

v. 7 • n. 12 • jun. 2010
Semestral

Edición en Español

● **Salil Shetty**

Prefacio

● **Fernando Basch et al.**

La Efectividad del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos: Un Enfoque Cuantitativo sobre su Funcionamiento y sobre el Cumplimiento de sus Decisiones

● **Richard Bourne**

Commonwealth of Nations: Estrategias Intergubernamentales y No Gubernamentales para la Protección de los Derechos Humanos en una Institución Postcolonial

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

● **Amnistía Internacional**

Combatiendo la Exclusión: Por qué los Derechos Humanos Son Esenciales para los ODM

● **Victoria Tauli-Corpuz**

Reflexiones sobre el Papel del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en relación con los ODM

● **Alicia Ely Yamin**

Hacia una Rendición de Cuentas Transformadora: Aplicando un Enfoque de Derechos Humanos para Satisfacer las Obligaciones en relación a la Salud Materna

● **Sarah Zaidi**

Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio y el Derecho a la Salud: ¿Conflictivos o Complementarios?

● **Marcos A. Orellana**

Cambio Climático y los ODM: El Derecho al Desarrollo, Cooperación Internacional y el Mecanismo de Desarrollo Limpio

RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS

● **Lindiwe Knutson**

¿Es el Derecho de las Víctimas de *apartheid* a Reclamar Indemnizaciones de Corporaciones Multinacionales Finalmente Reconocido por los Tribunales de los EE.UU.?

● **David Bilchitz**

El Marco Ruggie: ¿Una Propuesta Adecuada para las Obligaciones de Derechos Humanos de las Empresas?



CONSEJO EDITORIAL

- Christof Heyns** Universidad de Pretoria (Sudáfrica)
Emilio García Méndez Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Fifi Benaboud Centro Norte-Sur del Consejo de la Unión Europea (Portugal)
Fiona Macaulay Universidad de Bradford (Reino Unido)
Flavia Piovesan Pontificia Universidad Católica de São Paulo (Brasil)
J. Paul Martin Universidad de Columbia (Estados Unidos)
Kwame Karikari Universidad de Ghana (Ghana)
Mustapha Kamel Al-Sayyed Universidad de El Cairo (Egipto)
Richard Pierre Claude Universidad de Maryland (Estados Unidos)
Roberto Garretón Ex – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Chile)
Upendra Baxi Universidad de Warwick (Reino Unido)

EDITORES

Pedro Paulo Poppovic
Oscar Vilhena Vieira

COMITÉ EJECUTIVO

Flavia Scabin
Juana Kweitel - editora asociada
Thiago Amparo

EDICIÓN

Renato Barreto

DISEÑO GRÁFICO

Oz Design

EDICIÓN DE ARTE

Alex Furini

DISTRIBUCIÓN

Renato Barreto

IMPRESIÓN

Prol Editora Gráfica Ltda.

CONSEJO CONSULTIVO

- Alejandro M. Garro** Universidad de Columbia (Estados Unidos)
Bernardo Sorj Universidad Federal de Rio de Janeiro/ Centro Edelstein (Brasil)
Bertrand Badie Sciences-Po (Francia)
Cosmas Gitta Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (Estados Unidos)
Daniel Mato Universidad Central de Venezuela (Venezuela)
Daniela Ikawa Public Interest Law Institute (Estados Unidos)
Ellen Chapnick Universidad de Columbia (Estados Unidos)
Ernesto Garzon Valdés Universidad de Mainz (Alemania)
Fateh Azzam Representante Regional, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (Líbano)
Guy Haarscher Universidad Libre de Bruselas (Bélgica)
Jeremy Sarkin Universidad de Western Cape (Sudáfrica)
João Batista Costa Saraiva Tribunal Regional de Niños y Adolescentes de Santo Ângelo/RS (Brasil)
José Reinaldo de Lima Lopes Universidad de São Paulo (Brasil)
Juan Amaya Castro Universidade para a Paz (Costa Rica)
Lucia Dammert FLACSO (Chile)
Luigi Ferrajoli Universidad de Roma (Italia)
Luiz Eduardo Wanderley Pontificia Universidad Católica de São Paulo (Brasil)
Malak Poppovic Conectas Derechos Humanos (Brasil)
Maria Filomena Gregori Universidad de Campinas (Brasil)
Maria Hermínia Tavares de Almeida Universidad de São Paulo (Brasil)
Miguel Cillero Universidad Diego Portales (Chile)
Mudar Kassis Universidad Birzeit (Palestina)
Paul Chevigny Universidad de Nueva York (Estados Unidos)
Philip Alston Universidad de Nueva York (Estados Unidos)
Roberto Cuéllar M. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (Costa Rica)
Roger Raupp Rios Universidad Federal de Rio Grande do Sul (Brasil)
Shepard Forman Universidad de Nueva York (Estados Unidos)
Víctor Abramovich Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Víctor Topanou Universidad Nacional de Benin (Benin)
Vinodh Jaichand Centro Irlandés de Derechos Humanos, Universidad Nacional de Irlanda (Irlanda)

SUR – Revista Internacional de Derechos Humanos es una revista semestral publicada en inglés, portugués y español por Conectas Derechos Humanos. Disponible en Internet en <www.revistasur.org>.

SUR está indexada en: IBSS (International Bibliography of the Social Sciences); DOAJ (Directory of Open Access Journals); Scielo y SSRN (Social Science Research Network). Se encuentra disponible además en las bases de datos comerciales: EBSCO y HEINonline. SUR ha sido calificada A1 (Colombia) y A2 (Qualis, Brasil).

SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos / Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.1, n.1, jan.2004 – São Paulo, 2004 - .

Semestral

ISSN 1806-6445

Edições em Inglês, Português e Espanhol.

1. Direitos Humanos 2. ONU I. Rede Universitária de Direitos Humanos

CONTENIDOS

SALIL SHETTY	6	Prefacio
FERNANDO BASCH ET AL.	9	La Efectividad del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos: Un Enfoque Cuantitativo sobre su Funcionamiento y sobre el Cumplimiento de sus Decisiones
RICHARD BOURNE	37	<i>Commonwealth of Nations</i> : Estrategias Intergubernamentales y No Gubernamentales para la Protección de los Derechos Humanos en una Institución Postcolonial
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO		
AMNISTÍA INTERNACIONAL	57	Combatiendo la Exclusión: Por qué los Derechos Humanos Son Esenciales para los ODM
VICTORIA TAULI-CORPUZ	83	Reflexiones sobre el Papel del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en relación con los ODM
ALICIA ELY YAMIN	99	Hacia una Rendición de Cuentas Transformadora: Aplicando un Enfoque de Derechos Humanos para Satisfacer las Obligaciones en relación a la Salud Materna
SARAH ZAIDI	129	Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio y el Derecho a la Salud: ¿Conflictivos o Complementarios?
MARCOS A. ORELLANA	153	Cambio Climático y los ODM: El Derecho al Desarrollo, Cooperación Internacional y el Mecanismo de Desarrollo Limpio
RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS		
LINDIWE KNUTSON	181	¿Es el Derecho de las Víctimas de <i>apartheid</i> a Reclamar Indemnizaciones de Corporaciones Multinacionales Finalmente Reconocido por los Tribunales de los EE.UU.?
DAVID BILCHITZ	209	El Marco Ruggie: ¿Una Propuesta Adecuada para las Obligaciones de Derechos Humanos de las Empresas?

