha atribuido a los avances logrados en el ámbito de la salud reproductiva y a la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la tasa de fecundidad.

Fuente: PMNCH/UIP, 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health.*

Los Ministros de Hacienda y de Sanidad de África y los parlamentarios africanos se comprometieron a realizar una mayor inversión en salud, en particular en la salud materna, neonatal e infantil, durante la Conferencia Ministerial sobre optimización de los recursos, sostenibilidad y rendición de cuentas en el sector de la salud, que se celebró en Túnez los días 4 y 5 de julio de 2012. En la Declaración de Túnez resultante de la Conferencia se reconoce que los parlamentarios tienen una función esencial que desempeñar para que África pueda asegurar una cobertura universal de atención de la salud y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes y otros objetivos de desarrollo de aquí a 2015 y con posterioridad. En la Declaración de Túnez se afirma que mejorar la salud es fundamental para el crecimiento económico y el desarrollo social, así como para reducir la desigualdad y la pobreza.

Los parlamentarios presentes en la Conferencia Ministerial prometieron integrar los principios de la Declaración de Túnez en las iniciativas en curso, tales como el compromiso y la resolución de 2011 del Parlamento Panafricano de dar prioridad a las medidas presupuestarias y en materia de políticas en favor de la salud, en particular la salud de las mujeres y los niños y el desarrollo de los jóvenes; la política parlamentaria y el plan de acción presupuestario sobre salud materna, neonatal e infantil y el desarrollo en África, y otros compromisos anteriores sobre salud acordados por gobiernos africanos. Estos compromisos subrayan la importancia que los gobiernos africanos asignan a la salud materna, neonatal e infantil, por considerarla una inversión económica y social para el continente.

Fuente: Banco Africano de Desarrollo, <http://www.afdb.org/en/news-and-events/article/health-ministers-say-investing-in-health-is-key-to-inclusive-and-sustainable-growth-in-africa-9460/>.

- **El desarrollo económico y social nacional de un país depende de la buena salud de las mujeres y los niños<sup>4</sup>.** Tal como se afirma en la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño*, cuando la salud materna, neonatal e infantil es

4 Naciones Unidas, 2010. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño*.

## Cuadro 1: Compromisos regionales e internacionales en favor de la salud materna, neonatal e infantil

Principales compromisos y resoluciones en materia de salud materna, neonatal e infantil		
2000	Declaración del Milenio y Objetivos de Desarrollo del Milenio	El ODM 4 prevé reducir la tasa mundial de mortalidad de niños menores de cinco años en dos tercios entre 1990 y 2015 (pasando de 9,7 millones en 2006 a aproximadamente 4 millones antes de 2015). El ODM 5 tiene por fin reducir en un 75%, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.
2006	Plan de Acción de Maputo	Declaración relativa a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ratificada por los miembros de la Unión Africana que reconocieron unánimemente que la deficiente salud sexual y reproductiva es el principal factor de mortalidad en África. El Plan de Acción de Maputo tiene por objeto asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en toda África de aquí a 2015.
2009	Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África (CARMMA)	Campaña puesta en marcha por la Unión Africana para acelerar la disponibilidad y la utilización de servicios de atención de la salud de calidad accesibles a todos, en particular los relacionados con la salud sexual y reproductiva.
2010	Declaración de la Unión Africana sobre las acciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil en África de aquí a 2015	Los ministros de la Unión Africana se comprometieron a cumplir con el objetivo de Abuja de destinar el 15% del presupuesto nacional a la salud, poner en marcha la Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África (CARMMA), y rendir cuentas para garantizar una mayor transparencia.
2010	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño	Esta estrategia ofrece un marco general para la promoción de la salud materna, neonatal e infantil, definiendo políticas e indicadores comunes.
2012	Resolución de la UIP sobre el acceso a la salud de las mujeres y los niños	Resolución adoptada por unanimidad en la 126ª Asamblea Parlamentaria de la UIP, celebrada el 5 de abril de 2012.
2012	Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y los derechos humanos	Esta resolución reafirma el compromiso de 2009 de luchar contra las causas profundas de la mortalidad y la discapacidad maternas prevenibles, y ofrece orientaciones técnicas sobre cómo aplicar un enfoque basado en los derechos humanos.
2012	Declaración de Manila sobre la aceleración de los avances en favor de la salud de la mujer y el niño en Asia y el Pacífico	Ministros y altos funcionarios de cerca de 20 países de la región de Asia y el Pacífico firmaron la Declaración de Manila, en la que se definen medidas concretas y mensurables para mejorar la cooperación regional a fin de promover la salud materna, neonatal e infantil en la región de Asia y el Pacífico.
2013	Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 24)	En su 62º período de sesiones, el Comité de los Derechos del Niño aprobó esta observación, que proporciona un marco conceptual y recomendaciones de medidas concretas que los Estados partes deben adoptar para cumplir con sus obligaciones. Todos los signatarios de la Convención de los Derechos del Niño deben respetar lo dispuesto en esta observación.

buena, los fondos que ya no es necesario destinar a la salud pueden consagrarse a la alimentación, la vivienda, la educación y actividades que generen ingresos. Mujeres más saludables tienen hijos también más saludables y estos niños acaban convirtiéndose en adultos más productivos. La prestación de atención de la salud preventiva y terapéutica básica a mujeres y niños permite ahorrar miles de millones de dólares en tratamientos médicos muy costosos.

## **La atención parlamentaria puede generar una mayor legitimidad parlamentaria**

La televisión de Bangladesh emite un debate político semanal, Bangladesh Sanglap (Diálogo sobre Bangladesh), en el que interviene el público presente en el estudio. Se ofrece a los ciudadanos la oportunidad de hacer preguntas a parlamentarios y a otras figuras públicas sobre temas de su elección, como la justicia, la corrupción, la educación, la salud, el gobierno local, el comercio, la seguridad y las instituciones públicas, entre otros. La mitad de la audiencia está constituida por mujeres. El asesor del Primer Ministro sobre cuestiones de salud y bienestar de la familia ha figurado entre los panelistas del programa. En otra ocasión, la emisión estuvo dedicada a cómo mejorar los servicios de atención de la salud.

Unos siete millones de personas ven el programa cada semana. Una encuesta realizada a telespectadores, responsables políticos, representantes del gobierno y de los medios de comunicación puso de manifiesto que:

- el 86% de los encuestados consideraba que el programa había enriquecido el debate político en Bangladesh;
- el 78% estimaba que había mejorado la transparencia y la rendición de cuentas;
- el 89% consideraba que los temas se abordaban de manera comprensible;
- el 91% estimaba que la emisión había permitido hacer oír la voz de la gente, especialmente la de personas de clases sociales desfavorecidas.

Un telespectador resume el valor de dicho compromiso de la siguiente forma: "En nuestro país, los electores no son conscientes de lo que está en juego. Esta es la razón de que nuestro proceso electoral no funcione como es debido. Si Bangladesh Sanglap les ayuda a ser conscientes de la realidad, entonces el proceso electoral funcionará bien y la gente elegirá a candidatos cualificados."

Fuente: PMNCH/UIP, 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health.*

## Invertir en salud materna, neonatal e infantil - un imperativo político

El compromiso de los parlamentarios en favor de la salud materna, neonatal e infantil refuerza la función que desempeñan en beneficio de las políticas nacionales sobre salud y desarrollo.

- Es **responsabilidad del Estado**, por intermediación de sus representantes electos, reducir la mortalidad y el sufrimiento. Es un imperativo moral y práctico ayudar a todas las personas que viven en un país a disfrutar de sus derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud.
- Los parlamentarios tienen la obligación de **promover el bienestar de sus electores**, independientemente de la raza, el género o la posición social. Ello significa garantizar la equidad a todas las mujeres y niños, y luchar contra aquellos factores que perjudican la salud de las mujeres, en particular la desigualdad de género, la violencia y la limitación de acceso a los recursos.

“ Para mejorar la salud materna e infantil es preciso luchar contra la pobreza y el hambre (ODM 1), promover el acceso a la educación (ODM 2), a la igualdad de género y al empoderamiento de la mujer (ODM 3) y poner fin a la prevalencia del VIH/SIDA y de la malaria (ODM 6) ”.

—Resolución titulada *El acceso a la salud, un derecho fundamental: ¿Cuál es el rol que los parlamentos pueden desempeñar para garantizar la salud a las mujeres y a los niños?*, 126ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria, 3 de abril de 2012.

### La mejora de la salud materna, neonatal e infantil es esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Los ODM constituyen un marco universal para el desarrollo y la reducción de la pobreza que se estableció en 2000 en la Declaración del Milenio. Los ODM 4 y 5 se refieren específicamente a la salud de las mujeres y los niños.

- El ODM 4 tiene por objeto reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años entre 1990 y 2015. Ello significa reducir el número de muertes infantiles de 9,7 millones en 2006 a unos 4 millones en 2015.

- El ODM 5 prevé reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.

Para cumplir estos dos ODM será preciso acelerar la adopción de medidas, incluidas las destinadas a lograr también estos otros ODM:

**ODM 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre, haciendo especial hincapié en la nutrición y dando prioridad a la alimentación del lactante y el niño en la primera infancia.** La alimentación deficiente es una causa directa de la mortalidad infantil y acrecienta la mortalidad materna. Los hogares pobres tienen menos probabilidades de poder acceder a servicios esenciales de atención de la salud materna, neonatal e infantil.

**ODM 2: lograr la enseñanza primaria universal, especialmente entre las niñas.** Existe una vinculación directa entre la educación de las niñas y el retraso en la edad del primer embarazo, la mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad y morbilidad infantiles.

**ODM 3: promover la igualdad de género.** La igualdad de género es un factor determinante del éxito de las intervenciones en materia de salud materna, neonatal e infantil, ya que permite a las mujeres y niñas adoptar mejores decisiones, incrementar los ingresos de las mujeres y otorgar prioridad a los problemas de salud de las mujeres y las niñas.

**ODM 6: luchar contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.** El VIH es una de las mayores amenazas para la salud materno-infantil en los países africanos que registran una alta prevalencia del virus; prevenir la malaria es una de las intervenciones esenciales en materia de salud prenatal y del lactante.

**ODM 7: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, proporcionando acceso a mejores fuentes de agua e instalaciones de saneamiento.** Las mejores condiciones de saneamiento y abastecimiento de agua potable permiten reducir considerablemente el número de muertes de lactantes y niños, así como el tiempo que las mujeres y las niñas dedican a la recogida de agua.

**ODM 8: promover la solidaridad para ofrecer medicamentos esenciales a precios asequibles con carácter sostenible.** En 2012, la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños estableció una lista de 13 productos básicos que son vitales para la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

Para más información sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, véase [www.un.org/millenniumgoals/](http://www.un.org/millenniumgoals/).

## 2. Salud materna, neonatal e infantil - problemas y respuestas

### MENSAJES CLAVE

Existe un consenso mundial sobre la necesidad de adoptar medidas de forma colectiva en favor de la salud de la mujer y el niño, y sobre la forma en que ello debe hacerse.

Para asegurar el crecimiento económico y la cohesión social de los países, es preciso acabar con las enormes disparidades que existen en este ámbito de la salud entre países ricos y países pobres y entre las diferentes zonas de los territorios nacionales.

Un pequeño número de medidas simples sería suficiente para evitar la mayor parte de los fallecimientos maternos e infantiles. Esas medidas ya se están aplicando con éxito en algunos países que registran una elevada tasa de mortalidad materna, neonatal e infantil y que tienen recursos limitados.

Ciertos elementos pueden generar importantes mejoras en materia de salud materna, neonatal e infantil; por ejemplo, la existencia de un sistema de salud sólido con servicios integrados que creen vínculos a lo largo del ciclo de la vida en las comunidades y las familias y dispongan de personal cualificado. Es lo que se denomina atención sanitaria continua.

Cada país debe medir, utilizando los 11 indicadores básicos propuestos, los progresos alcanzados en materia de salud materna, neonatal e infantil para asegurar que los resultados objetivos benefician a *todas* las mujeres y *todos* los niños, incluidos los más desfavorecidos.

Los parlamentarios tienen una función esencial que cumplir en lo relativo a la rendición de cuentas en materia de resultados, deben velar por que las mujeres y los niños sean los principales beneficiarios de las intervenciones y gestionar los mecanismos de control.

### Muertes y enfermedades que pueden evitarse

- Más de 960 mujeres y niñas mueren cada día en todo el mundo debido a complicaciones durante el embarazo y el parto que podrían prevenirse<sup>5</sup>.

5 UNICEF, 2012, *Estado Mundial de la Infancia 2012*.



- Cada año, 7,6 millones de niños mueren antes de cumplir cinco años; 3,3 millones de ellos durante el primer mes de vida<sup>6</sup>.
- Cada año, cerca de 2 millones de niños mueren durante las primeras 24 horas de vida, y 2,6 millones nacen muertos<sup>7</sup>.
- Para una adolescente, el riesgo de morir durante el embarazo o el parto es cerca de un 30% superior al que representa para una mujer de entre 20 y 24 años<sup>8</sup>. Los niños cuya madre adolescente tiene 17 años o menos tienen muchas más posibilidades de morir en el primer año de vida que los niños nacidos de madres primerizas de más edad. Las madres primerizas de entre 27 y 29 años tienen menos posibilidades de tener hijos con problemas nutricionales o de salud<sup>9</sup>.
- Por cada mujer que muere durante el embarazo, otras 30 sufren lesiones o enfermedades duraderas y efectos secundarios inevitables, como fístulas obstétricas o problemas psicológicos.
- Millones de bebés sufren lesiones, infecciones, enfermedades y discapacidad relacionadas con el parto, que en ocasiones les afectarán a lo largo de toda su vida.

El método más eficaz de prevenir las muertes durante el embarazo y el parto consiste en aumentar el acceso a una atención de calidad durante y después del parto. Es esencial, en particular, asegurar que haya un número suficiente de parteras y garantizar una atención obstétrica de emergencia ininterrumpida a todas las mujeres.

En el cuadro 2 se enumeran las principales causas de mortalidad de mujeres durante el embarazo y el parto, así como de los niños desde el nacimiento hasta los cinco años de vida. La casi totalidad de esas muertes podrían evitarse mediante la adopción de medidas a nivel familiar o de la comunidad local (prevención de la malaria, mejora de la nutrición durante el embarazo) o mediante tratamientos médicos simples dispensados en centros de salud local que cuenten con equipos esenciales para salvar vidas y con personal formado para la detección precoz de problemas sanitarios potencialmente peligrosos.

---

6 Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Resumen temático 16: Parlamentarios.

7 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 2011. *Estado de las Parteras en el Mundo 2011: Cuidar la salud, salvar vidas*, Nueva York: FNUAP.

8 Blanc, A. et al. 2012. *New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 countries*. Grupo de Trabajo sobre la Mortalidad Materna.

9 Finlay J. et al., 2011. *The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: Evidence from 55 low- and middle-income countries*. BMJ Open e000226. doi:10.1136/bmjopen-2011-000226.

## Cuadro 2: Principales causas de mortalidad materna, neonatal e infantil

Causa de la muerte *	Método de prevención
Siete de cada veinte muertes maternas (el 35%) se deben a hemorragias durante el parto	Prevenir embarazos precoces de mujeres jóvenes cuyos cuerpos no están aún preparados para dar a luz; velar por una nutrición adecuada de las mujeres embarazadas.  Asegurar la ayuda de personas cualificadas en el momento del parto; tratamiento inmediato de las pérdidas de sangre abundantes tras el parto (hemorragia post parto), por ejemplo, utilizando medicamentos como el misoprostol.
Casi dos de cada 20 muertes maternas (el 18%) se deben a enfermedades que pueden prevenirse en gran medida, como la malaria y el VIH	Utilizar mosquiteros impregnados de insecticida; acceso al test del VIH y a tratamiento antirretroviral para todas las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas.
Casi una de cada 10 muertes maternas (el 9%) se debe a un aborto practicado en condiciones insalubres	Difundir información sobre la prevención de los embarazos no deseados y la interrupción del embarazo en las primeras semanas, en los casos en que sea legal; acceso a la planificación familiar; asegurar una atención de calidad posterior al aborto en todas las circunstancias, sin que la mujer o la persona que dispensa los cuidados corran el riesgo de ser encausadas por ello.
Dos de cada 5 muertes infantiles se producen entre niños menores de un mes	Asegurar el acceso a una atención prenatal regular para todas las mujeres; velar por un seguimiento nutricional de las mujeres antes y después del embarazo.
Casi una cuarta parte de las muertes de niños se deben a complicaciones prenatales o durante el parto	Garantizar el acceso a atención prenatal para todas las mujeres (al menos cuatro visitas prenatales efectuadas por personal sanitario cualificado para dispensar servicios relacionados con la maternidad).
Más de un tercio de todas las muertes de niños se deben a infecciones, en particular neumonía, sarampión y tuberculosis	Vacunar a todas las mujeres embarazadas y todos los niños; proporcionar educación y apoyo en materia de nutrición; aportar complementos de vitamina A a los niños de corta edad; realizar un diagnóstico precoz de la neumonía y proporcionar un tratamiento con antibióticos.
Más de tres de cada 20 muertes infantiles se deben a causas relacionadas con la mala calidad del agua y el saneamiento (diarrea y malaria)	Asegurar el acceso al agua potable y a saneamiento, proporcionar mosquiteros impregnados de insecticida.

\* Los datos de este cuadro provienen de *Women's and Children's Health: Needs and Challenges, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health*, [portal.pmnch.org/](http://portal.pmnch.org/) y de *Immunization, vaccines and biologicals*, Organización Mundial de la Salud, [www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml](http://www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml).