PRESENTACIÓN



Es un placer para nosotros presentar el décimo segundo número de la Revista Sur. Como previamente se había anunciado, esta edición es el inicio de nuestra colaboración con la **Fundação Carlos Chagas (FCC)**, que apoyará la Revista Sur en 2010 y 2011. Queremos agradecer a la FCC por el apoyo, el cual garantizó la continuidad de la versión impresa de la revista.

Este número de la Revista Sur es editado en colaboración de Amnistía Internacional*. Por ocasión de la Cúpula de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en septiembre de 2010, este número de la Revista Sur aborda el marco de los ODM, en su relación con las obligaciones de derechos humanos. Somos gratos a Salil Shetty, Secretario General de Amnistía Internacional, que preparó una introducción para esta discusión. El primer artículo del *dossier*, también de Amnistía Internacional, **Combatiendo la Exclusión: Por qué los Derechos Humanos Son Esenciales para los ODM**, realza la importancia de garantizar que todos los esfuerzos para el cumplimiento de los ODM sean compatibles con las obligaciones de derechos humanos y que la no discriminación, la igualdad de género, la participación y la responsabilidad estén en el centro de todos los esfuerzos para alcanzar los ODM.

*Aviso. A excepción del prefacio y del artículo "Combatiendo la Exclusión: Por qué los Derechos Humanos Son Esenciales para los ODMs", las opiniones expresadas en este conjunto de artículos son de los propios autores y no reflejan necesariamente la política de Amnistía Internacional.

Reflexiones sobre el Papel del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en relación con los ODM, de Victoria Tauli-Corpuz, discute la relación entre los ODM y la protección, el respeto y la realización, de los derechos de los pueblos indígenas tal y como están contenidos en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos Indígenas.

Alicia Ely Yamin, en **Hacia una Rendición de Cuentas Transformadora: Aplicando un Enfoque de Derechos Humanos para Satisfacer las Obligaciones en relación a la Salud Materna**, analiza de qué forma la rendición de cuentas relativa a la realización del derecho a la salud materna debería ser entendida al buscar transformar el discurso de los derechos en una política o programa de salud en la práctica.

Todavía tratando sobre las cuestiones de los ODM, Sarah Zaidi, en **Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio y el Derecho a la Salud: ¿Conflictivos o Complementarios?**, explora la relación entre los ODM y el marco normativo internacional y como el ODM 6 sobre el combate del VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis puede ser integrado con el derecho a la salud.

Este número también trae un artículo de Marcos A. Orellana sobre la relación entre los cambios climáticos y los ODMs, buscando conexiones entre el cambio del clima, el derecho al desarrollo y la cooperación internacional, en **Cambio Climático y los ODM: El Derecho al Desarrollo, Cooperación Internacional y el Mecanismo de Desarrollo Limpio**.

Esperamos que este número de la Revista Sur llame la atención de los activistas de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil y académicos sobre la importancia de los ODM para la agenda de derechos humanos. Los artículos incluidos en esta edición no sólo formulan una crítica a los ODM a partir de una perspectiva de los derechos humanos, sino también traen diversas propuestas positivas sobre cómo integrar los derechos humanos a los ODM.

Dos artículos discuten el impacto de las empresas sobre los derechos humanos. El primero, de Lindiwe Knutson (**¿Es el Derecho de las Víctimas de *apartheid* a Reclamar Indemnizaciones de Corporaciones Multinacionales Finalmente Reconocido por los Tribunales de los EE.UU.?**), analiza diversos casos presentados en cortes de EE.UU. en los que se alegó que grandes empresas multinacionales fueron cómplices de las violaciones de derechos humanos cometidas por agentes de gobiernos extranjeros. El artículo examina la decisión más reciente del *In re South African Apartheid Litigation* (conocido, en general, como el caso *Khulumani*) en la Corte Distrital Sur de Nueva York.

El segundo artículo, de David Bilchitz (**El Marco Ruggie: ¿Una Propuesta Adecuada para las Obligaciones de Derechos Humanos de las Empresas?**), busca discutir el marco John Ruggie a la luz del derecho internacional de los derechos humanos y defiende que el concepto de Ruggie sobre la naturaleza de las obligaciones empresariales está equivocado: las

empresas no deberían a penas ser obligadas a evitar ofensas a los derechos fundamentales, sino también deberían ser obligadas a contribuir activamente para la realización de esos derechos.

Hay dos artículos más en este número. El artículo de Fernando Basch, Leonardo Filippini, Ana Laya, Mariano Nino, Felicitas Rossi e Bárbara Schreiber analiza el funcionamiento del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos en **La Efectividad del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos: Un Enfoque Cuantitativo sobre su Funcionamiento y sobre el Cumplimiento de sus Decisiones**. El artículo presenta los resultados de una investigación cuantitativa con énfasis en el grado de observancia de las decisiones adoptadas en el marco del sistema de peticiones de la Convención Americana de Derechos Humanos.

Por último, el artículo de Richard Bourne, **Commonwealth of Nations: Estrategias Intergubernamentales y No Gubernamentales para la Protección de los Derechos Humanos en una Institución Postcolonial**, describe como las reglas del *Commonwealth* se tornaron cruciales en su definición como una asociación de democracias comprometidas con la garantía de los derechos humanos para sus ciudadanos.

Queremos agradecer al equipo de Amnistía Internacional por su contribución. Su oportuna participación en la selección y en la edición de los artículos fue indispensable.

Los editores.



ALICIA ELY YAMIN

Investigadora "Joseph H. Flom sobre Salud Global y Derechos Humanos" de la Facultad de Derecho de Harvard; profesora adjunta en la Escuela de Salud Pública de Harvard; Investigadora Senior (asociada) del Instituto Christian Michelsen (Noruega). Es asesora especial de la campaña mundial de Amnistía Internacional sobre mortalidad materna e integra el consejo asesor de la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos.

Email: ayamin@law.harvard.edu

RESUMEN

El avance significativo y equitativo en la reducción de la mortalidad materna y el alcance del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 requiere de la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos que haga énfasis en la rendición de cuentas. Este artículo se concentra en cómo promover la rendición de cuentas* para el goce del derecho a la salud materna si buscamos transformar el discurso de los derechos en una política sanitaria práctica y en herramientas programáticas que puedan afectar la práctica del desarrollo, y además, transformar los sistemas de salud para satisfacer de mejor forma las necesidades de las mujeres en términos de la salud materna.