## El cambio ha empezado ya

---

Gracias a la energía y el espíritu de innovación de mujeres y niños, comunidades, personal de la salud y muchas otras personas –en particular los parlamentarios– se han logrado avances sustanciales en estos últimos años. No obstante, queda mucho por hacer, y con carácter urgente, para poner fin a la pérdida innecesaria de vidas.

- Es poco probable que los compromisos internacionales en materia de salud materna, neonatal e infantil puedan cumplirse habida cuenta de los actuales niveles de esfuerzo. Sólo 9 de los 75 países incluidos en la iniciativa Cuenta regresiva<sup>10</sup> están en vías de alcanzar el ODM 5 y sólo 23 tienen perspectivas de hacer realidad el ODM 4.
- Los avances son desiguales de un país a otro y también dentro de cada país. Una mujer africana corre 100 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo que una mujer que vive en un país desarrollado. Las niñas, las mujeres, los recién nacidos y los niños de hogares pobres, que habitan en regiones rurales y apartadas, quienes pertenecen a poblaciones migrantes o a poblaciones desplazadas o afectadas por los conflictos tienen una salud mucho peor que los demás. Las mujeres y los niños afectados por el VIH, los adolescentes, los profesionales del sexo y las mujeres y los niños con discapacidad, con frecuencia se enfrentan a la discriminación y la estigmatización.
- Los sistemas de atención de la salud siguen siendo deficientes, no disponen de la financiación necesaria y a menudo se distribuyen de forma desigual.
- Los servicios de salud deben proporcionarse en el marco de un sistema de atención continuo que comprenda un servicio integrado que comience antes del embarazo y continúe hasta el parto, abarcando toda la infancia y el período neonatal. También debe preverse la prestación de atención a nivel familiar y local, mediante servicios ambulatorios, clínicas y otros centros sanitarios.
- Es esencial una mayor integración con otros sectores diferentes al de la salud. La inseguridad alimentaria y la falta de acceso a agua apta para el consumo o al saneamiento, lo que provoca diarreas, son importantes causas de muerte y desnutrición de madres, recién nacidos y niños menores de cinco años, al igual que la mala alimentación.
- Los conflictos y los desastres naturales son obstáculos a la mejora de la salud materna, neonatal e infantil. En 2006, más del 50% de todas las muertes maternas se registraron en Estados frágiles<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> La iniciativa Cuenta regresiva para 2015 hace un seguimiento de la evolución de los niveles de cobertura de las intervenciones de salud que está probado que reducen la mortalidad materna, neonatal e infantil.

<sup>11</sup> Merlin (2009), *All mothers matter: Investing in health workers to save lives in fragile states*.

## Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño

El objetivo principal de esta Estrategia, puesta en marcha por el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, es salvar 16 millones de vidas de aquí a 2015 en los 49 países más pobres del mundo.

La Estrategia establece áreas principales de intervención para aumentar la financiación, reforzar las políticas y mejorar los servicios:

1. Apoyo a los planes de salud promovidos por los países mediante el aumento de inversiones que sean además previsibles y sostenibles.
2. Prestación integrada de servicios de atención de la salud e intervenciones vitales, de forma que las mujeres y los niños puedan tener acceso a la prevención, los tratamientos y los cuidados cuando y donde los necesiten.
3. Reforzamiento de los sistemas de salud, a los que habrá que dotar de una plantilla básica de profesionales de la salud en número suficiente.
4. Aplicación de enfoques innovadores de la financiación, el desarrollo de productos y la prestación eficiente de servicios de salud.
5. Mejora del control y de la evaluación para asegurar que todos los agentes rindan cuentas de los resultados obtenidos.

Fuente: [http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009\\_gswch\\_sp.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf).

- La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (véase el recuadro) es un llamamiento general a todos los países al que numerosos Estados han respondido anunciando compromisos para contribuir a los objetivos de la estrategia.

## Mejorar la salud materna, neonatal e infantil - qué es lo que funciona

Las intervenciones que se enumeran a continuación son medidas fundamentales en la esfera de la salud materna, neonatal e infantil que pueden adoptarse en diferentes etapas, son efectivas y han sido aplicadas con éxito en países con recursos limitados<sup>12</sup>:

<sup>12</sup> Estas intervenciones y medidas son los principales componentes de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño ([www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org)) y de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño ([www.who.int/pmnch/es/](http://www.who.int/pmnch/es/)). Se trata de medidas relativamente poco costosas, que pueden ponerse en práctica inmediatamente y han demostrado que mejoran la salud materna y neonatal en el contexto de países de renta baja y media cuando se adoptan en un marco de atención continuada (cuidados que comienzan en la fase previa al embarazo y continúan durante la infancia) y de un sistema sanitario que funciona, y en un entorno socioeconómico favorable.



En Afganistán, la inseguridad amenaza la salud de las mujeres y los niños durante el parto y a lo largo de toda la vida.  
© UNICEF/NYHQ2010-0810/Holt

- salud reproductiva, por ejemplo, planificación familiar, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, atención posterior al aborto;
- atención prenatal: cuatro visitas durante el embarazo, prevención del VIH, vacuna antitetánica;
- atención durante el parto: en particular, asistencia cualificada durante el parto, prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, atención obstétrica de emergencia, planificación familiar tras el nacimiento;
- atención del recién nacido y del niño: vacunación, mosquiteros impregnados de insecticida, atención nutricional, atención inmediata en caso de enfermedades infantiles, cuidados suplementarios para los niños prematuros, atención relacionada con el VIH.

Se trata de intervenciones practicadas en el lugar donde se dispensan los servicios de salud. Además, la salud de la madre y del niño pueden mejorarse en una fase anterior, mediante inversiones en medidas que han demostrado tener efectos beneficiosos, como la educación de las niñas, la mejora de la nutrición infantil (en particular de las adolescentes), la lucha contra el matrimonio de niños y la promoción de la igualdad de género.

## Género y salud

---

Las normas y los estereotipos de género y las prácticas culturales y sociales tienen consecuencias sobre la salud de las mujeres y los niños. Por ejemplo, la pronta iniciación de la lactancia materna y la lactancia en exclusividad son esenciales para una buena alimentación del recién nacido. Sin embargo, con frecuencia las madres no lo hacen así porque sus parejas o su familia las alientan a respetar la tradición (por ejemplo, a esperar antes de comenzar la lactancia o a dar agua y remedios tradicionales al bebé). Las mujeres raramente pueden opinar al respecto.

Retrasar la edad del matrimonio y del primer nacimiento puede evitar muchas muertes maternas. Según un reciente estudio de 97 países, una reducción del 10% de los



En las zonas rurales de la India es preciso luchar contra las prácticas culturales y sociales que repercuten en la salud de las mujeres y los niños. © UNICEF/NYHQ2005-2374/Khemka

matrimonios de niñas entraña una disminución del 70% de la mortalidad materna<sup>13</sup>. Asimismo, evitar los embarazos no deseados puede reducir en cerca de un tercio las muertes maternas<sup>14</sup>. La eliminación de los abortos practicados en malas condiciones puede evitar una muerte materna sobre diez (13%)<sup>15</sup>. Para que esto sea así, las niñas y las jóvenes deben estar bien informadas y tener la posibilidad de decidir por sí mismas, no verse expuestas a la violencia sexual y adoptar decisiones junto con sus parejas. Es esencial que las niñas asistan a la escuela primaria y secundaria<sup>16</sup>.

Aunque los hombres tienen una función esencial que desempeñar para mejorar la salud de las mujeres y los niños, a menudo no están suficientemente informados sobre la salud materna, neonatal e infantil o se sienten excluidos de los servicios de salud pertinentes. Para mejorar la salud de las mujeres también son necesarias medidas que alienten a los hombres a dar prueba de respeto a las mujeres y a prestarles apoyo.

## Salud sexual y reproductiva – un elemento esencial de la salud materna e infantil

---

La salud materna, neonatal e infantil está estrechamente relacionada con la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, el acceso a métodos seguros y eficaces de planificación familiar permite a las mujeres y sus parejas decidir si desean fundar una familia y cuándo quieren hacerlo. Para la salud física de la mujer es importante retrasar y espaciar los embarazos. Asegurar que cada niño que viene al mundo es deseado constituye también una manera de velar por la salud emocional de la mujer y el niño. Asimismo, las mujeres y los hombres deben estar informados sobre los métodos que les permiten evitar las infecciones de transmisión sexual o encontrar rápidamente un tratamiento. Esas infecciones pueden causar esterilidad en la mujer, e incluso la muerte, o la incapacidad permanente de la mujer y el niño.

Una mujer que queda embarazada sin desearlo o que tiene un embarazo que puede desembocar en la muerte o discapacidad del hijo que espera o de ella misma, a menudo

---

13 Raj A & Boehmer U (2013) *Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries*, Violencia contra la mujeres, abril de 2013 19:536-51.

14 Organización Mundial de la Salud, [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/).

15 Organización Mundial de la Salud, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6ª ed., Ginebra, OMS, 2011.

16 Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, *Eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas y empoderamiento de la mujer*, 55º período de sesiones, 22 de febrero a 4 de marzo de 2011. [www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw55/panels/Panel5-Spanish.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw55/panels/Panel5-Spanish.pdf)



decide interrumpir el embarazo, incluso cuando el aborto es un acto ilegal. Reducir el número de abortos practicados en condiciones de riesgo, regulando las interrupciones del embarazo cuando éstas son legales y proporcionando atención después del aborto a todas las mujeres es un medio esencial para proteger la vida de las mujeres y disminuir los problemas de salud reproductiva a largo plazo.

Es particularmente importante promover una sexualidad sana, especialmente en el caso de los adolescentes, y reducir las prácticas perjudiciales, como el matrimonio de niños<sup>17</sup>. Una sexualidad sana consiste en poder expresar la propia sexualidad sin riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH, sin embarazos no deseados, sin coerción, violencia, estigmatización ni discriminación. Ello implica luchar contra las normas y estereotipos de género y trabajar con hombres, mujeres y adolescentes de ambos sexos para inculcarles el respeto mutuo entre la pareja. Numerosos estudios muestran que los programas de educación sexual no alientan actividades sexuales precoces o de riesgo sino que, por el contrario, tienen un efecto positivo ya que contribuyen a retrasar las primeras experiencias sexuales de los jóvenes y su

17 UNFPA, 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*.



Ciudadanos de Liberia se manifiestan en la capital, Monrovia, con motivo de la primera celebración del Día Internacional de la Niña para pedir que se ponga fin al matrimonio de niños. © Fotografía ONU/Emmanuel Tobey

frecuencia, disminuir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos en caso necesario<sup>18</sup>.

## El poder de las comunidades locales – prevención y respuesta rápida

Las comunidades locales (ciudadanos de las circunscripciones, jefes tradicionales y religiosos, miembros activos de las comunidades como los consejeros municipales y los militantes de partidos) son los principales impulsores de iniciativas eficaces. Los parlamentarios tienen una influencia considerable en los jefes y miembros de las comunidades y, por lo tanto, están bien situados para contribuir a la educación de los ciudadanos y a la promoción de la salud materna, neonatal e infantil.

<sup>18</sup> UNFPA, 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*

Muchas de las medidas preventivas de las causas que provocan muertes y discapacidad deben ser adoptadas por las familias: los padres pueden proporcionar buena alimentación, cuidado y atención adaptados al crecimiento de sus hijos. Las comunidades locales pueden promover prácticas sanas estableciendo modelos de comportamiento positivos, por ejemplo, prestando apoyo a las mujeres que amamantan exclusivamente a sus hijos, ayudando también a sus parejas, o luchando contra prácticas tradicionales perjudiciales que exponen a las jóvenes al riesgo de embarazos demasiado precoces.

Los voluntarios y trabajadores de la salud a nivel local pueden detectar problemas sanitarios como embarazos de riesgo y contactar con jóvenes esposas en poblaciones aisladas que pueden quedar embarazadas y no tienen acceso a cuidados prenatales ni a asistencia durante el parto, y remitirlas a centros sanitarios.

Los líderes locales y de las comunidades confesionales pueden recomendar que se recurra con prontitud a los servicios de salud local y desaconsejar las prácticas perjudiciales para la salud. Por ejemplo, en 2011 los líderes religiosos musulmanes de diez países de África oriental y occidental emitieron una *fatwa* (edicto religioso) con objeto de poner fin a la mutilación genital femenina<sup>19</sup>. En Senegal se ha creado un puesto clave, el de Embajador de la Salud Materna, Neonatal e Infantil, y se ha nombrado titular del puesto a un renombrado imam (jefe religioso musulmán)<sup>20</sup>.

La salud materna, neonatal e infantil está vinculada a la evolución de los comportamientos de los individuos y las comunidades. Acabar con prácticas tradicionales perjudiciales para la salud reproductiva, como la mutilación genital femenina o el matrimonio de niños, requiere mucho tiempo; sin embargo, la experiencia muestra que es posible hacerlo, aún cuando esas prácticas estén profundamente arraigadas. Los resultados de algunas medidas adoptadas ahora no se manifestarán antes de la próxima generación: por ejemplo, si hoy día se mejora la alimentación de las niñas, el día de mañana sus hijos tendrán una mayor oportunidad de nacer con buena salud. Los niños que crecen en un ambiente familiar libre de violencia tendrán menos tendencia a infligir malos tratos a sus parejas o hijos o a mostrar un comportamiento violento contra ellos, lo que afecta a la salud de futuras generaciones de mujeres y niños.

**Un tratamiento precoz** es el medio de evitar la agravación de un problema de salud que podría entrañar la muerte o la discapacidad permanente. Una intervención obstétrica

---

19 UNFPA/UNICEF (2011) UNFPA-UNICEF *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change*. Informe anual 2011. [www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Annual\\_report\\_on\\_FGM-C\\_2011\\_low\\_res.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Annual_report_on_FGM-C_2011_low_res.pdf).

20 PMNCH, 2008. *Successful leadership: Country actions for maternal, newborn and child health*.

## Investir en el personal local en pro de una mayor equidad y eficacia

La neumonía infantil es fácil de diagnosticar y tratar a nivel local, y los tratamientos a nivel local pueden salvar vidas. Esa es la razón por la que los gobiernos de numerosos países han autorizado al personal sanitario a encargarse del tratamiento de los niños con neumonía. En los países en los que el personal local recibe formación y apoyo adecuados que le permiten detectar y tratar la neumonía y otras afecciones como la diarrea aguda, el número de muertes se ha reducido de manera espectacular. La neumonía es responsable del 18% del total de muertes de niños menores de cinco años, pero en Nepal, donde el personal sanitario ha recibido una formación adecuada, los fallecimientos debidos a diarrea aguda y neumonía grave han disminuido notablemente.

Este progreso es debido a que más de dos tercios de los niños menores de cinco años tienen ahora acceso a un tratamiento en menos de 24 horas tras la aparición de los síntomas de la enfermedad. En Ghana, el 92% de las personas que están a cargo de niños enfermos acuden al personal sanitario local para conseguir tratamiento contra la neumonía y la malaria, casi siempre en menos de 24 horas. Un estudio llevado a cabo en Zambia muestra que más de dos tercios (68%) de los niños enfermos recibieron un tratamiento oportuno y adecuado dispensado por el personal sanitario local.

Fuente: UNICEF, 2012. *El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada*. Informe sobre los progresos 2012.

de emergencia puede, por ejemplo, evitar una distocia que causaría lesiones duraderas, como fístula de la madre o lesiones cerebrales del niño. Es fundamental establecer un vínculo sólido entre la población y el sector de la salud para que las mujeres y los niños reciban información sobre el momento en que es necesario buscar rápidamente atención sanitaria y sobre la manera de hacerlo. Los parlamentarios pueden contribuir en gran medida a promover cambios en las actitudes y las prácticas que son indispensables para que las mujeres y los niños acudan rápidamente a los servicios sanitarios cuando lo necesiten.

## Un sistema de salud sólido

Si bien cada intervención concreta en favor de la salud materna, neonatal e infantil (para más información véase la Ficha analítica nº 3) puede tener una gran repercusión por sí misma, las mejoras más eficaces se producen cuando esas intervenciones se enmarcan en un sistema de salud sólido.

### Cuadro 3: Principales componentes que inciden en el fortalecimiento del sistema de salud

Situar a las PERSONAS adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo y gobernanza</li> <li>• Recursos humanos al servicio de la salud</li> <li>• Contar con la participación de particulares y comunidades locales</li> </ul>
en el LUGAR preciso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructuras e instalaciones</li> <li>• Saber cuáles son las necesidades más acuciantes</li> <li>• Luchar contra las desigualdades</li> </ul>
con RECURSOS suficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinas, vacunas, diagnósticos e instrumental</li> <li>• Adquisición, suministro y gestión de los productos</li> <li>• Financiación de la salud y protección social</li> </ul>
para poner en práctica buenas INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la salud de calidad, promoción de la salud y formación en materia de salud</li> <li>• Sistemas de información, comunicación y medios de comunicación</li> <li>• Respuestas integradas y multisectoriales</li> </ul>
y obtener buenos RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso universal e igualdad</li> <li>• Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los derechos humanos</li> <li>• Rendición de cuentas a todos los niveles</li> </ul>

Fuente: PMNCH (sin fecha) *Women's and children's health: Needs and challenges*. [portal.pmnch.org/downloads/Needsand-Challenges.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/Needsand-Challenges.pdf).

### Personal adecuado en el lugar preciso

Los países que cuentan con personal sanitario cualificado pueden defender el derecho de las mujeres y los niños a la salud y a una atención de calidad. Esto significa que es necesario disponer de personal eficaz, bien formado y que disfrute de buenas condiciones de trabajo en todos los niveles del sistema sanitario, desde los consultorios locales a los hospitales centrales, en la totalidad del territorio nacional. Las comadronas, médicos, enfermeros y trabajadores sanitarios de primera línea son un componente esencial del sistema de salud, pero su número no es suficiente.

La mortalidad de madres y bebés es más elevada durante el parto y las 24 horas posteriores al nacimiento. En efecto, en numerosos países las comadronas y demás personal cualificado para proporcionar ayuda en el parto no son suficientes para atender todos los embarazos y nacimientos previstos, en particular el 15% de nacimientos que presentan complicaciones. Por esta razón se hace tanto hincapié en la mejora del acceso a comadronas. Aun cuando esta perspectiva ha permitido reducir la mortalidad neonatal, dos quintas partes de las muertes infantiles se producen durante el primer mes de vida.



La mayor parte de los casos de mortalidad materna, neonatal e infantil se producen en África y Asia, regiones donde los servicios de salud son deficientes. © UNICEF/NYHQ2007-0346/Nesbitt

Lamentablemente, siguen produciéndose muertes de mujeres y bebés por no poder acceder a asistencia obstétrica o neonatal de emergencia. La cobertura de esta asistencia es especialmente limitada en las comunidades rurales y remotas. Las mujeres tienen dificultades para acceder a la asistencia de personal sanitario cualificado debido al gasto que ello supone, la distancia y la falta de capacidad para adoptar decisiones relativas a su propia salud. Los miembros de la familia y las parteras tradicionales suelen preferir el parto en casa, y muchas veces no reconocen los signos que indican que puede haber complicaciones ni tienen la formación ni los recursos necesarios para remitir a las mujeres a los centros sanitarios y a personal médico cualificado<sup>21</sup>.

Aunque crear un buen cuerpo médico requiere tiempo, algunos países han hecho importantes avances de forma rápida gracias a la adopción de métodos innovadores, como la delegación de tareas, los programas de incentivos para el personal sanitario y el recurso a personal sanitario local para que haga visitas a domicilio a mujeres y jóvenes y les proporcione consejos sobre salud sexual y reproductiva, así como sobre cuidados prenatales.

---

21 UNFPA, 2011. *El estado de las parteras en el mundo 2011: cuidar la salud, salvar vidas.*

## Medidas clave en favor del personal sanitario

La Alianza mundial en pro del personal sanitario ([www.who.int/workforcealliance/es/](http://www.who.int/workforcealliance/es/)) ha estudiado cuestiones sanitarias en países de África y otros países de ingresos medios y bajos y propone varios tipos de medidas clave:

- Incrementar el número de personal de salud cualificado recurriendo a diferentes métodos de contratación a fin de remediar la falta de enfermeras y comadronas en las zonas rurales. Simultáneamente, promover la educación de las niñas y las mujeres.
- Invertir en educación y formación continuas, combinadas con la supervisión pertinente.
- Examinar la posibilidad de aplicar métodos innovadores de financiación para fidelizar al personal sanitario, como ayudas para vivienda o para matriculación escolar.
- Determinar los efectos restrictivos de las políticas y leyes en vigor en el personal sanitario. Ponderar la posibilidad de delegar tareas (es decir, confiar determinadas tareas a trabajadores de la salud menos cualificados pero que están más en contacto con la población). Cada vez es más evidente que el personal sanitario de las comunidades locales tiene capacidad para prescribir una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluidos los hormonales. Asimismo, las comadronas y los auxiliares médicos han demostrado que pueden llevar a cabo intervenciones y procedimientos obstétricos de emergencia que, en numerosos países, sólo los médicos están legalmente autorizados a realizar.

Otros proveedores de servicios también tienen influencia en los servicios de salud, como los educadores de adultos o escolares, que pueden alentar la instrucción de las mujeres; los trabajadores encargados del abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento, que pueden promover la higiene y contribuir a reducir el riesgo de malaria; los funcionarios locales y los consejeros en desarrollo agrícola, que pueden apoyar iniciativas de empoderamiento económico y de seguridad alimentaria; o los trabajadores sociales, que pueden prevenir y luchar contra la violencia y los malos tratos. Los cuidados relativos a la salud materna, neonatal e infantil son mucho más eficaces cuando las intervenciones se realizan junto con otras acciones que respaldan la seguridad económica, el acceso a los servicios básicos y la protección de las mujeres y los niños frente a los actos de violencia.

La nutrición es un aspecto muy importante con respecto al cual el personal que trabaja fuera del sector sanitario desempeña un papel fundamental. Las opciones de que un niño tenga un buen crecimiento y se desarrolle correctamente están estrechamente relacionadas con las condiciones del entorno en el que crece durante un período relativamente corto que va desde el inicio del embarazo hasta que cumple dos años. La desnutrición durante ese período tendrá consecuencias irreversibles en su desarrollo

físico e intelectual. Los miembros de las comunidades locales, los trabajadores de los sectores de la educación y el desarrollo agrícola pueden velar por que los niños tengan una alimentación suficiente y los cuidados necesarios que permitan un buen desarrollo físico y mental. Asimismo, las campañas de ayuda nutricional y de lucha contra la anemia dirigidas a los adolescentes pueden tener repercusiones positivas en la salud de las mujeres y los niños pequeños y en la buena forma física de las mujeres antes de quedarse embarazadas.

Una mujer y su hijo en Darfur (Sudán), donde el conflicto repercute negativamente en la nutrición.

© UNICEF/HQo4-0916/S.Noorani



## Medir los progresos realizados para obtener los mejores resultados – rendición de cuentas sobre los resultados

---

El objetivo último de toda acción en favor de la salud materna, neonatal e infantil es garantizar que las mujeres y los niños disfruten de la mejor asistencia sanitaria posible. El marco propuesto por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño vincula la responsabilidad del empleo de los recursos con los resultados obtenidos. Esto significa que el Estado, los servicios de salud, los jefes y los miembros de las comunidades locales son responsables y deben garantizar que los recursos asignados a la salud materna, neonatal e infantil se utilicen para ese fin y den los resultados previstos.

Los parlamentarios pueden contribuir en gran medida a controlar el mecanismo de rendición de cuentas. Les incumbe en particular:

- saber la cuantía de los fondos recibidos y gastados en la promoción de la salud materna, neonatal e infantil, así como los resultados logrados;
- apoyar las decisiones sobre la puesta en práctica de políticas y programas que favorezcan prestaciones basadas en experiencias exitosas, y
- evaluar lo que se ha hecho y utilizar los datos correspondientes para mejorar las políticas y planes de acción nacionales.

La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño (véase el cuadro 4) ha propuesto 11 indicadores básicos. Cada país debería, como mínimo, proporcionar cifras exactas y actualizadas relativas a esos indicadores.

Para poder mejorar la salud materna, neonatal e infantil es necesario obtener información sobre las causas de los fallecimientos de mujeres y niños y los lugares donde estos se producen. No pueden exigirse responsabilidades si no existe una información accesible y fidedigna sobre la salud. Es más fácil decidir dónde es preciso reforzar el número de personal o introducir nuevos modos de prestación de servicios cuando se sabe lo que se ha hecho y qué intervenciones son las más eficaces. Es importante verificar no sólo los servicios prestados sino también asegurar que estos se presten con equidad.

### Cobertura y equidad

La evaluación de la **cobertura general** es un aspecto importante del seguimiento porque permite asegurar no sólo que el número de las intervenciones aumenta, sino también que éstas llegan realmente y que benefician a mujeres y niños de todo el

## Rendición de cuentas a nivel mundial sobre la salud materna, neonatal e infantil

A raíz de la adopción de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño se estableció la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, encargada, durante un plazo determinado de tiempo, de establecer un marco y un plan de acción sobre rendición de cuentas. La Comisión ha establecido tres elementos fundamentales de la rendición de cuentas, a saber: la supervisión (verificar qué se está haciendo, dónde y en beneficio de quiénes); el examen (evaluar en qué medida las promesas y los compromisos se mantienen y si se han desempeñado correctamente los deberes previstos); y soluciones y medidas (adopción de las medidas necesarias para remediar la situación, hasta donde sea posible, cuando el plan no se ha desarrollado según lo prometido o tal como se había previsto).

La Comisión ha formulado 10 recomendaciones que se refieren a medidas ambiciosas pero prácticas que pueden adoptar todos los países y los asociados. Las recomendaciones se centran en los objetivos siguientes:

- **mejor información para mejores resultados**, gracias a sistemas nacionales de registro del estado civil, la introducción de indicadores comunes a todos los países y el aprovechamiento de las oportunidades de innovación que ofrece la tecnología de la información para mejorar el acceso a datos fidedignos sobre los recursos y los resultados;
- **un mejor seguimiento de los recursos** destinados a la salud de la mujer y el niño, gracias a la utilización de dos indicadores de recursos comunes a todos los países, la concertación de pactos entre los gobiernos y los principales asociados para el desarrollo en el país en cuestión, y al examen de los gastos de salud relacionados con los compromisos, el respeto de los derechos humanos, otros objetivos y resultados en materia de igualdad en general, y la igualdad de género en particular;
- **un mejor control de los resultados y los recursos**, a nivel nacional e internacional, mediante el establecimiento de mecanismos nacionales de rendición de cuentas que sean transparentes e incluyan a todas las partes interesadas, la transparencia por parte de todas las partes interesadas mediante el registro de los gastos consagrados a la salud materna, neonatal e infantil por los asociados para el desarrollo y el establecimiento de un grupo de expertos independientes encargados de la supervisión a nivel mundial.

Véase [www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission](http://www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission).

## Cuadro 4: Once indicadores básicos recomendados por la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño

Ámbito de intervención	Indicador
Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (todos los países del mundo deben informar sobre esos indicadores)	Tasa de mortalidad materna (número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos)
	Mortalidad de los niños menores de cinco años, incluida la proporción de fallecimientos de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
	Niños menores de cinco años que sufren retraso del crecimiento*
Planificación familiar	Atender las necesidades de métodos anticonceptivos (proporción de mujeres de entre 15 y 49 años casadas o en pareja cuyas necesidades de planificación familiar están satisfechas, es decir, que no quieren tener más hijos o desean esperar al menos dos años antes de un nuevo embarazo y utilizan un método anticonceptivo)
Atención durante el embarazo	Cobertura de atención prenatal (porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han tenido un hijo vivo y que han recibido atención prenatal de personal cualificado al menos en cuatro ocasiones durante el embarazo)
Atención durante el embarazo/ Atención en el parto/ Atención después del parto	Profilaxis antirretroviral para las mujeres embarazadas que tienen el VIH con objeto de prevenir la transmisión del virus de madre a hijo y tratamiento antirretroviral para mujeres que también podrían necesitar ese tratamiento
Atención en el parto/ Atención neonatal	Asistencia en el parto por personal cualificado (porcentaje de nacidos vivos en partos atendidos por personal de salud cualificado)
Atención en el parto/ Atención neonatal/ Atención postnatal	Atención postnatal para madres y bebés (porcentaje de mujeres y bebés que han recibido una visita postnatal durante los dos días siguientes al parto)
Atención neonatal/ Atención a la primera infancia	Lactancia materna exclusiva durante seis meses (porcentaje de niños de entre 0 y 5 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna)
Atención neonatal/ Atención a la primera infancia	Administración de tres dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses que han recibido tres dosis de esta vacuna)
Atención neonatal/ Atención a la primera infancia	Tratamiento de la neumonía con antibióticos (porcentaje de niños de entre 0 y 59 meses con síntomas de neumonía que han recibido antibióticos)

\* Porcentaje de niños menores de cinco años cuya estatura en relación con la edad es inferior a dos desviaciones estándar de la media de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (la formulación del indicador propuesto difiere ligeramente del indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se refiere a los niños con peso inferior al normal).

país. Por cobertura se entiende la proporción de personas que necesitan una prestación o intervención de los servicios de salud y que la reciben. La cobertura se evalúa teniendo en cuenta una amplia gama de intervenciones tales como la vacunación, los suplementos de vitamina y el suministro de métodos anticonceptivos.

El seguimiento también debe evaluar las **diferencias de cobertura** que reciben las mujeres y los niños en hogares pobres y hogares pudientes. La salud es un derecho fundamental que hay que respetar, pero además las acciones sanitarias son inversiones rentables; invertir en la mejora de la salud de los más pobres es un objetivo prioritario que redundará en beneficio de la salud general, como se muestra en el estudio de caso que figura a continuación. En general, la cobertura presenta desigualdades en la mayoría de los países. Por ejemplo, las mujeres y los niños de zonas urbanas suelen tener mejor acceso a un mayor número de servicios que los que viven en zonas rurales, aunque no siempre es así.

El examen de datos básicos da una idea de las disparidades que pueden existir dentro de un país.

- Es posible que la cobertura no sea la misma para los diferentes grupos de edad. Por ejemplo, la reducción de la mortalidad neonatal progresa más lentamente que la de la mortalidad de niños de más edad. Como resultado de ello, la proporción



de muertes neonatales en relación con el total de fallecimientos de niños menores de cinco años ha aumentado del 36% al 40% durante la última década.

- Subsisten importantes desigualdades entre las mujeres con estudios de las zonas urbanas y las mujeres menos instruidas de las zonas rurales.
- Algunos problemas de salud han sido objeto de una menor atención que otros. Aunque se han realizado avances notables en la reducción de muertes evitables durante y después del parto, los progresos son mucho menores por lo que respecta al número de embarazos no deseados o al enorme problema de las muertes o discapacidad causadas por abortos practicados en malas condiciones de seguridad.



En el sitio web (en inglés) de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 ([www.countdown2015mnch.org/country-profiles](http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles)) figuran datos por países sobre la equidad. Los datos proporcionan información sobre qué mujeres o niños pueden verse desfavorecidos. Este análisis podrá utilizarse para defender la aplicación de una ley o una política sobre cuestiones prioritarias relativas a la equidad.

### 3. Medios a disposición de los parlamentarios para promover la salud materna, neonatal e infantil

#### MENSAJES CLAVE

En su calidad de legisladores, los parlamentarios pueden elaborar, adoptar y supervisar la aplicación de una legislación que promueva el derecho a la salud de todas las mujeres, los recién nacidos y los niños, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva, así como los derechos que promueven la igualdad de acceso a los servicios de salud.

Como parte de su función de control, los parlamentarios deben velar por que los gobiernos nacionales rindan cuenta de su actuación. Por ello, desempeñan un papel fundamental en el seguimiento de las leyes, las políticas y las estrategias con el fin de garantizar su aplicación y la mejora efectiva de la salud materna, neonatal e infantil.

La consignación presupuestaria permite garantizar que los fondos se asignen donde más se necesitan y de la manera más eficaz. Todos los parlamentarios deben velar por que la salud materna, neonatal e infantil reciba una financiación adecuada que permita intervenciones eficaces en función de los costes.

Con el fin de señalar la importancia crucial que tiene esta cuestión para el desarrollo del país y el bienestar de los ciudadanos, los parlamentarios pueden actuar directamente en su circunscripción y ser portavoces de los ciudadanos a nivel nacional.

Los parlamentarios pueden reforzar las medidas e intervenciones descritas en la sección anterior mediante el desempeño de sus principales funciones, que consisten en:

- **legislar** para asegurar un acceso universal a la atención básica de la salud;
- **garantizar el control** de la elaboración y la aplicación de políticas adecuadas, o bien hacer que el gobierno rinda cuentas al respecto;
- **elaborar presupuestos** y planificar gastos adecuadas para la salud materna, neonatal e infantil;
- **hacerse eco** de las necesidades de las mujeres y los niños en materia de salud.



Un parlamentario visita a niños que sufren malnutrición en el noreste de Kenia. © UIP/Jennings

## Legislar

---

En su calidad de **legisladores**, los parlamentarios pueden elaborar, adoptar y supervisar la aplicación de una legislación que promueva el derecho a la salud de todas las mujeres, los recién nacidos y los niños, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva. El contenido del mandato de los parlamentos en relación con el del poder ejecutivo del gobierno varía de un país a otro. No obstante, la mayoría de las constituciones otorgan al parlamento el derecho de examinar, rechazar y/o modificar todo proyecto de ley que no esté en consonancia con las normas y obligaciones internacionales relativas al bienestar de los ciudadanos. De esta forma, los parlamentarios pueden velar por que las leyes y las políticas garanticen un acceso equitativo a la salud a todas las mujeres y los niños, incluidos los más vulnerables o marginados.

Los parlamentarios pueden considerar la posibilidad de adoptar, entre otras, las medidas que se enumeran a continuación:

**Presentar o modificar leyes que protejan los derechos de las mujeres y los niños**, teniendo en cuenta las causas fundamentales de las muertes maternas e infantiles.

*Los parlamentarios pueden, por ejemplo, examinar las causas subyacentes de los decesos maternos e infantiles específicas de su país y determinar si las leyes y políticas en vigor*

*abordan esas causas. Pueden verificar si existen leyes que promuevan los derechos de las mujeres y las niñas en materia de salud, incluidas cuestiones como la prevención del matrimonio de niños, la mutilación genital femenina, la tipificación de los malos tratos de mujeres y niños, como la violación dentro del matrimonio, la igualdad de acceso de mujeres y niñas a todas las oportunidades educativas, incluida la posibilidad de que las jóvenes puedan matricularse nuevamente tras haber dado a luz, y leyes relativas a mujeres embarazadas. Los parlamentarios también pueden examinar el marco jurídico para garantizar que todas las mujeres y las adolescentes tengan acceso a atención médica después de un aborto y, en los casos en que la interrupción del embarazo es legal, que el marco jurídico garantice que el aborto se practique en condiciones de seguridad.*

**Proponer o modificar leyes que promuevan una atención equitativa de la salud** (leyes relativas a las importaciones, el comercio y el empleo, por ejemplo).