Después de analizar brevemente el concepto y la finalidad de la rendición de cuentas en el contexto de la realización del derecho de la mujer a la salud materna, el artículo expone un círculo de rendición de cuentas a nivel nacional que incluye el desarrollo e implementación de un plan nacional de acción; el análisis presupuestario; un monitoreo y una evaluación de programas basado en indicadores adecuados y mecanismos de reparación, como también iniciativas a nivel de los servicios de salud. En la última sección, el artículo aborda la rendición de cuentas de los donantes.

Original en inglés. Traducido por Florencia Rodríguez

Recibido en abril de 2010. Aceptado en junio de 2010.

PALABRAS CLAVE

Salud materna – Derecho a la salud – Enfoque basado en los derechos (EBD) – Rendición de cuentas – Objetivos de desarrollo del milenio (ODM)

* Utilizamos en este texto "rendición de cuentas" cuando en el texto original se utilizó "accountability".



Este artículo es publicado bajo licencia *creative commons*.

Este artículo está disponible en formato digital en <www.revistasur.org>.

HACIA UNA RENDICIÓN DE CUENTAS TRANSFORMADORA: APLICANDO UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS PARA SATISFACER LAS OBLIGACIONES EN RELACIÓN A LA SALUD MATERNA¹

Alicia Ely Yamin

1 Introducción

La gran mayoría de mujeres que mueren como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo han llevado vidas marcadas por la pobreza, las privaciones y la discriminación. Desde el momento de su nacimiento, estas niñas y mujeres suelen enfrentarse a un embudo de opciones cada vez más limitadas, que no les permite ejercer su capacidad de decisión con respecto a qué harán con su vida, qué grado de educación recibirán, con quién formarán pareja, cuándo tendrán relaciones sexuales, si utilizarán métodos anticonceptivos, y por último, qué atención recibirán cuando estén embarazadas o durante el parto, aun cuando sus vidas penden de un hilo. La adopción de un enfoque basado en los derechos para abordar la salud de las mujeres exige la apertura de espacios que permitan a las mujeres ejercer su capacidad de elegir, y la eliminación de las relaciones sociales --y de poder—que niegan su plena humanidad (YAMIN, 2008). Con respecto a la mortalidad y morbilidad maternas² en particular, el enfoque basado en los derechos requiere desafiar la discriminación estructural que las mujeres enfrentan en los sistemas de salud, así como la que enfrentan en otros ámbitos de la vida pública y privada.

Al ser cada vez más evidente que para que se produzca un avance significativo y equitativo en el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 (relacionado con la salud materna), no será suficiente mejorar el financiamiento de las actuales medidas tecnocráticas, se ha prestado mayor atención a los enfoques que abordan la mortalidad materna desde la perspectiva de los derechos humanos. En junio de 2009, el Consejo de Derechos Humanos (CDH) de las Naciones Unidas adoptó una resolución histórica que reconoce en forma explícita la mortalidad materna

Ver las notas del texto a partir de la página 126.

prevenible como un tema de derechos humanos y señala el importante papel que podrían cumplir los órganos de vigilancia de los tratados y los procedimientos especiales (NACIONES UNIDAS, 2009a). Actualmente, el Consejo de Derechos Humanos está en condiciones de adoptar una resolución complementaria basada en las recomendaciones de un estudio realizado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH), que explica en más detalle las relaciones entre los derechos humanos y la mortalidad y la morbilidad maternas (NACIONES UNIDAS, 2010a).

Todas las iniciativas que reclaman enfoques basados en los derechos humanos para abordar la mortalidad y la morbilidad maternas hacen énfasis en la rendición de cuentas que ha faltado en el proceso de ODM (NACIONES UNIDAS, 2010b, párr. 116). Por ejemplo, la publicación de la OACDH relacionada con el proceso de ODM en general, *Reivindicar los objetivos de desarrollo del milenio: un enfoque de derechos humanos*, explica “la razón de ser del enfoque basado en los derechos humanos es la rendición de cuentas” (LANGFORD, 2008, p. 15). El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud destacó la importancia de la rendición de cuentas en los enfoques que abordan la mortalidad materna desde los derechos humanos (NACIONES UNIDAS, 2006a). Asimismo, las organizaciones no gubernamentales (ONG) también se concentran explícitamente en la importancia fundamental de promover una rendición de cuentas eficaz (IIMMHR, 2010, p. 3; HUMAN RIGHTS WATCH, 2009, 2010; CRR, 2009).

La rendición de cuentas en un enfoque de la salud materna desde los derechos humanos hace referencia a las obligaciones de “respetar, proteger y cumplir” una amplia variedad de derechos civiles y políticos, así como a derechos económicos y sociales, y no se limita solamente al sector de la salud³ (NACIONES UNIDAS, 2000). No sólo la mortalidad materna está relacionada de forma fundamental con la posición socioeconómica de las mujeres en la sociedad, sino que además la desigualdad de género y las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres constituyen graves injusticias aun cuando no estén directamente relacionadas con su mortalidad (ICPD, 1994; NACIONES UNIDAS, 1999). Un marco global de rendición de cuentas basado en los derechos para abordar la mortalidad y la morbilidad materna requiere la explicación de estas múltiples obligaciones vinculadas con todos los derechos pertinentes.

Sin embargo, este artículo se concentra específicamente en cómo promover la rendición de cuentas para cumplir —tomando medidas proactivas a fin de realizar en forma progresiva— los derechos de la mujer a la salud materna si buscamos transformar el discurso de los derechos en política sanitaria práctica y herramientas programáticas que puedan afectar la práctica del desarrollo, y al mismo tiempo transformar los sistemas de salud para satisfacer mejor las necesidades de las mujeres. Es necesario volver sobre el concepto de “rendición de cuentas” en el contexto del goce del derecho a la salud materna frente a las oportunidades que ofrece la evaluación de los ODM de 2010 (próxima a realizarse), las actuales deliberaciones del CDH y los incipientes esfuerzos por explorar un programa de desarrollo post 2015 que incluya un componente sustancial de derechos humanos.

Comienzo por abordar brevemente el concepto y la finalidad de la rendición

de cuentas en el contexto del goce de los derechos de la mujer a la salud y sugerir que para lograr una rendición de cuentas eficaz en este ámbito es necesario ir más allá del modelo tradicional de derechos humanos en el que se castiga a los perpetradores individuales, para concentrarse en factores institucionales y sistémicos. Este artículo luego expone un círculo de rendición de cuentas a nivel nacional que incluye el desarrollo e implementación de un plan nacional de acción; análisis presupuestario; monitoreo y evaluación de programas sobre la base de indicadores adecuados; y mecanismos de reparación. También analizo medidas que pueden adoptarse a nivel de facilidades para aumentar la “rendición de cuentas constructiva”. A lo largo de todo el artículo sostengo que la rendición de cuentas está estrechamente relacionada con la participación popular. En la última sección, especifico aspectos de la rendición de cuentas para la “asistencia y cooperación internacionales”, que requieren que los donantes se abstengan de ciertas políticas y al mismo tiempo aporten mayores recursos.