*Los parlamentarios deben preguntarse si la legislación comercial vigente en sus países impide el aprovisionamiento de medicamentos esenciales a precios razonables, en particular los que han sido clasificados como prioritarios para la salud materna, neonatal e infantil por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia*

### **Estudio de caso: Legislar para proteger la salud de las niñas**

Las propuestas de ley de los parlamentarios pueden ser un instrumento poderoso que impulse el cambio. En septiembre de 2012, el Primer Ministro de Swazilandia anunció que el Parlamento tenía la intención de aplicar la nueva Ley de protección y bienestar del niño, incluida la disposición relativa al enjuiciamiento de los hombres que contrajeran matrimonio con niñas menores de edad. Antes de que se adoptara esta medida, en virtud de la Constitución de 2005 se autorizaban las prácticas tradicionales, salvo que estuvieran en contradicción con las disposiciones constitucionales. Las relaciones sexuales con niñas menores estaban consideradas como violación de menores, pero sólo si se producían fuera del matrimonio. Las niñas estaban legalmente autorizadas a contraer matrimonio a partir de los 15 años. De conformidad con la nueva Ley de protección y bienestar del niño, los contraventores son acusados de violación de menores y condenados a pagar multas de unos 2.400 dólares. Asimismo, en virtud de la nueva ley, se penaliza también a los padres y tutores que, en connivencia con hombres adultos, tratan de organizar el matrimonio de una niña. Los infractores pueden ser condenados a penas de prisión de hasta 20 años. Esta nueva ley es un buen ejemplo para los países en los que el matrimonio de niños sigue siendo una práctica tradicional arraigada.

Fuente: *Plus News*, 20 de septiembre de 2012. [www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Childmarriages-banned](http://www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Childmarriages-banned) [www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Child-marriages-banned](http://www.irinnews.org/Report/96347/SWAZILAND-Child-marriages-banned).

para Mujeres y Niños ([www.ucw-project.org/attachment/child\\_labour\\_Nepal20110628\\_114207.pdf](http://www.ucw-project.org/attachment/child_labour_Nepal20110628_114207.pdf)), y si esa legislación tiene repercusión sobre la contratación y la colocación de trabajadores sanitarios en las zonas donde su presencia es más necesaria. Los parlamentarios también pueden preguntarse si existen vacíos legislativos que impidan que las mujeres y los niños tengan acceso a la salud (por ejemplo, inexistencia de registro civil) y velar por que se adopte una legislación adecuada, entre otras cosas mediante la presentación de un proyecto de ley o la adición de artículos esenciales pertinentes durante el proceso de examen de un nuevo proyecto de ley.

**Legislar para el establecimiento y buen funcionamiento de organismos reguladores** encargados de promover la salud materna, neonatal e infantil.

*Los avances en materia de salud materna, neonatal e infantil dependen en gran medida de las comunidades locales y del personal a nivel primario, como comadronas, personal sanitario local y demás trabajadores de la salud de nivel básico. Este personal esencial del sistema de salud requiere un reconocimiento de su trabajo y que se realice una supervisión de la calidad de éste, tarea que pueden llevar a cabo los organismos reguladores. Estos organismos pueden promover la calidad de la atención sanitaria reconociendo la importancia vital de ese personal sanitario en las leyes, las políticas y las estrategias relativas a la salud materna, neonatal e infantil. En el marco de un reciente estudio sobre los servicios de las comadronas en los países que registran las cifras más elevadas de mortalidad materna y neonatal, sólo tres de los 50 países encuestados indicaron que disponían de un organismo regulador específico para las comadronas que podía registrar y supervisar a comadronas cualificadas y que exigía un cierto nivel de práctica.*

### **Estudio de caso: Mejorar la contribución del personal sanitario básico en los procesos legislativos**

La existencia de organismos reguladores sólidos resulta una ayuda para los parlamentarios porque esos organismos son una fuente de apoyo técnico y práctico en favor de la salud de las mujeres y los niños. Por ejemplo, en Uganda, la Asociación de comadronas del sector privado colabora en la elaboración de planes estratégicos para garantizar que la profesión esté bien representada en los planes futuros para la prestación de servicios de salud. La Asociación de comadronas de Etiopía trabaja con asociados internacionales para mejorar la calidad de la formación de las comadronas, crear un organismo regulador eficaz y garantizar que las comadronas estén representadas a nivel ministerial.

Fuente: UNFPA, 2011, El estado de las parteras en el mundo 2011.

## Controlar

Los parlamentarios desempeñan la misión fundamental de velar por que las leyes, las políticas y las estrategias en vigor tengan un efecto positivo sobre la salud materna, neonatal e infantil. Las actividades de control que realizan incluyen la recepción de informes periódicos del poder ejecutivo del gobierno sobre las actividades que éste realiza, la formulación de preguntas a los miembros del poder ejecutivo, el control de la aplicación mediante visitas a las circunscripciones, y la creación y la participación en comités especiales y comisiones de investigación. Los parlamentarios tienen la posibilidad de ejercer un control más estrecho y formal a través de estructuras parlamentarias como los comités de cuentas públicas, las comisiones permanentes o las comisiones especiales con competencias de investigación.

En el marco de sus tareas individuales de control, los parlamentarios pueden poner en práctica las medidas que se indican a continuación.

### Estudio de caso: Movilizarse para disponer de registros del estado civil de aquí a 2020

La mortalidad materna es uno de los pocos indicadores principales de salud que no se mide en muchos países. En África y Asia la mayoría de la gente nace y muere sin que exista un registro oficial de su existencia: más del 40% de los nacimientos que tienen lugar en todo el mundo no son registrados. En la década de 2000, sólo 9 países de África disponían de un sistema de registro civil por medio del cual se inscribía al menos el 90% de los nacimientos, y sólo 5 alcanzaban ese nivel por lo que respecta a las defunciones, lo que representa un avance muy escaso durante los últimos 50 años.

En 2011, en una reunión de Ministros de países africanos, el Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) de los Estados Unidos) hizo un llamamiento para que todos los países dispusieran, de aquí a 2020, de datos de estado civil exactos, en tiempo real (estadísticas vitales) facilitados por un sistema de registro del estado civil. De esa forma, las informaciones disponibles permitirían acelerar las medidas para reducir la mortalidad materna. Un año más tarde, los Ministros africanos, respaldados por parlamentarios que representaban diversas posiciones políticas, participaron en una Conferencia de Ministros africanos sobre el registro del estado civil. En esa Conferencia se instó a que se adoptaran leyes y se acelerara la puesta en marcha de sistemas de registro del estado civil innovadores, reconociendo que el registro de esos datos es necesario, tanto por ser un derecho de toda persona como por ser un instrumento para comprender y tratar los problemas relativos a la salud, en particular de las mujeres y los niños.

Fuente: [www.safpi.org/news/article/2012/ministerial-statement-civil-registration-and-vital-statistics-conference](http://www.safpi.org/news/article/2012/ministerial-statement-civil-registration-and-vital-statistics-conference).

## **Garantizar el respeto de los compromisos gubernamentales en materia de salud materna, neonatal e infantil**

*Los parlamentarios pueden usar sus poderes de control para asegurar que el Gobierno establezca una hoja de ruta que prevea un aumento del gasto destinado a la atención de la salud. En los Estados de África esa hoja de ruta deberá establecer el respeto del compromiso asumido en virtud de la Declaración de Abuja de asignar el 15% del presupuesto nacional a la mejora del sector de la salud y de garantizar que los planes sectoriales de salud respeten los compromisos nacionales e internacionales de igualdad de género.*

*Muchos países han asumido compromisos sobre la manera en que contribuirán a los objetivos de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Los parlamentarios pueden asegurar que esos compromisos sean objeto de un seguimiento y que se informe de manera transparente de los avances al respecto. La participación de los gobiernos en iniciativas regionales como el Plan de Acción de Maputo y la Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África (CARMMA) han tenido como resultado el diseño de hojas de ruta regionales y nacionales. Los parlamentarios pueden pedir informes públicos sobre el avance en el cumplimiento de esos compromisos y hojas de ruta.*

**Considerar la posibilidad de establecer una comisión nacional sobre salud materna, neonatal e infantil que cuente con la participación de las diversas partes interesadas y que presente informes al parlamento**, si no existe aún. *Las comisiones que están integradas por múltiples interesados permiten aumentar la visibilidad de la cuestión de la salud materna e infantil y favorecer la contribución de numerosos actores. Los parlamentarios pueden desempeñar una función esencial para sensibilizar a la opinión pública sobre la necesidad de que exista una comisión de este tipo.*

**Exigir la transparencia en todos los gastos internos** –previstos y en curso– relativos al sector de la salud en el momento de presentación de las cuentas al parlamento en el marco de los presupuestos y planes nacionales. Propugnar dentro del parlamento –por medio de preguntas, mociones y otros procedimientos– que el gobierno haga un seguimiento de los recursos asignados a la salud materna e infantil. Asimismo, exigir la presentación de informes periódicos y transparentes sobre la utilización de la ayuda internacional destinada al sistema de salud.

**Ejercer la función de control parlamentario en las actividades que se realizan en las circunscripciones**, supervisando cómo se da cumplimiento en la práctica a los compromisos y las estrategias nacionales.

*Los parlamentarios pueden, por ejemplo, visitar hospitales de su circunscripción para verificar la disponibilidad de medicamentos esenciales y garantizar que los servicios obstétricos de emergencia y otros servicios prioritarios funcionan correctamente; también*

*pueden visitar las oficinas del registro civil para verificar que los datos relativos a la salud materna, neonatal e infantil están actualizados y que existe una conexión eficaz entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior.*

Los miembros de comisiones sobre salud materna, neonatal e infantil o de otras comisiones del sector social podrían adoptar las medidas que se mencionan a continuación.

**Verificar la importancia que se otorga a la salud materna, neonatal e infantil en las comisiones permanentes** y, en caso necesario, apoyar la creación de una comisión permanente de salud materna, neonatal e infantil.

*Garantizar la armonización de sus actividades con las de otras comisiones que se ocupen de la salud sexual y reproductiva. Contar con la participación de parlamentarios y personal del parlamento que hayan expresado interés por la cuestión y estén dispuestos a colaborar con energía e iniciativa.*

**Velar por que la estrategia nacional de salud** propicie el desarrollo de un sistema de salud sólido que otorgue una importancia central a la salud de la mujer y del niño y considere la salud materna, neonatal e infantil una prioridad por lo que respecta al liderazgo, la rendición de cuentas, el personal, la infraestructura, la financiación, las actividades basadas en la experiencia y los sistemas de seguimiento.

**Incluir los indicadores de salud materna, neonatal e infantil** en los planes de desarrollo nacional a medio plazo.

*Casi todos los países que están realizando avances en materia de salud materna, neonatal e infantil han puesto en marcha planes de reforma del sector de la salud. Preconizar la inclusión de indicadores de salud, en particular los 11 indicadores principales de la salud materna, neonatal e infantil a fin de darles mayor visibilidad en los presupuestos nacionales.*

**Promover la colaboración intersectorial** en las comisiones encargadas de la salud materna, neonatal e infantil y otras comisiones del sector social.

*Convencer a los demás sectores de la importancia de las actividades multisectoriales en favor de la salud materna, neonatal e infantil para luchar contra las causas fundamentales de las muertes maternas e infantiles. Asegurar que otros sectores, en particular los relativos a cuestiones como la educación y la protección social, a cuestiones de orden económico (la seguridad alimentaria, por ejemplo), y a cuestiones de orden comercial e industrial, adopten un enfoque coherente de la salud materna, neonatal e infantil y trabajen en pro de la realización de los objetivos nacionales en la materia.*

## Estudio de caso: Control activo de la salud de los niños por los parlamentarios vietnamitas

El Parlamento de Vietnam supervisa activamente la aplicación de la Ley de protección, cuidados y educación de los niños y la Ley de seguro nacional de salud. Los parlamentarios organizan reuniones a nivel central con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y otros Ministerios pertinentes y además realizan visitas periódicas sobre el terreno y organizan encuentros con los dirigentes provinciales y de los distritos, así como con miembros de las comunidades locales. Las conclusiones y recomendaciones en relación con esas visitas sobre el terreno son comunicadas al Ministerio de Salud, que tiene la obligación de informar al Parlamento del seguimiento que se dará a las recomendaciones.

Fuente: PMNCH/IPU, 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health* ([http://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/20100716\\_takingthelead.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20100716_takingthelead.pdf)).

Como representantes de su circunscripción, los parlamentarios pueden adoptar las medidas que se indican a continuación.

**Revisar el gasto en salud a nivel regional y de las circunscripciones** a fin de determinar si los fondos se han gastado eficazmente o si los gastos han sido manifiestamente excesivos o insuficientes.

*En colaboración con otros parlamentarios que se ocupan de la salud materna, neonatal e infantil y del control presupuestario, los representantes de las circunscripciones pueden promover presupuestos locales notablemente más eficaces, señalar las deficiencias y proponer soluciones relativas al gasto a nivel local.*

“ Dos funciones nacionales son esenciales para informar correctamente de las promesas y los compromisos contraídos en relación con la salud de las mujeres y los niños y para supervisar que estos se cumplen efectivamente. En primer lugar, un sistema racional de información sanitaria para reunir y notificar los datos. En segundo lugar, un mecanismo nacional encargado de examinar esos datos, medir los progresos realizados por el país, exigir responsabilidades a los encargados de adoptar decisiones ante los ciudadanos y la comunidad mundial, exigir responsabilidades a la comunidad mundial ante los países y concebir soluciones para eliminar los obstáculos y las dificultades existentes”.

—PMNCH, Grupo de Trabajo de Rendición de Cuentas con respecto a los Resultados: Proyecto de Documento final, 19 de abril de 2011, pág. 3.

## Votar asignaciones presupuestarias

---

El presupuesto es el instrumento de política más importante de un gobierno; sin dinero, el gobierno no puede poner en práctica ninguna política. Por consiguiente, la dotación presupuestaria es una de las vías principales a través de las cuales los parlamentarios pueden aplicar sobre el terreno buenas políticas en favor de la salud materna, neonatal e infantil.

Los procesos presupuestarios de los parlamentos varían de un país a otro y funcionan a diferentes niveles, del nivel nacional al local, según el grado y la extensión de la descentralización financiera. En los países que reciben amplia financiación de donantes para la salud materna, neonatal e infantil u otros componentes relativos a la salud, la armonización de los presupuestos sectoriales con los presupuestos nacionales es una cuestión esencial. En el mundo entero, los parlamentarios tienen la importante responsabilidad de velar por que los fondos se asignen lo más eficazmente posible donde más se necesiten. Todos los parlamentarios deben garantizar que la atención de la salud materna, neonatal e infantil reciba una financiación adecuada que permita intervenciones eficaces en función de los costos.

Los parlamentarios que trabajan en comisiones presupuestarias pueden adoptar las medidas que se indican a continuación.

**Recurrir a instrumentos de presupuestación que integren la dimensión de género**, con el fin de encontrar la manera más eficaz de financiar la salud materna, neonatal e infantil.

*La presupuestación sensible al género utiliza diversas herramientas y métodos en el proceso de elaboración del presupuesto a fin de evaluar las posibles diferencias y desigualdades del impacto de la asignación presupuestaria en hombres y mujeres o en diversos grupos de hombres y mujeres en razón de diferencias sociales o económicas<sup>22</sup>.*

**Garantizar que una parte suficiente del presupuesto nacional se asigne a la salud**, para que el país pueda emprender y mantener actividades más amplias destinadas al fortalecimiento del sistema de salud.

*Los gobiernos africanos signatarios de la Declaración de Abuja de 2001 se han comprometido a destinar al menos el 15% de su presupuesto nacional a la salud. En 2008-2009, bajo la dirección de la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet, Bolivia, Chile, Ecuador y Paraguay emprendieron en América Latina la campaña *Actuemos Ya por las mujeres y los**

---

<sup>22</sup> La UIP ha publicado un manual para parlamentarios sobre la presupuestación con perspectiva de género, Véase [www.ipu.org/PDF/publications/budget\\_en.pdf](http://www.ipu.org/PDF/publications/budget_en.pdf).

## Estudio de caso: Elaboración de presupuestos con una perspectiva de género para la salud reproductiva

La Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores del Paraguay quería saber cuánto dinero estaba asignando el Ministerio de Salud a la salud sexual y reproductiva, pero no podía establecerlo a partir del examen de las asignaciones presupuestarias existentes porque no incluían datos al respecto. La Comisión consiguió convencer al Ministerio de que introdujera una partida presupuestaria separada para la adquisición de anticonceptivos. Se hizo así. La Comisión constató que los donantes sufragaban el 100% del montante destinado a anticonceptivos y pudieron propugnar una mayor asignación presupuestaria del Gobierno para el gasto en anticonceptivos.

Inspirándose en los logros alcanzados a nivel nacional, el municipio de Asunción solicitó la ayuda del UNFPA para elaborar un presupuesto a nivel municipal con una perspectiva de género. Esta iniciativa tuvo como resultado un descenso de las tarifas aplicadas a los usuarios de las clínicas municipales por la atención anterior y posterior al parto de adolescentes embarazadas. El municipio aumentó también en un 300% los fondos asignados a sufragar los costos de la planificación familiar.

Fuente: [www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm](http://www.presupuestoygenero.net/s28/paginas/iniciativas.htm), citado en UNFPA/UNIFEM, 2006, Los presupuestos sensibles al género y los derechos reproductivos de la mujer: un paquete de recursos. ([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/gender\\_responsive\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/gender_responsive_spa.pdf)).

niños, con objeto de incrementar los recursos humanos e intercambiar experiencias para salvar las vidas de mujeres y niños, en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5<sup>23</sup>.

*Los parlamentarios pueden consultar las fichas de evaluación del presupuesto nacional destinado a la salud ([www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012\\_health\\_financing\\_scorecard.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012_health_financing_scorecard.pdf)) y determinar los cambios que es preciso introducir en los porcentajes de inversión y cuál es la inversión por habitante necesaria para mejorar la situación del sector de la salud.*

**Efectuar un seguimiento de las contribuciones de los donantes**, cuando éstas representan una parte importante del presupuesto nacional de la salud. Además, es preciso asegurar que la financiación se ha ajustado adecuadamente por medio de un enfoque sectorial, conforme al cual los recursos aportados por los donantes engrosan un presupuesto sectorial administrado por el Ministerio pertinente, en lugar de mediante programas independientes sobre cuestiones concretas, financiadas y gestionadas independientemente del sistema general de salud.

---

23 [www.who.int/pmnch/activities/DELIVER\\_NOW\\_LAC\\_BRIEFING\\_NOTE.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/DELIVER_NOW_LAC_BRIEFING_NOTE.pdf).

## Fichas de evaluación de los presupuestos: comprender los efectos de las inversiones en salud

Un estudio realizado en 2009-2010 sobre las asignaciones presupuestarias y las inversiones por habitante en salud de gobiernos africanos resulta es muy instructivo para los parlamentarios que se ocupan de tareas relacionadas con asignaciones presupuestarias y análisis del presupuesto:

- A nivel mundial, los países que registran una inversión pública por habitante más elevada en materia de atención de la salud han invertido en asegurar un mayor acceso a los medicamentos y una distribución más equitativa de los trabajadores sanitarios en el territorio nacional y han realizado mayores inversiones por habitante en la lucha contra las causas de los fallecimientos y las enfermedades (por ejemplo, falta de agua potable y servicios de saneamiento, alimentación, igualdad de género y educación), y sus ciudadanos tienen una esperanza de vida más alta. La parte del presupuesto nacional asignada a la salud debe ir acompañada de un aumento real de la inversión por habitante para que ello entrañe avances sostenibles.
- Los países que han cumplido el compromiso de consagrar el 15% de su presupuesto a gastos de salud pero que tienen una inversión por habitante en salud baja y una escasa inversión en determinantes sociales no van bien encaminados para realizar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Treinta y dos de los 53 Estados miembros de la Unión Africana (UA) invierten menos de 20 dólares por habitante en la atención de la salud, es decir, menos de la mitad del gasto mínimo recomendado por la OMS. Cuatro países han cumplido el compromiso del 15% de gasto sanitario.
- En los 33 Estados miembros de la UA que invierten solamente entre 2 y 37 dólares por habitante, poca o ninguna mejora sostenible de la salud es posible. La inversión debe representar al menos el 44% a lo largo de un mínimo de cinco años e incluir inversión en determinantes sociales.

Fuente: Africa Public Health Info. Health Financing Scorecard 2012. ([www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012\\_health\\_financing\\_scorecard.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2012_health_financing_scorecard.pdf)).

## Representar

Los parlamentarios desempeñan la importante función de **representar** las opiniones y las preocupaciones de los ciudadanos de sus circunscripciones en los parlamentos y de proporcionarles información sobre las cuestiones nacionales y parlamentarias. Para realizar esta función, los parlamentarios también deben saber qué opinan los ciudadanos de sus circunscripciones sobre la eficacia de las políticas gubernamentales.

La salud materna, neonatal e infantil es una cuestión que tiene repercusiones especialmente serias en los "sin voz"; las mujeres y los niños a menudo tienen que batallar para

hacer oír sus voces. Incluso quienes trabajan directamente en el ámbito de la salud materna, neonatal e infantil (enfermeras, comadronas, trabajadores de salud comunitarios) raramente tienen la oportunidad de exponer su opinión sobre los métodos que permiten preservar eficazmente la salud.

Los parlamentarios pueden mostrar la importancia crucial de la salud materna, neonatal e infantil para el desarrollo del país y el bienestar de los ciudadanos actuando directamente en sus circunscripciones y convirtiéndose en los portavoces de los ciudadanos a nivel nacional.

La sensibilización es otro aspecto indisoluble de la representación. En su calidad de **líderes de opinión y personas encargadas de adoptar decisiones**, los parlamentarios pueden movilizar el apoyo de sus conciudadanos en favor de unos servicios de salud de calidad que permitan reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Los parlamentarios pueden contribuir a mejorar la educación pública y aumentar la información de las mujeres sobre la salud, tanto dentro como fuera del parlamento.

Trabajando en colaboración con otros dirigentes administrativos, religiosos y de la comunidad local, los parlamentarios pueden desempeñar un papel esencial para demostrar a las mujeres, los niños, y toda la población de la comunidad que la salud materna, neonatal e infantil es una cuestión muy importante.

## Tomar la iniciativa

---

En su calidad de representantes de circunscripciones, los parlamentarios pueden adoptar las medidas que se indican a continuación.

**Plantear la cuestión de la salud materna, neonatal e infantil** cuando aborden otros problemas locales.

*Por ejemplo, las campañas de obras públicas de abastecimiento de agua potable y de saneamiento constituyen una buena ocasión para transmitir un mensaje claro sobre la importancia de adoptar un enfoque coordinado de todas las cuestiones relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil. Ocasiones similares se presentan cuando los parlamentarios toman medidas para promover la educación de las niñas, lo que constituye una estrategia eficaz para mejorar la salud materna, neonatal e infantil.*

**Estimular el debate** sobre lo que las familias, las comunidades locales, los servicios de salud y otros servicios pueden hacer para promover prácticas que protejan la vida

## Estudio de caso: Implicarse y propiciar el cambio

Con ocasión de la sesión anual de 2012 de la Conferencia de parlamentarias del Parlamento Panafricano se puso en marcha la campaña de urgencia contra el matrimonio de niños, que contó con el apoyo del Parlamento Panafricano, la Red parlamentaria africana para la salud pública y la Coalición de asociados para la salud materna, neonatal e infantil en África. El Presidente del Parlamento Panafricano, Bethel Amadi, destacó la importancia de la educación para empoderar a las niñas e instó a los parlamentarios a que apoyaran leyes que castiguen la no escolarización de los niños. El Parlamento Panafricano ha pedido a los parlamentarios que apoyen la campaña través de sus parlamentos regionales y nacionales.

Fuente: Primera sesión, Tercera legislatura, 8 a 19 de octubre de 2012. Informe sobre la Conferencia de mujeres del Parlamento Panafricano, 4 y 5 de octubre de 2012, Midrand, Johannesburgo (República de Sudáfrica).

Asia es el continente donde se registra el mayor número de matrimonio de niños. El Foro asiático de parlamentarios sobre población y desarrollo (AFPPD) ha asumido un importante papel de liderazgo en la lucha contra el matrimonio de niños. Recientemente, el Foro ha publicado un conjunto de documentos para informar sobre este problema y sus consecuencias, y propone a los parlamentarios posibles líneas de actuación que pueden compartir, debatir y examinar con funcionarios públicos de sus países respectivos.

Fuente: AFPPD/ICRW/AusAID/UNFPA (2012) *Child Marriage in Southern Asia: Policy Options for Action*. [www.afppd.org/files/1113/4992/7261/Child\\_Marriage.pdf](http://www.afppd.org/files/1113/4992/7261/Child_Marriage.pdf)

de las mujeres y los niños y cuestionen aquellas prácticas culturales o tradicionales que son perjudiciales para la salud o la alimentación de los más vulnerables, en particular las adolescentes, las mujeres y los niños.

**Visitar periódicamente los servicios de salud y los servicios de salud materna, neonatal e infantil**, incluidos los servicios no gubernamentales, y hablar con las mujeres, los niños y el personal de esos servicios sobre sus experiencias.

*Puede resultar útil tener en cuenta cuestiones de personal (el acceso a las comadronas, por ejemplo). Es importante solicitar las opiniones de los más excluidos de los servicios de salud, como las madres adolescentes o las mujeres que viven con el VIH y sus compañeros.*

**Informar a los electores** sobre los actos parlamentarios relacionados con la salud materna, neonatal e infantil para promover un verdadero diálogo sobre los procesos parlamentarios.

## Estudio de caso: Profundizar el diálogo con los ciudadanos y la sociedad civil

En Zambia, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años disminuyó considerablemente entre 2002 y 2007, pasando de 168 a 119 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos. El Parlamento de Zambia ha contribuido en gran medida a este avance al llamar la atención sobre la salud infantil mediante la creación de diversas comisiones encargadas de velar por la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como de un grupo parlamentario de mujeres, un grupo de niños y un foro de debate sobre cuestiones de demografía y salud reproductiva. Ciento cincuenta oficinas de circunscripciones dotadas de suficiente personal ayudan a los parlamentarios a representar mejor a los ciudadanos y a velar por que el marco jurídico refleje las prioridades del país en materia de salud materna, neonatal e infantil. Los parlamentarios de Zambia han ayudado a las organizaciones de la sociedad civil a hacerse oír en el Parlamento.

Fuente: PMNCH/IPU, 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health.*

En su calidad de líderes y movilizadores de la opinión pública, los parlamentarios pueden adoptar las medidas que se indican a continuación en sus circunscripciones y, de manera más amplia, a nivel local y nacional, e incluso internacional.

**Mostrar con el ejemplo.** Manifestar públicamente su compromiso personal adoptando buenas prácticas en materia de salud materna, neonatal e infantil. Puede tratarse de actos cívicos, como por ejemplo, aprovechar el primer día en que un niño asiste a clase en un centro preescolar para recordar a la familia la importancia de la enseñanza preescolar y los programas de desarrollo destinados a la primera infancia para la salud y el bienestar a largo plazo.

**Introducir soluciones innovadoras** para remediar los problemas de salud materna, neonatal e infantil a nivel de las circunscripciones; por ejemplo, preconizar la utilización de los teléfonos móviles para ayudar a controlar los problemas de salud, destacando las experiencias positivas a ese respecto en otros lugares.

**Movilizar y sensibilizar a la población** sobre los problemas de salud materna, neonatal e infantil a nivel de las circunscripciones y en manifestaciones públicas.

*Es importante en particular alentar la participación de las mujeres. A ese respecto, puede ser útil colaborar con grupos de la sociedad civil local que trabajan en el ámbito de la salud materna, neonatal e infantil o de la igualdad de género a fin de alentar una verdadera participación de las mujeres, incluidas las más jóvenes.*

## Esfuerzos conjuntos de mujeres parlamentarias para la promoción de la salud materna, neonatal e infantil

La Constitución posterior a 1994 de Rwanda dispone que el 30% como mínimo de los puestos de órganos decisorios, incluido el Parlamento, deben ser ocupados por mujeres. La tendencia se ha reforzado a lo largo de los años. En las elecciones de 2008, las mujeres obtuvieron el 51,9% de los escaños de la Cámara baja del parlamento rwandés, por lo que Rwanda se sitúa en el primer puesto mundial por lo que respecta a la representación política de la mujer.

En 1996, las parlamentarias de Rwanda crearon un Foro de parlamentarias de todos los partidos para trabajar juntas, con independencia de sus partidos, en cuestiones de interés común para las mujeres. En su primer año de existencia, el Foro se ha concentrado en la defensa de las mujeres rwandesas y el fortalecimiento de la capacidad de sus miembros. El Foro promueve procesos consultivos, tanto a nivel interno como externo, con los ciudadanos.

Fuente: Powley E. *Rwanda: The impact of women legislators on policy outcomes affecting children and families*. Documento de referencia citado en el Estado Mundial de la Infancia 2007. Nueva York: UNICEF.

En Camboya, las senadoras de todos los partidos políticos formaron un grupo parlamentario de mujeres con el objetivo de colaborar en cuestiones relativas a la infancia, en particular el problema de los niños que trabajan en los basureros. Las mujeres que ocupan escaños en la Asamblea Nacional, Cámara baja del Parlamento de Camboya, también han constituido un grupo parlamentario. Este grupo ha llegado a la conclusión de que, de todos los problemas a los que se enfrentan las mujeres camboyanas, la mortalidad materna es el más preocupante. Los dos grupos de mujeres –en el Senado y la Asamblea Nacional– planifican misiones conjuntas sobre el terreno y tratan de compartir información y de trabajar de manera complementaria para que las cuestiones relativas a la salud materna, neonatal e infantil sean una prioridad del programa político.

Fuente: PMNCH/IPU, 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health*.

*La colaboración con los medios de comunicación es esencial para asegurar que la información que difunden se basa en hechos, promueven los derechos y la atención de la salud de mujeres y niños y no recurren a historias sensacionalistas.*

## Actuar a nivel mundial

El trabajo de un parlamentario se refiere prioritariamente a sus funciones de legislación, control, presupuestación y representación al nivel al que ha sido elegido, nacional

o local. Sin embargo, también es muy importante que los parlamentarios hagan oír su voz en los procesos regionales y mundiales. Los parlamentarios pueden respaldar los esfuerzos desplegados a nivel mundial compartiendo sus experiencias y puntos de vista en plataformas internacionales en las que se examinan las cuestiones de la salud materna, neonatal e infantil. A ese respecto cabe señalar que muchas de las iniciativas relativas a la salud materna, neonatal e infantil mencionadas en el presente manual han sido preconizadas y alentadas por parlamentarios de África, Asia y América Latina.

Grupo de niños durante una actuación en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York en apoyo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. © Fotografía ONU/Eskinder Debebe



# EVERY WOMAN EVERY CHILD

Global Strategy for  
Women's and Children's Health

September 20, 2011

## Estudio de caso: Un proyecto de ley sobre vacunación presentado por un parlamentario ugandés da lugar a la adopción de medidas a escala regional

En noviembre de 2012, tras la presentación de un proyecto de ley por un parlamentario, la Cámara del Parlamento de Uganda aprobó la redacción, la publicación en el Boletín Oficial de Uganda y la presentación en primera lectura de un texto legislativo sobre vacunación. La semana siguiente a la aprobación de ese texto, tres miembros del Parlamento, en representación del Foro parlamentario ugandés sobre vacunación, se reunieron con otros parlamentarios de la región con ocasión de la Asamblea Legislativa del África Oriental y propusieron que se aprobara un proyecto de ley similar a escala regional. La Comisión de Asuntos Generales de la Asamblea ha dado su acuerdo para la elaboración de un proyecto de texto legislativo regional sobre la vacunación. Los compromisos regionales de este tipo tienen un carácter estratégico. Los países miembros deben aplicar automáticamente las leyes aprobadas por la Asamblea Legislativa del África Oriental. La ley ugandesa establecerá normas y estándares técnicos precisos y exhaustivos, definirá claramente las fuentes de financiación, preverá sanciones si no se vacuna a los niños y establecerá las funciones y responsabilidades de todas las partes interesadas. La acción legislativa parlamentaria a nivel regional en favor de la vacunación es particularmente importante en razón de la propagación transfronteriza de enfermedades para las cuales existe una vacuna y de los grandes desplazamientos de servicios y personas dentro de la comunidad del África Oriental.

Fuente: Sabin Institute, 2012, Summary Digest: Sustainable Immunization Financing, Vol. 4, N° 2, junio de 2012. [www.sabin.org/sif-library#Volume%204](http://www.sabin.org/sif-library#Volume%204).

Asimismo, la organización de campañas y actos parlamentarios a nivel mundial puede impulsar los avances a escala nacional. En 2010, la Sexta Reunión Anual de Mujeres Presidentas de Parlamento, que se celebró en el Parlamento de Suiza y contó con la participación de la UIP, concluyó con la adopción de la Declaración de Berna. Esta declaración plasma la voluntad política de los parlamentarios en materia de salud materna e infantil y hace un llamamiento a la acción de los parlamentarios de todo el mundo. Bajo los auspicios de la Tercera Comisión Permanente de la UIP, los parlamentarios han respondido a dicho llamamiento mediante la adopción, en la 126ª Asamblea de la UIP celebrada en Kampala en 2012, de la resolución titulada: “El acceso a la salud, un derecho fundamental: ¿Cuál es el rol que los parlamentos pueden desempeñar para garantizar la salud a las mujeres y a los niños?”. Esta resolución ha comenzado ya a tener efectos catalizadores en la acción parlamentaria a nivel nacional.

## 4. La importancia de estar bien informado

“ Puede ser muy útil para los parlamentarios disponer de los datos más recientes sobre la salud materna, neonatal e infantil de todo el mundo. Estar informados de las opciones que se les presentan cuando examinan leyes y elaboran su contenido puede favorecer una mejor política pública y ayudar a los parlamentarios a convencer a los escépticos del valor de una iniciativa legislativa”.

—PMNCH/IPU. 2010. *Taking the lead: Parliamentarians engage with maternal, newborn and child health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (que acoge la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño).

### La importancia de estar bien informado

---

Los parlamentarios deben tener acceso oportuno a información exacta sobre la salud para poder aportar una contribución útil a la salud materna, neonatal e infantil. El personal parlamentario, en particular quienes trabajan en comisiones parlamentarias, tienen un importante papel que desempeñar a este respecto. El personal parlamentario puede:

- tomar nota de cuándo se recopilan y difunden los datos relativos a la salud;
- asegurar que los datos son estudiados por personas que tienen un buen conocimiento de los elementos esenciales de las intervenciones en materia de salud materna, neonatal e infantil y pueden proporcionar un resumen de las implicaciones técnicas de los resultados y de la responsabilidad por esos resultados;
- difundir esas informaciones a los interlocutores clave: a los parlamentarios que se ocupan de la cuestión, a los miembros de grupos y comisiones de control parlamentario y a grupos de interés que, como los parlamentarios, trabajan en favor de la salud materna, neonatal e infantil;
- apoyar la recopilación de datos para reforzar el trabajo de sensibilización sobre los aspectos prioritarios de la salud materna, neonatal e infantil; preguntar a los asociados de las Naciones Unidas y de la sociedad civil si elaboran fichas de evaluación, similares a las del UNFPA, sobre salud reproductiva de los adolescentes<sup>24</sup>.