2 La rendición de cuentas en el contexto del goce del derecho a la salud: más allá de los casos y las sanciones individuales

En general, el concepto de rendición de cuentas se refiere a responsabilizar a los actores por sus acciones a la luz de estándares de conducta y desempeño. En un marco de derechos humanos, estos estándares provienen de los llamados *soft law* (derecho blando) y *hard law* (derecho duro), que incluyen, entre otros, normas de tratados internacionales vinculantes y declaraciones de órganos internacionales cuasijudiciales en la adjudicación de casos, así como interpretaciones autorizadas de normas pertinentes emanadas de órganos de vigilancia de los tratados, declaraciones del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud, y programas de acción y declaraciones de conferencias internacionales. También se nutren de reglamentaciones, legislación y marcos constitucionales nacionales. Sin embargo, para promover la rendición de cuentas en la práctica no basta con determinar normas en abstracto y establecer mecanismos de aplicación. Se requiere un proceso dinámico en el que se aclaren los criterios para la aplicación del derecho a los actores de los distintos niveles, desde los prestadores de servicios de salud hasta los formuladores de políticas, y actuar conjuntamente con esos actores en lo que respecta a las implicaciones de sus funciones y responsabilidades (NACIONES UNIDAS, 2006b; GEORGE et al., 2010).

En un marco de derechos humanos, la rendición de cuentas combina elementos de capacidad de respuesta, responsabilidad y reparación. Más aún, la rendición de cuentas es inherentemente relacional—es decir, no puede haber una rendición de cuentas en materia de derechos humanos si no especificamos “ante quién”—y por lo tanto está estrechamente ligada a la participación efectiva de las personas afectadas por los programas y políticas de salud (POTTS, 2008, p. 7). En el contexto de la reforma de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de salud materna, la rendición de cuentas abarca aspectos financieros, administrativos, regulatorios, políticos e institucionales, así como medidas legales (NACIONES UNIDAS, 2006b). Como enuncia el Informe 2010 de Amnistía Internacional, la

rendición de cuentas “nos permite mirar hacia delante” además de hacia atrás (AMNISTÍA INTERNACIONAL, 2010, p. 10). Un marco de rendición de cuentas eficaz sirve de base para promover cambios sistémicos e institucionales que creen condiciones en las que las mujeres puedan gozar de su derecho a la salud materna, y no simplemente para castigar las faltas de cumplimiento identificadas.

De hecho, el modelo tradicional de defensa de los derechos humanos, que procura identificar la violación, al violador del derecho y una reparación, no está adecuadamente preparado para promover la rendición de cuentas para mejorar la salud materna. Esto es cierto por razones prácticas y conceptuales. En la práctica, muchos sistemas de salud en los que los pacientes son víctimas del maltrato también imponen sanciones extremas al personal sanitario de primera línea. Por ejemplo, en muchos países es costumbre despedir a los profesionales de la salud que están relacionados con una muerte materna, sin que se realice ningún procedimiento para determinar si esos profesionales realmente fueron responsables de la muerte. Estas políticas, muchas veces no escritas, buscan promover la “rendición de cuentas” y la atención de calidad en casos obstétricos, pero tienen el efecto contrario. Crean incentivos perversos que llevan a los profesionales de la salud a evitar atender emergencias obstétricas, ya sea como individuos o como instituciones.

Esto no significa que haya que permitir la impunidad. Como escribe Lynn Freedman (2003, p. 112), “no cabe duda que la sanción individual (y el hecho de saber que se aplicarán las normas profesionales) ocupa un lugar apropiado en un sistema constructivo de rendición de cuentas. Lo importante es que la aplicación de sanciones individuales no se haya empleado para utilizar a un médico como chivo expiatorio, acallar al público y encubrir problemas más grandes y más profundos”. Cuando un médico no podría haber hecho nada para salvar a una mujer, culparlo no sólo distorsiona los incentivos; también desvía la atención de los problemas del sistema que causaron la muerte de la mujer. Por ejemplo, el centro de salud tal vez carezca de los insumos o medicamentos necesarios, o del transporte. Como afirma Leslie London (2008, p. 72) “muchas veces el personal sanitario de primera línea no puede brindar un acceso adecuado a la atención por factores sistémicos que escapan a su control y por la existencia de sistemas de gestión que no los habilitan para actuar con independencia y eficacia”. Al concentrarse en la conducta individual del personal sanitario sin tener en cuenta el contexto en situaciones de ese tipo, como escribe London (2008, p. 73) “no se suelen lograr muchos avances y se crea una mala imagen del enfoque basado en los derechos humanos”.

“Las auditorías de mortalidad materna” y “análisis”, mediante los cuales se investigan los casos individuales de muerte de mujeres con el fin de promover la reflexión sobre fallas sistémicas e institucionales, así como sobre fallas individuales, han sido propuestas como mecanismo de promoción de una “rendición de cuentas basada en los derechos humanos” (HUNT, 2008; OMS, 2004). Esos análisis se realizan de innumerables maneras y por lo tanto es difícil generalizar. Sin embargo, en general, como advierte Human Rights Watch en su informe sobre la India, estos análisis tienen cabida en un sistema de rendición de cuentas más amplio, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios: 1. sean realizados manteniendo una estricta confidencialidad; 2. contemplen el debido proceso; y 3. el alcance de la investigación no quede limitado al centro de salud

(HUMAN RIGHTS WATCH, 2009). Cuando no se pueden garantizar estas condiciones, se corre un grave riesgo de que el personal sanitario, que tanto necesitamos como aliado, reaccione contra los enfoques basados en los derechos humanos. Asimismo --y esto es crítico-- estos análisis deberían complementar, en lugar de reemplazar, el uso continuo de indicadores de proceso que evalúen cómo está funcionando el sistema de salud, por ejemplo, para medir el uso y la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia.

El modelo que consiste en identificar la violación, el violador del derecho y una reparación, también es inadecuado desde el punto de vista conceptual. Esto quiere decir que supone implícitamente que hay un equilibrio que es roto por la violación; entonces se puede iniciar una investigación para determinar la culpabilidad y ofrecer una reparación para que la situación recupere el equilibrio. Este paradigma fue desarrollado para abordar las violaciones de derechos civiles, como los malos tratos sufridos por personas bajo custodia policial. Los defensores de los derechos humanos suponían en esos casos (muchas veces equivocadamente) que al revelar y denunciar el maltrato, se lograría penar a los perpetradores e impedir futuros daños. Si esta suposición no suele ser válida con respecto a las violaciones de los derechos civiles, puede ser contraproducente con respecto a la promoción de la rendición de cuentas en materia del derecho a la salud materna.