---

24 [africa.unfpa.org/webdav/site/africa/users/Lbarnes/public/2012%20RSH%20Scorecard\\_Highlighting%20Youth\\_Adolescent%20Health\\_Child%20Marriage\\_Educ\\_MM\\_HIV.pdf](http://africa.unfpa.org/webdav/site/africa/users/Lbarnes/public/2012%20RSH%20Scorecard_Highlighting%20Youth_Adolescent%20Health_Child%20Marriage_Educ_MM_HIV.pdf).

## Comprender los datos sobre salud materna, neonatal e infantil

Para asegurar un control parlamentario eficaz de la salud materna, neonatal e infantil, los parlamentarios deben comprender la manera de recopilar y tratar los datos. Ese conocimiento es indispensable para rendir cuentas sobre los compromisos adquiridos con las mujeres, los recién nacidos y los niños.

Las cifras sobre mortalidad materna, por ejemplo, son esenciales para el seguimiento de los progresos realizados, pero con frecuencia no se recopilan. Entre las medidas fundamentales que contribuyen a mejorar la calidad de los datos sobre mortalidad materna cabe mencionar las siguientes:

- alentar la realización de un programa armonizado de encuestas de hogares para reunir los principales datos relativos a la salud materna, neonatal e infantil. Tal vez sea preciso prever una asignación presupuestaria, buscar un donante dispuesto a invertir en la realización de encuestas periódicas y asegurar la participación de expertos técnicos encargados de verificar la fiabilidad de los datos;
- invertir en sistemas de registro del estado civil y sistemas de información ordinarios. Las auditorías sobre mortalidad materna son un medio para conocer las causas de los fallecimientos;
- evaluar las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar la recopilación de datos;
- asignar recursos a los sistemas de información sobre la gestión y a las unidades de evaluación del Ministerio de Salud.

## Obtener información local y determinar las necesidades

**Examinar los datos** relativos al estado de la salud materna, neonatal e infantil en el país a fin de identificar las medidas que es preciso adoptar con carácter prioritario. *Sobre la base de las necesidades y prioridades establecidas, una segunda evaluación permitirá explorar las posibilidades de actuación de los parlamentarios en favor de la salud materna, neonatal e infantil y, en particular, determinar los ámbitos en los que los parlamentarios tendrán necesidad de refuerzo o de capacidades suplementarias para aumentar su eficacia como legisladores, defensores y controladores de las políticas y programas relativos a la salud materna, neonatal e infantil.* La evaluación de las necesidades debe comprender entrevistas con las principales partes interesadas y el análisis de planes, presupuestos, informes de auditorías y documentos médicos.

## Fuentes de información y apoyo técnico

Los parlamentarios pueden establecer una red de asociados que les proporcione la información que necesitan para tomar medidas eficaces en materia de salud materna, neonatal e infantil. Entre esos asociados pueden figurar, por ejemplo, instituciones locales que se ocupan de la recopilación de datos, instituciones académicas y de investigación, ONG, organismos gubernamentales, organizaciones internacionales de desarrollo y organismos donantes. El presente Manual ofrece una visión general de los principales organismos internacionales en los que los parlamentarios pueden obtener información sobre la salud materna, neonatal e infantil.

**La Unión Interparlamentaria** ([www.ipu.org](http://www.ipu.org)) es una instancia de coordinación del diálogo mundial entre los parlamentos y de promoción de la democracia representativa. Desde hace más de 120 años la UIP trabaja para asegurar a los parlamentos un lugar en la escena mundial y los medios necesarios para cumplir su mandato. Presta apoyo a los parlamentos en el ámbito del desarrollo y, por tanto, en el de la salud materna, neonatal e infantil. Su resolución sobre la función de los parlamentos para

### Caso práctico: Evaluación rápida del Parlamento de Kenya

El Parlamento de Kenya realizó, con el apoyo de la UIP, una evaluación rápida del contexto jurídico en materia de salud materna, neonatal e infantil. Examinó la legislación relacionada directamente con la prestación de servicios de salud y determinantes sociales tales como la educación, el género y el empleo, entre otros. El informe de evaluación ofrece un resumen claro de las disposiciones de las leyes y políticas en vigor y de su desfase con respecto a las buenas prácticas internacionales; aborda también la manera en que el marco político y los instrumentos jurídicos son aplicados en la práctica. El informe se centra, en particular, en las medidas que los parlamentarios y otros actores deben adoptar para hacer progresar los resultados en materia de salud materna, neonatal e infantil.

Asimismo, el informe especifica las principales deficiencias y contradicciones de las políticas actuales, las modificaciones que habría que introducir y los ámbitos que requieren una mayor atención porque la política o la ley no se han elaborado de manera abierta y participativa. En las recomendaciones del informe se ofrece una orientación clara a los parlamentarios para ayudarlos a comprender mejor el papel que desempeñan en la promoción de la salud materna, neonatal e infantil y a establecer prioridades políticas y jurídicas esenciales.

Fuente: Unión Interparlamentaria (2012) *Rapid Assessment of Kenya's Legal Framework for Maternal, Newborn and Child Health: Executive Summary*, octubre de 2012.

asegurar la atención de la salud de las mujeres y los niños superando los obstáculos existentes es un llamamiento en favor de la movilización de todos los parlamentos.

**El Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA** ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)) presta apoyo técnico a los gobiernos en la esfera de la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y los adolescentes. De hecho, el UNFPA respalda los esfuerzos de los parlamentos de numerosos países en relación con cuestiones relativas a la población y el desarrollo, en particular la salud materna. Asimismo, el UNFPA presenta numerosas publicaciones e informaciones actualizadas en su sitio web. Coordina la Campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en África (CARMMA) ([www.au.int/pages/carmma/maputo](http://www.au.int/pages/carmma/maputo)).

**La Organización Mundial de la Salud – OMS** ([www.who.int](http://www.who.int)) presta asistencia técnica para el reforzamiento de los sistemas sanitarios y de la salud materna y neonatal. La OMS coordina la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño ([www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org)) y la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño ([www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission](http://www.everywomaneverychild.org/resources/accountability-commission)). Proporciona información y ayuda técnica sobre la salud a nivel mundial, regional y nacional.

**La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño – PMNCH** ([www.who.int/pmnch](http://www.who.int/pmnch)) es una alianza de más de 450 miembros que colaboran entre sí para asegurar la buena salud y el pleno desarrollo de todas las mujeres, los recién nacidos y los niños. La Alianza dispone de toda una serie de recursos y de informaciones simples y accesibles sobre la salud materna, neonatal e infantil (véase el capítulo siguiente).

**El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF** ([www.unicef.org](http://www.unicef.org)) es el organismo de las Naciones Unidas encargado de la salud de los niños, en particular de la salud preventiva, incluida la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo y del tratamiento pediátrico del sida. El UNICEF dirige la campaña “Llamamiento a la acción para la supervivencia del niño” ([http://www.unicef.org/childsurvival/index\\_62639.html](http://www.unicef.org/childsurvival/index_62639.html)) y la iniciativa conexas “Una promesa renovada” ([www.apromiserenewed.org/](http://www.apromiserenewed.org/)).

**ONU Mujeres** ([www.unwomen.org](http://www.unwomen.org)) es el organismo de coordinación de las Naciones Unidas que trabaja en defensa de los derechos de las mujeres y organiza campañas contra la violencia social y programas relativos a la cuestión del género.

**ONUSIDA** ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)) es el organismo de las Naciones Unidas encargado de la coordinación de acciones sobre el VIH y el sida. El ONUSIDA ha elaborado un gran número de documentos informativos y estudios políticos que abordan la relación entre la salud materna, neonatal e infantil y el VIH, y ha contribuido al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Los **donantes bilaterales** disponen de conocimientos técnicos de los países a los que destinan fondos. También puede haber redes de parlamentarios de los países donantes que pueden crear alianzas para llevar a cabo diversas actividades.

**La White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (Alianza Cinta Blanca para una Maternidad sin Riesgos)** ([www.whiteribbonalliance.org](http://www.whiteribbonalliance.org)) es una red mundial coordinada por grupos locales de la sociedad civil. Organiza campañas para obtener recursos y reclamar la adopción de políticas adecuadas que permitan evitar pérdidas innecesarias de vidas de mujeres. De su coordinación se encargan sobre todo grupos de la sociedad civil local. Los organizadores locales tratan de trabajar en estrecha colaboración con los parlamentarios.

Diversas ONG internacionales desempeñan un papel importante en la elaboración de políticas y programas en la esfera de la salud materna, neonatal e infantil y envían a los países representantes con gran experiencia en mortalidad materna e infantil. Cabe citar en particular la campaña “*Child Health Now*” de *World Vision International* (<http://beta.wvi.org/health>), la campaña “*Every One*” para la supervivencia de la madre y el recién nacido de *Save the Children* (<http://www.savethechildren.net/what-we-do/every-one-campaign>) y la campaña “*Because I am a Girl*” de Plan International (<http://plan-international.org/girls/>). Existen muchas otras campañas en relación con la salud materna e infantil de las que puede encontrarse información a nivel local.

## Qué hacer para actualizar los conocimientos

**Consultar regularmente los sitios web internacionales** para estar informados de los acontecimientos más recientes. Entre los principales sitios web se encuentran los siguientes:

- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño:  
[www.everywomaneverychild.org](http://www.everywomaneverychild.org) (en inglés);
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño:  
[www.who.int/pmnch/es/](http://www.who.int/pmnch/es/);
- *Countdown to 2015* (Cuenta regresiva para 2015):  
[www.countdown2015mnch.org/](http://www.countdown2015mnch.org/) (en inglés);
- *Committing to Child Survival: A Promise Renewed* (El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada) (en inglés):  
[www.apromiserenewed.org/Dashboard.html](http://www.apromiserenewed.org/Dashboard.html).

**Verificar que los datos relativos a su país** estén disponibles para poder establecer comparaciones entre países.

Los datos de la Organización Mundial de la Salud relativos a las cuentas nacionales de salud comprenden una base de datos mundial de los gastos en salud (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=2>) y la evolución en el tiempo de los datos de las cuentas de salud por países ([www.who.int/nha/country/en/](http://www.who.int/nha/country/en/)), con enlaces a datos más detallados sobre la salud por países (<http://apps.who.int/ghodata/>).

## Anexos

### Anexo 1: Datos nacionales relativos a la salud materna, neonatal e infantil

---

El 95% de los fallecimientos maternos e infantiles se producen en los 75 países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015. Los datos básicos de esos países están disponibles en las tres fuentes principales siguientes:

- Perfiles de salud materna, neonatal e infantil por países publicados por la Organización Mundial de la Salud (en inglés):  
[www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/countries/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/countries/en/index.html);
- Perfiles por países de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 (en inglés):  
[www.countdown2015mnch.org/country-profiles/](http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/);
- Cuadros estadísticos del UNICEF: Estado Mundial de la Infancia 2012:  
<http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/>).

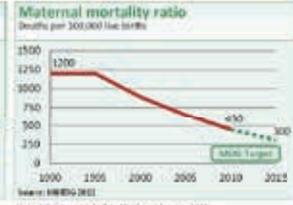
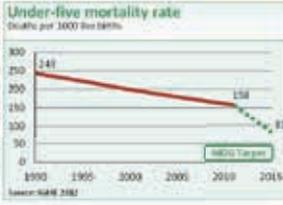
#### Datos específicos por países – medición de los avances

Cuenta regresiva para 2015 muestra los niveles de cobertura de las medidas sanitarias que han contribuido a reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Los datos, presentados de forma clara, incluyen determinados aspectos demográficos, las tasas de cobertura de las medidas prioritarias de los cuidados sanitarios dispensados, e indicadores que miden la equidad, el apoyo político, los recursos humanos y las aportaciones financieras. Además, se incluye una guía que explica la manera de utilizar e interpretar esos datos. La captura de pantalla que figura a continuación es un ejemplo de información específica sobre un país.

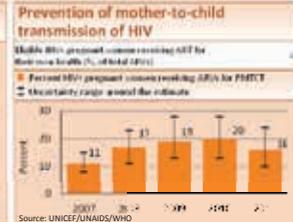
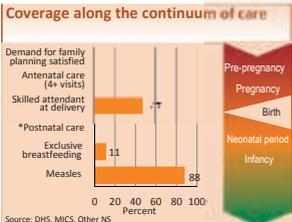


DEMOGRAPHICS

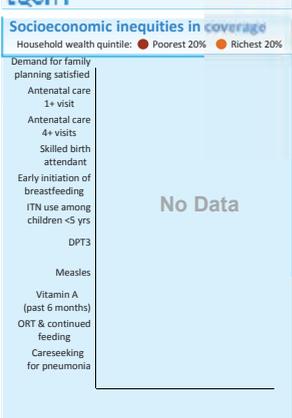
Size of population (000)	20,619	1994
Total under-five population (000)	3,392	1994
Births (000)	894	1994
QDR registration (%)	29	1994
Total under-five deaths (000)	220	1994
Neonatal deaths (% of all under-5 deaths)	29	1994
Neonatal mortality rate (per 1000 live births)	42	1994
Infant mortality rate (per 1000 live births)	56	1994
Morbidity rate (per 1000 total births)	26	2009
Total neonatal deaths	3,000	1994
Under-five population (000) - 2011	3,392	2011
Under-five population (000) - 2005	3,400	2005



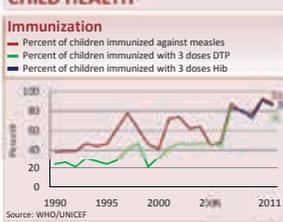
MATERNAL AND NEWBORN HEALTH



EQUITY



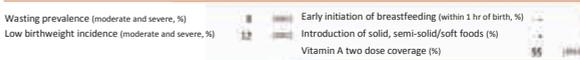
CHILD HEALTH



Coverage levels are shown for the poorest 20% (red circles) and the richest 20% (orange circles). The longer the line between the two groups, the greater the inequality. These estimates may differ from other charts due to differences in data sources.

Developed by Countdown to report on core indicators identified by the UN Commission on Information and Accountability, in support of the Global Strategy for Women's and Children's Health

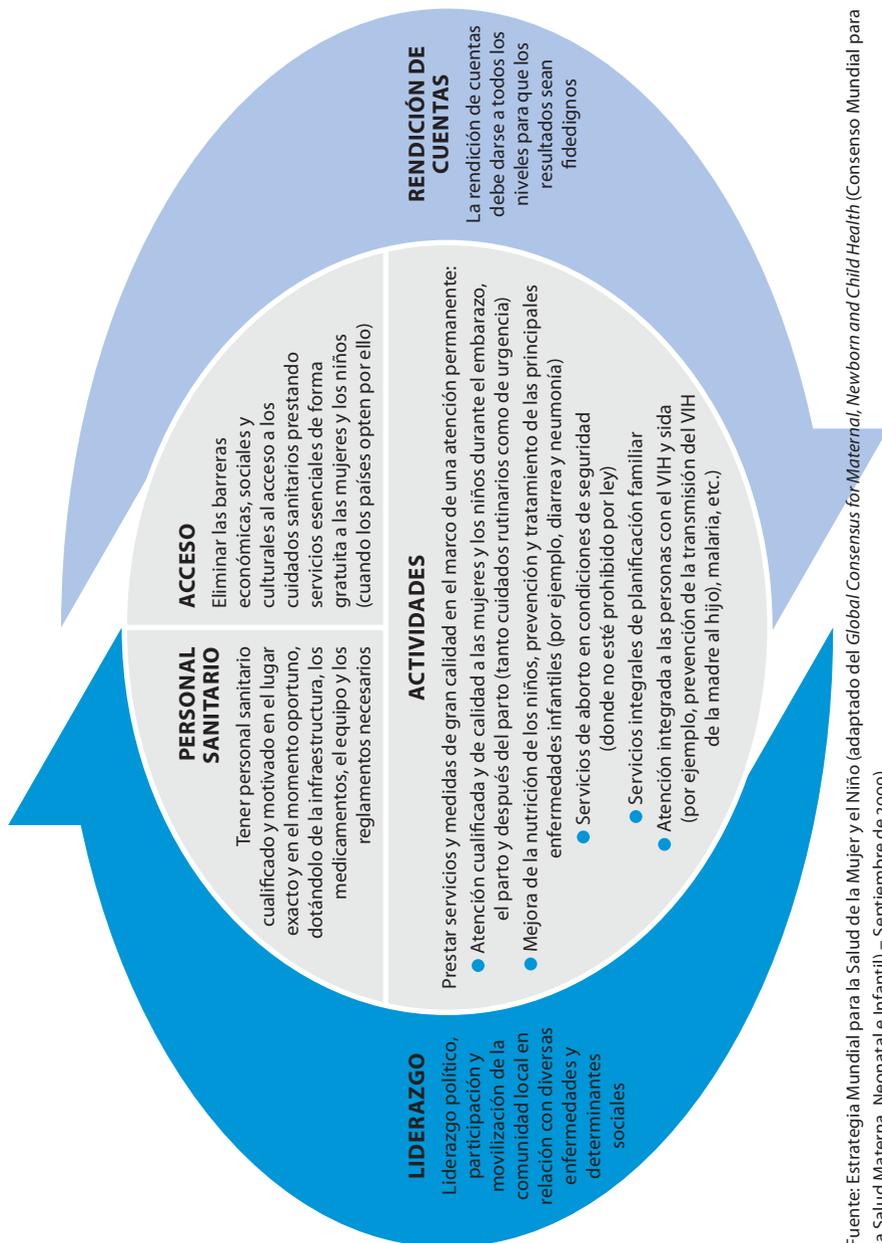
NUTRITION



Note: Based on 2006 WHO reference population

El informe Cuenta regresiva para 2015 y los perfiles por países están solamente en inglés.

## Anexo 2: Marco de acción coordinada para mejorar la salud materna e infantil



Fuente: Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (adaptado del *Global Consensus for Maternal, Newborn and Child Health* (Consenso Mundial para la Salud Materna, Neonatal e Infantil) – Septiembre de 2009).

## Anexo 3: Bibliografía comentada

---

Las fuentes que se presentan a continuación ofrecen información detallada sobre las cuestiones que se abordan en el presente manual.

### **Foro asiático de parlamentarios sobre población y desarrollo, 2010. *Maternal Health: An Advocacy Guide for Parliamentarians*** (en inglés)

Manual práctico que ofrece ejemplos de buenas prácticas de parlamentarios de Asia que luchan contra las enfermedades y la mortalidad materna en cumplimiento de sus funciones representativas, legislativas, de control, de sensibilización y de rendición de cuentas. Se destaca, en particular, la importancia de luchar contra la desigualdad de género y en materia de salud.

### **Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, 2011. *Keeping Promises, Measuring Results*** (en inglés)

En este informe se resumen los principales elementos de la rendición de cuentas, se enumeran los mecanismos utilizados en el mundo a ese respecto y se presentan estudios de casos y buenas prácticas. Se señalan las deficiencias de los mecanismos internacionales, y se indica que actualmente no existen datos de la existencia de mecanismos a nivel mundial sobre la rendición de cuentas de las ONG en materia de salud materna, neonatal e infantil. (En el anexo 2 figuran las principales recomendaciones de la Comisión). La Comisión publicará próximamente su plan de trabajo, que podrá consultarse en su sitio web.

### **Grupo de Examen de Expertos Independientes (iERG), 2012. *Todas las mujeres, todos los niños: del compromiso a la acción***

Este informe, el primero de una serie de cuatro informes anuales que el iERG realizará de aquí a 2015 (dentro del plazo del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio), se resumen los avances logrados en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de las Naciones Unidas, así como las recomendaciones de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño.

### **Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. *Knowledge summaries (Resumen de conocimientos)*** (en inglés)

Las fichas de resumen de conocimientos (*Knowledge summaries*) publicadas por la Alianza, breves y de fácil manejo, sintetizan las informaciones más recientes sobre la materia. Están destinadas, entre otros, a responsables políticos, juristas y jefes de pro-

gramas. Ofrecen un resumen sucinto de los datos científicos más recientes, orientaciones técnicas, documentos de políticas y experiencias prácticas sobre el terreno. Todas las fichas son revisadas por homólogos. Periódicamente se publican nuevas fichas en la página web de la Alianza.

La lista completa de las fichas de resumen de conocimientos puede consultarse en la dirección <http://portal.pmnch.org/knowledge-summaries>. Todas están en inglés. Dos de ellas, las números 16 y 22 están también en francés. Los títulos de las fichas son los siguientes:

- *Knowledge summary 1: Understand the burden*
- *Knowledge summary 2: Enable the continuum of care*
- *Knowledge summary 3: Cost and fund RMNCH programmes*
- *Knowledge summary 4: Prioritize proven interventions*
- *Knowledge summary 5: Provide essential commodities*
- *Knowledge summary 6: Support the workforce*
- *Knowledge summary 7: Assure quality care*
- *Knowledge summary 8: Strive for universal access*
- *Knowledge summary 9: Address inequities*
- *Knowledge summary 10: Foster innovation*
- *Knowledge summary 11: Engage across sectors*
- *Knowledge summary 12: Deliver on promises*
- *Knowledge summary 13: Make stillbirths count*
- *Knowledge summary 14: Save lives: Invest in midwives*
- *Knowledge summary 15: Non-communicable diseases*
- *Knowledge summary 16: Parliamentarians*
- *Knowledge summary 17: Civil registration and vital statistics*
- *Knowledge summary 18: Nutrition*
- *Knowledge summary 19: Food security and climate change*
- *Knowledge summary 20: Access to family planning*
- *Knowledge summary 21: Strengthen national financing*
- *Knowledge summary 22: Reaching child brides*
- *Knowledge summary 23: Human rights and accountability*

- *Knowledge summary 24: Economic benefits of investing in women's and children's health*
- *Knowledge summary 25: Integrating immunization and other services for women and children*
- *Knowledge summary 26: Engaging men and boys in RMNCH*

**PMNCH/UIP, 2010. *Taking the Lead: Parliamentarians Engage with Maternal, Newborn and Child Health*** (en inglés)

Esta breve publicación presenta un resumen de las actividades principales que pueden llevar a cabo los parlamentarios en la esfera de la salud materna, neonatal e infantil y presenta exámenes de casos y ejemplos de medidas adoptadas por estos.

**PMNCH, 2010. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño***

En esta publicación se describen los principios básicos de la estrategia, que se basa en medidas aplicadas que han funcionado. Está disponible en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso.

**PMNCH, 2012. *Investing in Maternal, Newborn and Child Health – The Case for Asia and the Pacific*** (en inglés)

**Save the Children, 2013. *State of the World's Mothers 2013. Surviving the First Day*** (en inglés)

En este informe se examinan los datos de 186 países y se determina en cuáles de ellos los recién nacidos tienen un mayor riesgo de morir el día del parto. Se proponen cuatro soluciones de bajo coste para salvar vidas. Además, se presenta el índice anual sobre la maternidad que establece una clasificación de 176 países en función del grado de dificultades y problemas a los que se enfrentan las madres.

**UNFPA. *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes***

El UNFPA dispone de una amplia gama de recursos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes centrada en este grupo vulnerable que requiere un apoyo prioritario en materia de salud materna, neonatal e infantil. El sitio web presenta fichas de información y datos por países.

**UNFPA, 2011. *El estado de las parteras en el mundo***

Este informe presenta un panorama de la función que las comadronas desempeñan en la promoción de la salud de las madres, los recién nacidos y los niños. Incluye un informe completo y detallado sobre la importancia de las comadronas, así como datos y estadísticas detalladas por países y breves reseñas sobre la importancia de invertir en esta profesión.

**UNICEF, 2012. *El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada. Informe sobre los progresos 2012***

En esta publicación se hace un llamamiento en favor de la salud de los niños, y se presenta información exhaustiva sobre las causas de la mortalidad infantil y las medidas que podrían adoptarse para promover la salud de los niños, además de datos detallados por países.

**Organización Mundial de la Salud, 2002. *25 Preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos***

En esta breve publicación se presenta un resumen de los principales argumentos en materia de salud materna, neonatal e infantil.

**Organización Mundial de la Salud, 2010. *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño***

Es un breve resumen de los principales componentes de un eficaz programa de promoción de la salud materna, neonatal e infantil. Los gobiernos de los países se han comprometido a aplicar esta estrategia.

**Organización Mundial de la Salud, 2010. *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health* (en inglés)**

En esta publicación se presenta un resumen de las principales medidas y de los índices más importantes (véase la ficha analítica nº 3), junto con consejos detallados para reforzar los sistemas de salud. Asimismo, se enumeran las principales fuentes de información para la puesta en práctica de las medidas esenciales.

**Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 2012. *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival: Building a Future for Women and Children – Informe de 2012* (en inglés)**

La iniciativa “Cuenta regresiva para 2015” es un movimiento mundial que registra, alienta y apoya los esfuerzos de los países para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud. El informe examina los niveles de cobertura y las tendencias en materia de aplicación de medidas, analiza el grado de equidad de la cobertura en función de los diferentes grupos de la población y de los países en los que se aplica la Iniciativa, y utiliza esos datos para juzgar los progresos alcanzados por los países y los asociados internacionales en el ámbito de la salud reproductiva y la salud materna, neonatal e infantil.

# Fichas de resumen

Las fichas de resumen que se presentan a continuación proponen mensajes clave que pueden servir de recordatorio de información a los parlamentarios y el personal de los parlamentos y de base para campañas de sensibilización. Se proporcionan las fuentes de los datos para facilitar la actualización de las informaciones cuando sea necesario.

## Ficha 1: Salud materna, neonatal e infantil – mensajes clave<sup>25</sup>

---

### Avances logrados . . .

- La mortalidad materna ha descendido de manera espectacular; el número de fallecimientos anuales bajó de 543.000 en 1990 a 287.000 en 2010.
- El número de fallecimientos de niños menores de cinco años en todo el mundo descendió de 12 millones en 1990 a 7,6 millones en 2010.

### que no son suficientes . . .

- Sólo 9 de los países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 están en vías de lograr el ODM 5; otros 25 países registraron progresos insuficientes o nulos.
- La probabilidad de muerte por motivos relacionados con el embarazo es 100 más elevado para una mujer africana que para una mujer de un país desarrollado.
- Solo 23 de los países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 van por el buen camino para alcanzar el ODM 4; otros 13 han registrado pocos o nulos avances.
- La neumonía y la diarrea siguen provocando más de dos millones de muertes al año que podrían evitarse mediante la adopción de medidas preventivas y la aplicación de un tratamiento oportuno.
- El 40% de los fallecimientos de niños se produce durante el primer mes de vida.
- Más del 10% de los recién nacidos son prematuros, una cifra que está aumentando, y las complicaciones debidas a un nacimiento prematuro son la causa principal de muertes neonatales y la segunda de las muertes infantiles.

---

<sup>25</sup> Organización Mundial de la Salud y UNICEF. 2012. *Countdown to 2015: Maternal, newborn and child survival: Building a future for women and children – Informe de 2012.*

- La desnutrición es un factor que provoca más de un tercio de las muertes infantiles y al menos la quinta parte de las muertes maternas.
- En la mayoría de los países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015, más de un tercio de los niños presentan retraso en el crecimiento; el retraso en el crecimiento es un problema que afecta en mucha mayor medida a los niños pobres.

### Son necesarios el compromiso político y un sistema nacional de salud sólido

- La existencia de un firme compromiso político y la asignación de recursos financieros han permitido incrementar el nivel de cobertura de la vacunación en un promedio de más del 80% y lograr rápidos avances en la distribución de mosquiteros impregnados con insecticida.
- Las intervenciones que requieren un sistema de salud sólido, como atención calificada en el parto, por ejemplo, registran un avance más lento y menos homogéneo.
- Para incrementar la cobertura de la atención sanitaria, el volumen de los servicios dispensados debe aumentar a un ritmo más rápido que el de la población.
- La financiación nacional de la salud es un factor esencial; sin embargo, 40 países en los que se aplica la iniciativa Cuenta regresiva para 2015 destinan menos del 10% del gasto público al sector de la salud.

### La mejora de la salud para todos implica la reducción de las desigualdades de la cobertura sanitaria

- Las necesidades son más imperiosas en las zonas rurales.
- A nivel mundial, la población pobre tiene un menor acceso a los servicios de salud que la población rica.

### Todas las partes interesadas deben:

- promover una financiación suficiente de la salud reproductiva y de la salud materna, neonatal e infantil;
- llevar a cabo investigaciones para identificar las intervenciones más efectivas y las estrategias innovadoras para la prestación de los servicios;
- respaldar los esfuerzos de los países para poner en práctica estrategias innovadoras que permitan incrementar el acceso de todos a una atención sanitaria rápida y de gran calidad.

### Juntos podemos:

- exigir la rendición de cuentas y actuar con responsabilidad;
- construir un futuro mejor para millones de mujeres y niños.

## Ficha 2: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud materna, neonatal e infantil

---

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas suscribieron los ODM en el año 2000.

### **Dos ODM conciernen directamente a la salud de las mujeres y los niños**

- El ODM 4 prevé la reducción en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, de la mortalidad de los niños menores de cinco años.
- El ODM 5 prevé la reducción en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, de la mortalidad materna.

### **La consecución de otros cuatro ODM contribuye a mejorar la salud materna, neonatal e infantil**

- El ODM 1 prevé la erradicación de la pobreza extrema y del hambre, reduciendo a la mitad la proporción de personas que sufren hambre y que tienen ingresos inferiores a 1 dólar por día.
- Las tasas de mortalidad materna e infantil continuarán siendo elevadas mientras siga habiendo mujeres y niños pobres y malnutridos.
- Los ODM 2 y 3 prevén que se logre la enseñanza primaria universal y se eliminen las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza a más tardar en 2015.

*Asegurar la educación de las niñas durante al menos seis años mejora de forma espectacular y sistemática las tasas de atención prenatal y postnatal, así como las de supervivencia infantil. Las niñas que han recibido educación tienen una mayor autoestima, están menos expuestas a los riesgos de la infección por el VIH y a los actos de violencia o de explotación, y tienen mayor tendencia a difundir buenas prácticas de salud e higiene a sus familias y comunidades. Además, una madre instruida envía más fácilmente a sus hijos a la escuela<sup>26</sup>.*

- El ODM 6 prevé haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

*Frenar las muertes debidas al VIH/SIDA y la malaria entrañaría una mejora significativa de la salud materna, neonatal e infantil y contribuiría a reducir los problemas de salud y nutrición debidos al VIH y la malaria tanto en la madre como en el niño.*

---

<sup>26</sup> UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2004: Salud materna*. [http://www.unicef.org/spanish/sowco4/sowco4\\_contents.html](http://www.unicef.org/spanish/sowco4/sowco4_contents.html) Consultado el 11 de octubre de 2012.

## Ficha 3: Principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil<sup>27</sup>

### A. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Planificación familiar

La planificación familiar permite a las mujeres decidir, junto con su pareja, el momento del embarazo. Permite reducir en casi un tercio (32%) el número de muertes maternas y el 10% de los fallecimientos de recién nacidos y niños. Los preservativos, que son una opción de planificación familiar, pueden evitar hasta el 80% de las infecciones por el VIH si se usan correcta y sistemáticamente.

#### Indicadores

Necesidades de anticonceptivos satisfechas (proporción de mujeres de entre 15 y 49 años casadas o en pareja y cuyas necesidades de planificación familiar están cubiertas, es decir, que no desean tener más hijos o quieren esperar al menos dos años antes de tener otro hijo y utilizan algún método anticonceptivo).

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO/COMUNIDAD LOCAL	<ul style="list-style-type: none"><li>● Educación sanitaria para mujeres, familias y comunidades locales.</li><li>● Sensibilización general de todos los miembros la comunidad.</li><li>● Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los grupos prioritarios (adolescentes, por ejemplo).</li><li>● Vigilancia de los signos de violencia doméstica y sexual y remisión del caso a servicios especializados.</li></ul>
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	Todo lo que precede y además: <ul style="list-style-type: none"><li>● asesoramiento sobre todos los métodos de planificación familiar;</li><li>● pruebas de detección del VIH y asesoramiento en caso de epidemias;</li><li>● preservativos (para hombres/para mujeres) – planificación familiar/protección contra el VIH;</li><li>● detección/lucha contra la violencia doméstica y sexual;</li><li>● apoyo y orientación a las parejas estériles;</li><li>● remisión del caso a servicios especializados.</li></ul>
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	Todo lo que precede y además: <ul style="list-style-type: none"><li>● tratamiento de patologías;</li><li>● prestación de ciertos métodos de planificación familiar (ligadura de trompas /vasectomía, etc.);</li><li>● atención a las parejas estériles, incluidos los casos en que un miembro de la pareja es seropositivo (VIH).</li></ul>

27 [http://portal.pmnch.org/downloads/low/Knowledge\\_for\\_Action\\_Annex1\\_lowres.pdf](http://portal.pmnch.org/downloads/low/Knowledge_for_Action_Annex1_lowres.pdf)

## B. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Aborto en condiciones seguras

En los países en los que la interrupción del embarazo es legal, es importante asegurar el acceso a servicios de aborto en condiciones seguras, así como a un tratamiento en caso de complicaciones derivadas de un aborto espontáneo o practicado en condiciones de riesgo. Todas las organizaciones que trabajan en el sector de la salud reproductiva deben poder identificar los riesgos asociados a un aborto ilegal y remitir a jóvenes y mujeres a servicios que puedan proporcionarles una atención adecuada.

En relación con el aborto, debe ofrecerse asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos así como acceso a exámenes y tratamientos, y remitirse los casos de problemas de salud reproductiva a centros especializados. Los servicios de aborto en condiciones de seguridad permiten evitar la casi totalidad de muertes (70.000) y discapacidades (5 millones) debidas a abortos practicados en malas condiciones.

### Indicadores

No hay indicadores básicos recomendados relativos al aborto en condiciones seguras. Los indicadores pertinentes se refieren al porcentaje de personas formadas para practicar interrupciones del embarazo en condiciones seguras, dentro de los límites previstos por la ley, y al porcentaje de establecimientos sanitarios en los que se proporciona ese servicio, también dentro de los límites previstos por la ley; al tratamiento de las complicaciones derivadas de un aborto; a la tasa de hospitalización por edad por cada 1.000 mujeres que han sufrido un aborto en malas condiciones, y la tasa de mortalidad materna atribuida a un aborto.

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO/COMUNIDAD LOCAL	<ul style="list-style-type: none"><li>● Educación sobre la salud dirigida a las mujeres, las familias y las comunidades locales: salud sexual y reproductiva, incluida la práctica de sexo seguro, planificación familiar, embarazos no deseados, relaciones sexuales forzadas, consecuencias de la práctica de sexo no seguro, fundamento jurídico de la interrupción del embarazo y consecuencias del aborto practicado en malas condiciones.</li><li>● Disponibilidad de servicios de planificación familiar, test de embarazo y servicios de práctica de aborto en condiciones seguras.</li><li>● Distribución de métodos anticonceptivos, identificación de los signos de violencia doméstica y sexual y remisión a centros especializados.</li><li>● Detección, primeros auxilios y remisión rápida a centros especializados de mujeres que presenten signos de complicaciones derivadas de un aborto practicado en malas condiciones.</li></ul>

Nivel de intervención	Intervenciones
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● asesoramiento sobre todo tipo de métodos de planificación familiar;</li> <li>● evacuación uterina durante el primer trimestre y en caso de aborto incompleto;</li> <li>● diagnóstico y tratamiento de las complicaciones corrientes derivadas de un aborto, como infección, hemorragia y lesiones;</li> <li>● remisión a un centro especializado para el tratamiento oportuno de complicaciones derivadas de un aborto;</li> <li>● diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual/VIH.</li> </ul>
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● evacuación uterina después del primer trimestre de embarazo;</li> <li>● tratamiento de mujeres que presentan complicaciones derivadas de un aborto;</li> <li>● suministro de todos los métodos anticonceptivos, incluida la ligadura de trompas.</li> </ul>

### C. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Atención durante el embarazo

La realización de los objetivos sobre atención durante el embarazo establecidos por el Consenso Mundial para la Salud Materna, Neonatal e Infantil permitirá, mediante intervenciones simples, salvar la vida de alrededor de un millón de mujeres que sufren complicaciones durante el embarazo o en el parto.