En situaciones de alta mortalidad materna nos enfrentamos a sistemas de salud disfuncionales en los que las muertes no pueden atribuirse ni a las negligencias ni a la falta de supervisión a nivel del centro de salud, sino a la falta de insumos, sangre para transfusiones, transporte, comunicaciones; todas, falencias que requieren cambios sistémicos. Por lo tanto, los mecanismos de reparación de daños que quedan limitados a nivel del centro de salud, probablemente sean ineficaces, y al mismo tiempo promuevan una desilusión aún mayor frente a los sistemas de salud deficientes y sin capacidad de respuesta. El verdadero efecto disuasorio – que según el Informe 2010 de Amnistía Internacional es el objetivo principal de la rendición de cuentas (AMNISTÍA INTERNACIONAL, 2010) – requiere transformar la situación subyacente indefendible que da origen a la alta mortalidad y morbilidad maternas, y no reestablecer el equilibrio anterior. El resto de este artículo analiza formas concretas de promover dicha transformación.

3 Círculo de rendición de cuentas

Un amplio marco de rendición de cuentas para la realización del derecho a la salud materna a nivel nacional configura el diseño inicial de las políticas y los programas para abordar la mortalidad materna, su implementación y evaluación, y los recursos previstos para los casos de violación del derecho. En esta sección, presento esquemáticamente elementos importantes de la rendición de cuentas que son promovidos en cada una de estas etapas. Si bien me concentro en las medidas que deben adoptarse a nivel nacional, sugiero la adopción de medidas simples a nivel de los centros de salud que habiliten al personal sanitario de primera línea y a los miembros de la comunidad para identificar obstáculos que impidan mejorar los servicios de salud materna y soluciones para lograrlo mediante la promoción de la “rendición de cuentas constructiva”.

3.1 Plan Nacional de Acción: la importancia de la participación y la justificación pública para la rendición de cuentas basada en los derechos humanos

Si bien el derecho a la salud está sujeto a la realización progresiva y no puede ser alcanzado de un día para otro, los Estados Partes de los tratados pertinentes asumen algunas obligaciones inmediatas, entre las que se encuentra el desarrollo de una estrategia y un plan nacional de acción de salud pública (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 43). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC) establece la creación de una estrategia y un plan nacional de salud pública basado en la evidencia y que determine metas planificadas, además de un conjunto de obligaciones básicas o mínimas que todos los Estados deben asumir como parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 43). Ocuparse de la salud materna y reproductiva es una obligación de un nivel de prioridad comparable y no hay país en el mundo en el que un plan nacional de acción no deba incluir la atención de la salud materna (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 44).

Todos esos planes de acción deben basarse en un análisis situacional sólido de la salud sexual, reproductiva y materna en el país, así como en la mejor evidencia de qué intervenciones se requieren para abordar la morbilidad y la mortalidad maternas (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 43f). Los cuatro pilares de la reducción de la mortalidad materna son actualmente bien claros: atención calificada durante el parto, acceso a atención obstétrica de emergencia (AOEm), y una red funcional de derivaciones, junto con la planificación familiar (FREEDMAN et al., 2007). Por lo tanto, todo plan nacional de acción sobre salud materna debe priorizar estos cuatro pilares en el contexto del fortalecimiento del sistema sanitario general, como las medidas “apropiadas” que deben adoptarse conforme al derecho internacional, aunque las medidas legislativas y programáticas variarán desde el punto de vista contextual según el análisis situacional (NACIONES UNIDAS, 1966, art. 2; NACIONES UNIDAS, 2000; YAMIN; MAINE, 1999). En consonancia con el derecho internacional, el plan de acción nacional también debería incluir una amplia variedad de servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, cuyo objetivo sea permitir a las mujeres ejercer el derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la propia vida (ICPD, 1994, párr. 7.2; NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 20-21; NACIONES UNIDAS, 1999).

De acuerdo con el derecho internacional, el proceso de diseño de un plan nacional debe ser participativo y transparente, y su implementación debe someterse a evaluaciones periódicas, que también deben ser públicas (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 43f). Si bien la salud materna es una cuestión de derechos, las mujeres que utilizan los servicios de salud no son objeto de caridad gubernamental u objetivo de una política de desarrollo diseñada en cualquier otra parte: ellas y su familia son agentes que tienen una función que cumplir en la definición de programas y políticas que estructuren las posibilidades para su bienestar. Por lo tanto, la participación no puede ser una consulta hueca; debe estar vinculada con las decisiones de políticas que tomen los gobiernos (muchas veces junto con un donante o una institución multilateral). Por ejemplo, las personas tienen derecho no sólo a saber si a los centros de salud se les está exigiendo que permitan

las posiciones tradicionales de parto y otras modalidades de atención culturalmente apropiadas; la sociedad civil debe tener derecho a influir sobre la definición de lo que constituye una modalidad de atención culturalmente apropiada.

Exigir que las decisiones sobre políticas que afecten los derechos de las personas, incluyendo el derecho de las mujeres a la salud materna, sean justificadas y someter esas justificaciones al examen público, es fundamental para la rendición de cuentas y va más allá de la restricción de políticas visiblemente arbitrarias. Siempre surgirán interrogantes en la interpretación de un análisis situacional o en el diseño de un plan nacional que no sean de naturaleza técnica, sino que reflejen profundos juicios de valor. Por ejemplo, a pesar de que los derechos humanos plantean la no discriminación, y la Observación General N.º 14 establece que el plan de acción nacional deberá “prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados” (NACIONES UNIDAS, 2000; párr. 43f), no hay una única respuesta sobre qué prioridad debe darse exactamente a las zonas remotas y subatendidas en comparación con las zonas periurbanas empobrecidas y densamente pobladas. En las planificaciones convencionales y utilitarias de desarrollo o de salud pública, ese tipo de decisiones se basarían en cálculos de costo-utilidad a cargo de grupos de expertos. Sin embargo, en un paradigma de derechos humanos, dichas planificaciones y preparación de presupuestos deben someterse a deliberaciones públicas con fundamento.

El profesor de ética rawlsiano, Norman Daniels, propone la “rendición de cuentas sobre la razonabilidad,” para garantizar la equidad de los procesos con el fin de establecer las prioridades en salud (DANIELS, 2008). Para cumplir con los estándares de rendición de cuentas sobre la razonabilidad, que en términos generales concuerda con los intereses de derechos humanos, el proceso de diseño de un plan de acción y determinación de las prioridades debe: 1. estar sujeto a justificación pública; 2. estar razonablemente relacionado con el propósito de reducción de la mortalidad materna y promoción de la salud materna; 3. poder aplicarse y 4. permitir cierta forma de apelación en circunstancias determinadas, como la desatención evidente de una población minoritaria (DANIELS, 2008; GRUSKIN; DANIELS, 2008).

3.2 Análisis presupuestario: el gasto y la asignación como elementos fundamentales de la rendición de cuentas

Los planes de acción pueden estar colmados de principios basados en los derechos pero para avanzar hacia la realización del derecho a la salud materna hay que invertir. Los presupuestos suelen ser la mejor prueba para comprobar si los gobiernos realmente están dando prioridad a la salud materna (KGAMPHE; MAHONY, 2004). Por lo tanto, exigir transparencia y rendición de cuentas en los presupuestos es clave para transformar los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de las mujeres.

Un ejemplo innovador de defensa internacional respecto de la rendición de cuentas presupuestaria es la “Campaña de las 6 preguntas”, por la cual a través de la *International Budget Partnership*, las organizaciones de la sociedad civil de 85 países están evaluando el compromiso de sus gobiernos con el ODM 6, entre otras cuestiones. Dos de las seis preguntas se relacionan con la salud materna y específicamente con el gasto en uterotónicos y sulfato de magnesio y la capacitación

de parteras calificadas (INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP, 2010). Los resultados de la campaña se darán a conocer inmediatamente antes de la cumbre sobre los ODM en septiembre de 2010, y lo más probable es que revelen tanto si los gobiernos están dispuestos a proporcionar esta información y son capaces de hacerlo, como cuánto dinero se está invirtiendo.

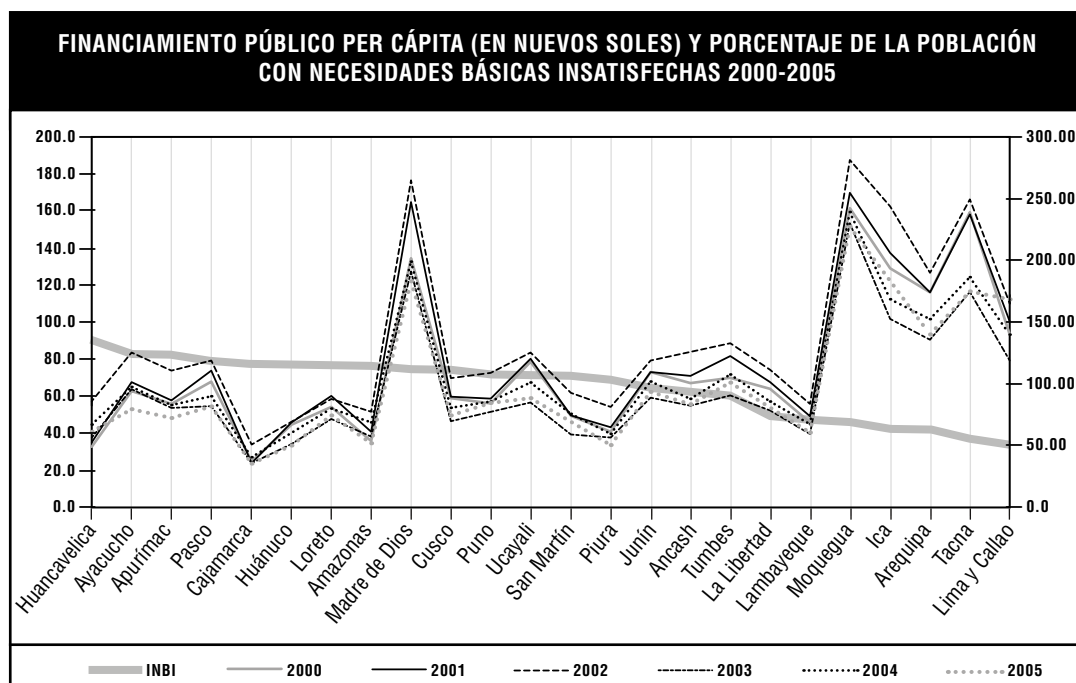
A veces la cuestión que se plantea en materia presupuestaria es si un Estado está destinando “hasta el máximo de los recursos que dispone” al derecho a la salud y a ocuparse de la mortalidad materna en particular, conforme con las obligaciones internacionales de derechos humanos. En *The Missing Link: Applied budget work as a tool to hold governments accountable for Maternal Mortality Commitments*, la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos (IIMMHR) se basa en ejemplos de México, Tanzania y la India para “destacar que la falta de progreso real en la reducción de la mortalidad materna está incuestionablemente relacionada con el hecho de que los gobiernos no dan prioridad presupuestaria a la salud materna” (IIMMHR, 2010, p. 7).

Sin embargo, a veces se da el caso de la disponibilidad de recursos considerables que incluso se están destinando al sector de la salud, pero los resultados son deficientes debido a una amplia variedad de factores. Estos incluyen: la falta de capacidad para absorber recursos, la inversión ineficaz, la débil gestión financiera, las prácticas deficientes de compras, la supervisión limitada y la gestión deficiente a nivel de distrito en sistemas sanitarios descentralizados (INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP, 2001; KEITH-BROWN, 2005). Es esencial ir más allá del diseño de los presupuestos para identificar brechas en la rendición de cuentas en términos de asignación e implementación, a fin de diseñar estrategias específicamente orientadas, ya sea para la corrupción o para las inversiones ineficaces.

Entre la información más valiosa que revela la asignación presupuestaria desde el punto de vista de los derechos humanos se encuentra la posibilidad de “entender a *qué parte de la población se da prioridad*” lo que a su vez “permite demostrar si el gobierno cumple con su obligación de no discriminación” (IIMMHR, 2010, p. 7). Por ejemplo, un informe que escribí en 2007 para *Physicians for Human Rights* (Médicos para los Derechos Humanos), *Demoras fatales: mortalidad materna en el Perú*, demostraba que el gobierno del Perú estaba asignando inadecuadamente el gasto público en salud a departamentos con menos necesidades básicas insatisfechas. Así, Huancavelica, un departamento con más del 90% de la población con necesidades básicas insatisfechas, recibía la misma fracción del gasto público per cápita en salud que recibían otros departamentos más ricos de la costa altamente urbanizada.

Asimismo, los departamentos que se encuentran por debajo de la línea negra—es decir aquellos con gasto público per cápita en salud más bajo en comparación con las necesidades básicas insatisfechas—por lo general tenían proporciones más altas de población indígena que los departamentos que se encuentran por arriba de la línea negra.

A su vez, el informe *Demoras Fatales* demostró, como era predecible, que la menor disponibilidad de recursos llevaba a una menor cantidad de intervenciones necesarias para salvar la vida de las mujeres. Huancavelica tenía un porcentaje extremadamente bajo de partos atendidos por profesionales capacitados (21%), en comparación con otros departamentos que recibían un mayor gasto en salud



Fuente: SIAF-MEF in Portocarrero AG. *La Equidad en la Asignación Regional del Financiamiento del Sector Público de Salud. 2000-2005*. CIES: 9. (YAMIN et al., 2007).

(YAMIN et al., 2007). El propio informe del Perú sobre el cumplimiento de los ODM en ese entonces destacó la inequidad en el avance hacia el logro del ODM 5 (NACIONES UNIDAS, 2004a, p. 62). Sin embargo, la utilización de un marco de derechos humanos que incluye un análisis presupuestario permitió replantear esas disparidades persistentes como la discriminación sustantiva resultante de la asignación inadecuada de recursos, discriminación que generaba derecho a una reparación (YAMIN et al., 2007).