#### Indicadores (principales indicadores recomendados en la Estrategia Mundial)

- Tasa de mortalidad materna (número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos) (indicador de los ODM).
- Cobertura de atención prenatal (porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han tenido un hijo vivo y que han recibido atención prenatal de personal cualificado al menos en cuatro ocasiones durante el embarazo).
- Tratamiento profiláctico antirretroviral para mujeres con el VIH embarazadas, a fin de evitar la transmisión del VIH al hijo y tratamiento antirretroviral para las mujeres que lo requieran.

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO / COMUNIDAD LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Información y asesoramiento dirigidos a las mujeres, sus parejas y los miembros principales de la familias sobre autoasistencia, nutrición, sexo seguro, VIH, lactancia, planificación familiar, utilización de mosquiteros impregnados con insecticida.</li> </ul>

Nivel de intervención	Intervenciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Planificación de los nacimientos, consejos relativos al trabajo, signos de peligro y preparación para situaciones de emergencia.</li> <li>● Prestación de apoyo en los tratamientos preventivos, incluidos los tratamientos para el VIH.</li> <li>● Evaluación de los signos de violencia doméstica y remisión a centros especializados.</li> </ul>
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● confirmación del embarazo;</li> <li>● controles periódicos de la mujer y del feto, incluida la situación nutricional;</li> <li>● detección de problemas que complican el embarazo (anemia, hipertensión, hemorragia, presentación fetal anómala, embarazo múltiple);</li> <li>● vacunación contra el tétanos, prevención y control de la anemia (suplemento de hierro y ácido fólico);</li> <li>● test y tratamiento de la sífilis (de la mujer y de su pareja);</li> <li>● tratamiento de complicaciones leves y moderadas del embarazo (anemia leve o moderada, infección del tracto urinario, infección vaginal);</li> <li>● tratamiento de complicaciones graves (pre-eclampsia, eclampsia) antes de la remisión a centros especializados;</li> <li>● prestación de apoyo a las mujeres con VIH o que son víctimas de actos de violencia.</li> </ul> <p>En caso necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● test del VIH y asesoramiento, prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo, consejos sobre alimentación de los niños, tratamiento preventivo intermitente de la malaria y promoción de los mosquiteros impregnados con insecticida, tratamientos vermífugos, evaluación de las mutilaciones genitales femeninas, tratamiento de infecciones oportunistas leves y moderadas, tratamiento de casos simples de malaria.</li> </ul>
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tratamiento de complicaciones graves del embarazo (anemia, pre-eclampsia grave, eclampsia, hemorragia, infecciones, otras complicaciones médicas).</li> <li>● tratamiento de complicaciones derivadas de un aborto.</li> <li>● tratamiento de casos de presentación fetal anómala, embarazos múltiples.</li> </ul> <p>En caso necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tratamiento de casos graves de infección por el VIH y de formas graves de malaria.</li> </ul>

## D. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Atención durante el parto

La atención eficaz durante el parto permite reducir en un 95% los riesgos de mortalidad y morbilidad grave de la madre por las complicaciones del parto y en 40% las muertes neonatales por asfixia. Las hemorragias posparto pueden reducirse en un 67%.

### **Indicadores (indicadores principales recomendados en la Estrategia Mundial)**

Tasa de mortalidad materna (número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos) (indicador de los ODM).

Asistencia de personal cualificado durante el parto (porcentaje de nacidos vivos en un parto asistido por personal sanitario cualificado).

Atención posterior al parto para las madres y los bebés (porcentaje de madres y bebés que reciben atención durante los dos días posteriores al parto).

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO/COMUNIDAD LOCAL	<ul style="list-style-type: none"><li>● Posibilidad de que la mujer sea acompañada al centro asistencial por una persona de su elección.</li><li>● Prestación de apoyo para la asistencia al resto de la familia.</li><li>● Ayuda para el transporte.</li></ul>
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● asistencia durante el parto (diagnóstico, control del avance del parto, bienestar de la madre y del feto por medio de un partograma), prevención de las infecciones, cuidados de apoyo y alivio del dolor, detección de problemas y tratamiento de complicaciones;</li><li>● inicio de la lactancia;</li><li>● reanimación de recién nacidos;</li><li>● ayuda activa durante la etapa expulsiva;</li><li>● atención postnatal inmediata;</li><li>● seguimiento y evaluación del bienestar de la madre, prevención y detección de complicaciones (hipertensión, infecciones, hemorragia, anemia);</li><li>● tratamiento de anomalías y complicaciones (parto prolongado, extracción con ventosa obstétrica, presentación de nalgas, episiotomía);</li><li>● tratamiento de complicaciones graves antes de la remisión a un centro especializado (parto difícil, sufrimiento fetal, parto prematuro, graves hemorragias durante y después del parto);</li><li>● apoyo a la familia en caso de muerte materna o perinatal;</li><li>● asesoramiento sobre planificación familiar, incluida la inserción de dispositivos intrauterinos.</li></ul>

Niveau d'intervention	Interventions
	En caso necesario: <ul style="list-style-type: none"> <li>● administración de vitamina A a la madre; test del VIH y asesoramiento; prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo en el momento del parto; asesoramiento y apoyo sobre el modo de alimentación del lactante; atención sanitaria de mujeres con el VIH/tratamiento antirretroviral.</li> </ul>
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	Todo lo que precede y además: <ul style="list-style-type: none"> <li>● tratamiento de complicaciones graves en el momento del parto e inmediatamente después: cesáreas, transfusiones de sangre, histerectomía; inducción y aceleración del parto; tratamiento de otras complicaciones obstétricas.</li> </ul>

## E. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Atención posparto y atención a los recién nacidos (módulos combinados)

La atención posparto comprende medidas de promoción de la salud y medidas preventivas durante un período de entre 24 horas y seis semanas después del parto, en particular el tratamiento de las complicaciones, la prestación de ayuda a la madre en materia de planificación familiar, la atención y el asesoramiento sobre el VIH, en caso necesario, y ayuda a la lactancia materna. Un elemento esencial de la atención del recién nacido es la detección precoz y el tratamiento de los problemas, en particular para los bebés prematuros y con bajo peso al nacer. Teniendo en cuenta que las septicemias son una causa importante de mortalidad materna, un tratamiento precoz permitiría reducir el 90% de las muertes. La atención postnatal puede salvar hasta 2 millones de recién nacidos cada año.

### Indicadores

- Tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años, con indicación de la proporción de fallecimientos de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos) (indicador de los ODM).
- Atención postnatal de las madres y los recién nacidos (porcentaje de madres y bebés que reciben atención durante los dos días siguientes al parto).
- Lactancia exclusiva durante seis meses (porcentaje de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 5 años alimentados exclusivamente con leche materna).

Otros indicadores se refieren al porcentaje de mujeres que son dadas de alta en menos de 24 horas tras el parto, reciben atención posparto durante siete días después del parto y utilizan un método anticonceptivo moderno seis semanas después del parto.

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO/COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todas las intervenciones durante el embarazo (<i>véase supra</i>), en particular planificación familiar/espaciamiento de los embarazos / utilización de mosquiteras impregnadas con insecticida.</li> <li>● Apoyo a la lactancia materna exclusiva.</li> <li>● Métodos de eliminación/lavado seguro de compresas (madre) y protección térmica (recién nacido).</li> <li>● Reposo y aligeramiento de la carga de trabajo.</li> <li>● Detección de los signos de peligro, incluida la depresión posparto.</li> <li>● Vigilancia de los signos de violencia doméstica y sexual y remisión a centros especializados.</li> <li>● Estimulación del recién nacido, juegos.</li> <li>● Apoyo a las mujeres con el VIH y con tratamientos antirretrovirales.</li> <li>● Notificación de los nacimientos y los fallecimientos (registro civil).</li> <li>● Seguimiento de la transmisión del VIH de la madre al hijo, en caso necesario.</li> </ul>
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	<p>Todo lo que precede y además: (atención posparto)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● evaluación del bienestar de la madre, incluida la nutrición;</li> <li>● prevención y detección de complicaciones (infecciones, sangrado, anemia);</li> <li>● prevención y control de la anemia (suplementos de hierro y ácido fólico);</li> <li>● suministro de métodos anticonceptivos;</li> <li>● tratamiento de algunos problemas (anemia leve y moderada, depresión posparto leve, mastitis);</li> <li>● tratamiento de ciertos problemas antes de la remisión a un centro especializado (hemorragia posparto grave);</li> <li>● registro y notificación;</li> <li>● promoción, protección y ayuda a la lactancia materna exclusiva.</li> </ul> <p>(atención neonatal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● profilaxis de las infecciones oculares, vacunación, tratamiento de presunción para la sífilis congénita;</li> <li>● tratamiento de infecciones locales (piel, cordón, ojos, boca);</li> <li>● examen, tratamiento inicial y remisión a un centro especializado de los recién nacidos con signos de enfermedad, lesiones o malformación graves;</li> <li>● atención de bebés prematuros y con bajo peso al nacer que no presenten problemas respiratorios: promoción de la lactancia materna, método madre canguro;</li> <li>● en caso necesario: tratamiento del VIH y la malaria.</li> </ul>

Nivel de intervención	Intervenciones
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tratamiento de todas las complicaciones (casos graves de anemia, hemorragia, infecciones y depresión posparto);</li> <li>● ligadura de trompas y vasectomía /implantes anticonceptivos;</li> <li>● tratamiento de recién nacidos con problemas graves (bebés prematuros con problemas respiratorios o incapaces de alimentarse por vía oral, infecciones graves, asfixia perinatal, ictericia grave, malformaciones, etc.).</li> </ul>

## F. Resumen de los principales módulos de intervenciones en favor de la salud materna, neonatal e infantil – Atención en la primera infancia

Cinco enfermedades y patologías son la causa directa de más del 90% de todas las muertes de niños menores de cinco años: la neumonía, el sarampión, la diarrea, la malaria y un conjunto de patologías neonatales (relacionadas con el desarrollo del embarazo o con problemas en el parto). La eficacia a gran escala de las intervenciones principales que se enumeran a continuación está probada, y la mayor parte de ellas pueden realizarse a nivel de la comunidad local o en un centro sanitario. Las intervenciones que aseguran una estimulación o protección precoces tienen una repercusión directa en la buena salud infantil.

### Indicadores

- Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos) (indicador de los ODM).
- Administración de tres dosis de vacuna combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses que han recibido tres dosis de esta vacuna combinada).
- Tratamiento antibiótico de la neumonía (porcentaje de niños de entre 0 y 59 meses que presentan síntomas de neumonía y reciben antibióticos)

Nivel de intervención	Intervenciones
DOMICILIO/COMUNIDAD LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promoción y ayuda a la lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria adecuada; estimulación del niño y juego; lavado de manos; higiene y eliminación adecuada de las heces; reconocimiento de los signos de enfermedad y recurso oportuno a la atención sanitaria; cuidados a domicilio durante la enfermedad.</li> </ul>

Nivel de intervención	Intervenciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suministro y promoción de mosquiteros impregnados con insecticida.</li> <li>● Identificación y remisión a centros sanitarios de los niños que presenten síntomas de una enfermedad grave.</li> <li>● Identificación y tratamiento de la diarrea, la neumonía y la malaria.</li> </ul>
ASISTENCIA SANITARIA DE PRIMER NIVEL	<p>Todo lo que precede y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● vacunación;</li> <li>● identificación y remisión a otros centros sanitarios de los niños que presenten síntomas de padecer una enfermedad grave;</li> <li>● tratamiento integrado de las enfermedades prevalentes de la infancia (diarrea, neumonía, fiebre, malaria y sarampión, desnutrición grave severa sin complicaciones);</li> <li>● evaluación del estado nutricional y asesoramiento sobre alimentación;</li> <li>● aporte de micronutrientes;</li> <li>● inscripción y notificación;</li> <li>● en caso necesario: test del VIH y asesoramiento (diagnóstico precoz del niño), tratamiento profiláctico con cotrimoxazol, tratamiento antirretroviral.</li> </ul>
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento de niños con una enfermedad grave.</li> <li>● Tratamiento de niños que sufren malnutrición con complicaciones.</li> </ul>

## Ficha 4: Seguimiento de los recursos financieros – compromisos internacionales<sup>28</sup>

---

El seguimiento de los recursos financieros proporciona información inestimable sobre cuya base es más fácil exigir a los gobiernos que rindan cuentas ante los ciudadanos. Permite determinar si los países han asignado los fondos a los ámbitos prioritarios conforme a los planes de salud nacionales, establecer políticas bien fundamentadas y establecer una conexión entre el dinero gastado y los resultados obtenidos. El seguimiento de los recursos financieros permite también determinar si la ayuda financiera externa de los asociados para el desarrollo se ajusta a los compromisos contraídos.

La Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño se estableció para respaldar la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño. Tiene por objeto proponer un marco que ayudará a los países a controlar a dónde van los recursos, de qué manera se emplean y qué resultados generan.

La Comisión ha formulado las tres recomendaciones siguientes a los gobiernos nacionales que trabajan para mejorar la salud de las mujeres y los niños.

### **Recomendación 1: Hacer un seguimiento de los recursos financieros asignados al sector de la salud, en particular a los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil:**

- concertando pactos con todos los asociados para el desarrollo que desean trabajar en un país concreto a fin de asegurar que elaboren informes, según un modelo acordado, sobre los gastos en materia de salud financiados por fondos externos;
- efectuando un seguimiento de dos indicadores globales: i) gastos totales en salud por fuente de financiación, por habitante y ii) gastos totales en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil por fuente de financiación, por habitante;
- comunicando las informaciones disponibles a nivel nacional, regional e internacional a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que las incluya en su base de datos relativa a gastos en salud<sup>29</sup>.

---

28 [http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf)

29 Esas informaciones pueden consultarse en las siguientes bases de datos de la OMS: base de datos sobre gastos mundiales en salud (<http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=2>); datos sobre cuentas nacionales de salud, evolución en el tiempo, por países ([www.who.int/nha/country/en/](http://www.who.int/nha/country/en/)); datos sobre la salud por países (<http://apps.who.int/ghodata/>).

*En su Informe, la Comisión señala que los “parlamentos desempeñan un importante papel para exigir a los gobiernos que rindan cuentas sobre los informes relativos al gasto de los recursos” (Informe de la Comisión, pág. 15).*

**Recomendación 2: Examen (idealmente con periodicidad anual) de los gastos en salud en general y de los gastos en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, en particular. Esos gastos deben guardar relación con:**

- las cantidades presupuestadas en los planes nacionales de salud y por los asociados para el desarrollo;
- los objetivos de equidad y de respeto de los derechos humanos, mediante el desglose de los gastos en salud en función de la situación socioeconómica y otras variables demográficas o geográficas con el fin de determinar en qué medida los gobiernos cumplen sus compromisos de garantizar el derecho a la salud (véase el recuadro de la Sección 1 titulado “Principales compromisos y resoluciones en materia de salud materna, neonatal e infantil”);
- los resultados obtenidos (por ejemplo, cobertura de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, asistencia en el parto, porcentaje de niños que reciben un suplemento de vitamina A), indicando si se ha hecho un uso óptimo de los recursos.

*En su Informe, la Comisión señala que los “parlamentos de muchos países tienen poder para realizar esa función de examen. Las iniciativas dirigidas a reforzar la capacidad de los países para destinar recursos a las mujeres y los niños deberían contar con la participación de los parlamentos”. (Informe de la Comisión, pág.17).*

**Recomendación 3: Establecer, de aquí a 2015, un mecanismo de rendición de cuentas que permita supervisar el gasto de los recursos. Este tipo de mecanismos puede fomentar una mayor rendición de cuentas y permitir que se reconozcan los éxitos y se corrijan los malos rendimientos.**

*En su Informe, la Comisión indica que el establecimiento de una comisión encargada de la salud de la madre y el niño es una de las opciones que permiten reforzar los mecanismos de examen en los países. Esta comisión podría estar presidida por el Jefe del Estado o del Gobierno y rendiría cuentas al parlamento, y podría incluir a representantes de todos los ministerios competentes y contar con la participación de actores no gubernamentales. “Los más altos niveles de poder político, en particular los parlamentos nacionales, deberán velar por que los resultados de esos exámenes sirvan de base a los planes nacionales posteriores, teniéndose en cuenta los compromisos presupuestarios, el calendario y otras medidas de rendición de cuentas”. (Informe de la Comisión, pág. 18).*

El mecanismo descrito puede complementarse con otras herramientas como, por ejemplo, exámenes parlamentarios, exámenes anuales del sector de los servicios, asambleas nacionales de la salud, procesos dirigidos por la sociedad civil, protocolos de acuerdo, códigos de conducta, etc.). Es importante que la herramienta elegida no se limite a la realización de un simple seguimiento, sino que sirva para efectuar un examen crítico (incluido un estudio técnico de la calidad de los datos) y que se apliquen medidas correctivas que ayuden a mejorar los resultados. Para garantizar una rendición de cuentas eficaz, esos mecanismos deben contar con la participación de representantes de los ámbitos político, técnico, académico y de la sociedad civil.