En un informe de 2009 sobre salud materna y otros derechos económicos y sociales en Guatemala, el Centro de Derechos Económicos y Sociales (CDES) también halló asignaciones inadecuadas de recursos que se correlacionaban con linajes étnicos y derivaban en una discriminación de hecho. El informe del CDES ahondó un poco más en el tema al exponer las relaciones entre las políticas tributarias regresivas e inadecuadas de Guatemala y su mal desempeño en el gasto social, incluyendo la salud materna (CESR, 2009).

Exigir a los gobiernos que justifiquen públicamente sus asignaciones presupuestarias así como las políticas que llevan a recursos disponibles insuficientes para invertir en políticas sociales, incluida la salud materna, es un paso importante para promover la rendición de cuentas sistémica. También es importante proporcionar a la ciudadanía las herramientas y la información necesarias para evaluar si los gastos han sido eficaces.

Para poder poner los presupuestos a disposición del público, es fundamental la promulgación de leyes de acceso a la información. Sin embargo, es necesario generar una cultura de participación, rendición de cuentas y transparencia en todos los niveles del gobierno para lograr que los presupuestos satisfagan mejor las necesidades de las

personas, y en particular las de las mujeres. Para asegurar una cultura de ese tipo, es esencial el desarrollo de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil en el monitoreo presupuestario. Asimismo, se debe obligar a los Estados donantes a cumplir con los compromisos que han asumido en consonancia con los Principios de París y el Programa de Acción de Accra para garantizar la transparencia con respecto a la forma en que se invierten los fondos que proveen o facilitan, y se debería exigir requisitos similares a los donantes privados (OECD, 2008).

3.3 Monitoreo: el papel crítico de los indicadores para medir el progreso y establecer prioridades

Para responsabilizar a los gobiernos por la realización del derecho a la salud materna en virtud de las obligaciones jurídicas internacionales es necesario monitorear “el goce progresivo.” Los grupos de defensa de los derechos humanos son expertos en evaluar la adecuación de las medidas políticas que adoptan los Estados, así como en determinar cuándo se están adoptando políticas o legislaciones que indiquen regresión, como las restricciones en la disponibilidad de anticonceptivos o las prohibiciones draconianas del aborto (AMNESTIA INTERNACIONAL, Nicaragua, 2009a). Es fundamental identificar esas leyes y políticas, que constituyen determinantes sociales de la mortalidad y la morbilidad maternas.

Sin embargo, para que los gobiernos y los grupos defensores de los derechos humanos puedan evaluar si un Estado está logrando avances adecuados en el mejoramiento de la salud materna, es necesario aplicar indicadores cuantitativos apropiados. Por ejemplo, como nos interesan tanto las disparidades como el avance total desde la perspectiva de los derechos humanos, sería útil contar con índices de mortalidad materna desglosados, que es el indicador con el cual se mide el logro del ODM 5(a) por parte de los Estados. Sin embargo, los índices de mortalidad materna por sí solos son insuficientes, ya que se basan en datos por lo general difíciles de recoger e interpretar, por razones tanto estadísticas como prácticas (MAINE, 1999). Así, por ejemplo, las estimaciones de los índices de mortalidad materna de Sierra Leona oscilan entre 857 por cada 100.000 nacimientos vivos en la última Encuesta de Demografía y Salud (DHS, por sus siglas en inglés) del gobierno realizada en el año 2009 y 2.100 por cada 100.000 (SIERRA LEONA, 2009; AMNESTÍA INTERNACIONAL, Sierra Leona, 2009b). La verdad es que no sabemos cuál es el índice real de mortalidad materna de Sierra Leona, o cuál será en el año 2015, sin contar las reales disparidades regionales dentro del país. Más aún, los índices de mortalidad materna por sí solos no indican cuáles son las prioridades en términos del abordaje de la morbilidad y la mortalidad maternas.

Por lo tanto, para que los gobiernos midan sus propios avances —y para que los grupos defensores de los derechos humanos los responsabilicen por la realización progresiva— necesitamos indicadores de proceso que: (1) puedan ser medidos en forma continua, para poder evaluar el desempeño de una administración en particular; (2) sean objetivos y comparables en todas las épocas y los países y/o las subregiones de los países y (3) se relacionen con las intervenciones programáticas que sabemos que están vinculadas con la reducción de la mortalidad materna.

Por ejemplo, los datos sobre las necesidades satisfechas de anticoncepción y

atención calificada durante el parto son fundamentales, al igual que los indicadores como el acceso a los medicamentos antirretrovirales, especialmente en regiones en las que existe una sinergia fatal entre la epidemia de VIH y la mortalidad y la morbilidad maternas (HOGAN et al., 2010) Todos estos indicadores deben ser desglosados por quintil de ingresos, raza/etnia y región.

Los indicadores que miden la disponibilidad, la distribución y el uso de atención obstétrica de emergencia (indicadores de AOEm) no sólo son cruciales, sino que además pueden vincularse directamente con los requisitos del derecho internacional, que impone a los gobiernos la obligación de hacer que la atención cumpla con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad suficiente (DAAC) (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 12). Un manual del año 2009 (OMS et al., 2009) expone estos indicadores de AOEm actualizados, que fueron elaborados por la OMS, UNICEF, y UNFPA, conjuntamente con el programa para evitar la muerte materna y la discapacidad (Averting Maternal Death and Disability – AMDD) de la Universidad de Columbia. Es importante señalar que los indicadores de AOEm pueden ser monitoreados a nivel de distrito y a nivel nacional, puesto que el monitoreo a un nivel “donde haya poder para efectivizar el cambio” es clave para transformar los sistemas de salud (FREEDMAN et al., 2005).

Asimismo, frente a las causas multifactoriales de la alta mortalidad materna, los indicadores de AOEm pueden ser de suma utilidad a los gobiernos para establecer las prioridades y, en la medida en que se den a conocer públicamente, a los defensores de los derechos para hacer que los gobiernos asuman la responsabilidad de adoptar las prioridades apropiadas. Por ejemplo, el Manual del programa AMDD contiene un ejercicio que presenta tres escenarios. En el primer escenario hay tres centros de AOEm en funcionamiento para casi 1 millón de personas en lugar de 10, que es la cantidad establecida como nivel mínimo aceptable, y se encuentran en su mayoría en zonas urbanas. Si bien los demás indicadores también muestran un nivel bajo, se destaca la falta de disponibilidad de atención. Cuando esta información se da a conocer públicamente, como debería suceder, permite que los defensores de los derechos y los planificadores de programas gubernamentales, den prioridad a la rendición de cuentas por la habilitación de los centros para brindar la atención disponible, especialmente en zonas rurales, subatendidas (OMS et al., 2009, p. 41). Desde el punto de vista de la rendición de cuentas de derechos humanos, la distribución de los centros de salud debería complementarse con información etnográfica para distinguir posibles patrones de discriminación en la accesibilidad (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 12).

En el segundo escenario, hay nueve centros de AOEm en funcionamiento, incluso algunos en zonas rurales, y dos de ellos ofrecen atención integral. Sin embargo, muy pocas mujeres que requieren AOEm son atendidas en estos centros (la necesidad satisfecha de AOEm es del 8%) (OMS et al., 2009, p. 42). El bajo uso de la AOEm podría atribuirse a la falta de accesibilidad (ya sea geográfica, económica por los honorarios que deben abonar los usuarios u otras barreras y/o falta de información accesible) así como a la falta de aceptabilidad cultural, y/o la falta de calidad real/percibida. Todas son manifestaciones de la falta de rendición de cuentas. Sin embargo, requieren soluciones diferentes. Para poder dilucidar la naturaleza de las brechas en la rendición de cuentas implícitas en el bajo uso de la AOEm, existen varios métodos de investigación que

podrían emplear los gobiernos o los grupos de defensores de los derechos, entre ellos las encuestas basadas en la comunidad, los grupos focales, las entrevistas al personal, la observación directa del funcionamiento de los centros de salud y una revisión de los sistemas de registro de documentación (OMS et al., 2009, p. 42).

En el tercer escenario, hay 13 centros de AOEm y tres de ellos ofrecen atención integral (que incluye capacidad quirúrgica y para bancos de sangre), y parecen estar bien distribuidos en términos de zonas rurales-urbanas. Un cuarto de los nacimientos tienen lugar en centros de salud y la necesidad satisfecha de AOEm es de casi dos tercios. Sin embargo, la tasa de letalidad obstétrica directa es muy alta, siendo de 15% (con un máximo nivel aceptable de 1%). En este escenario, la calidad de la atención en los centros de AOEm debe ocupar el primer lugar en términos de la identificación de brechas en la rendición de cuentas (OMS et al., 2009, p. 42). Asimismo, en este caso, las auditorías de las muertes maternas y las autopsias verbales pueden ser muy útiles para discernir si las altas tasas de letalidad se relacionan con la presentación tardía o con la atención proporcionada, siempre y cuando cumplan las condiciones establecidas anteriormente.

La selección y aplicación de indicadores no es una mera cuestión técnica; la dignidad incluye el acceso a bancos de sangre y suturas y es necesaria una forma de medir ese acceso si queremos que la rendición de cuentas tenga sentido. Relacionando la responsabilidad del gobierno en cuanto a los criterios de DAAC con las pruebas que hallemos con respecto a los obstáculos específicos que impidan a las mujeres recibir la atención necesaria, observamos que las muertes maternas son el resultado previsible de fallas sistemáticas con respecto a decisiones de política, programáticas y presupuestarias, además de factores socioculturales. Por lo tanto, en la medida en que esta información se ponga a disposición del público, ya no será necesario que los donantes, los defensores de los derechos y los gobiernos traten el tema de la rendición de cuentas como algo abstracto para realizar el derecho a la salud materna, sino que será posible identificar formas muy concretas para que los ministerios de salud hagan operativas sus obligaciones jurídicas con respecto al derecho a la salud materna.

El hecho de que la iniciativa *Cuenta Regresiva 2015 (Countdown to 2015)* ahora incluya un indicador sobre la disponibilidad de centros de AOEm en su seguimiento global constituye un importante avance hacia la rendición de cuentas. Sin embargo, dicho seguimiento requiere una evaluación de las necesidades y mediciones permanentes de los centros de AOEm, que no se han realizado en todos los países, muchos de ellos con niveles elevados de mortalidad materna. A pesar de que los indicadores de AOEm han sido aplicados en aproximadamente 50 países (OMS et al., 2009), no siempre han sido utilizados a nivel nacional o en forma continua. Sería un importante avance hacia la rendición de cuentas instituir la recolección y el uso continuos de estos datos en los sistemas de salud de todo el mundo, tanto en centros de salud públicos como privados, y asegurarse de que la información sea totalmente accesible.

Los gobiernos son los principales responsables en virtud del derecho internacional de seleccionar y utilizar indicadores apropiados, así como de permitir el acceso público transparente a la información sobre las mediciones e implicancias de dichos indicadores. Sin embargo, como los donantes y los organismos internacionales muchas veces impulsan el uso de indicadores, esta es un área en la que pueden desempeñar un papel de especial importancia, mediante

la asistencia sanitaria bilateral y el proceso de ODM. Por su parte, el Consejo de Derechos Humanos podría promover una rendición de cuentas real haciendo que los Estados informen sobre la disponibilidad de centros de AOEm, si no sobre todos los indicadores de AOEm, como parte del examen periódico universal, y alentando a los Estados que no han adoptado los indicadores de AOEm a que lo hagan. Los órganos de vigilancia de los tratados de la ONU podrían tomar medidas similares para hacer hincapié en la importancia de monitorear el uso y la disponibilidad de la AOEm además de la planificación familiar, la atención calificada durante el parto y otras áreas, para el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la salud materna conforme a los tratados pertinentes de derechos humanos.

4 Promoción de la “rendición de cuentas constructiva” a nivel del centro de salud

Las iniciativas a nivel nacional y distrital son cruciales, pero la importancia del monitoreo y la evaluación periódicos, y las iniciativas adoptadas a nivel del centro de salud no deben pasarse por alto para aumentar la transparencia, la capacidad de respuesta y la participación en el sistema de salud, todos elementos esenciales para un enfoque de la rendición de cuentas basado en los derechos humanos (GILL et al., 2005, p. 192). Cambios tan simples como exigir que los precios de todos los servicios o medicamentos estén claramente exhibidos, y no sujetos a negociación, o que el personal use identificaciones con su nombre para que los pacientes puedan identificarlos por el nombre, puede cambiar profundamente las actitudes y las relaciones entre prestadores y pacientes. Estas reformas no son sólo importantes para la salud materna, sino para todas las cuestiones sanitarias abordadas dentro del centro de salud y a través de sus actividades de extensión en la comunidad.

Las iniciativas de rendición de cuentas basadas en el centro de salud deben implementarse de modo que sean respetuosas de los derechos del personal, así como de los derechos de los pacientes. No sólo no debe utilizarse al personal sanitario como chivo expiatorio de las fallas institucionales, sino que además no se lo debe someter a exigencias irrazonables. Por ejemplo, no se puede esperar que ningún miembro del personal trabaje las 24 horas al día los 7 días de la semana para que siempre haya cobertura; tampoco se puede esperar que el personal eche mano a su sueldo para pagar los medicamentos o insumos para las mujeres que presentan emergencias obstétricas. Por el contrario, se puede alentar al personal sanitario de primera línea para que participe en la resolución de las falencias de la rendición de cuentas en los centros donde trabajan mediante la creación de incentivos para informar y abordar los problemas. El liderazgo personal e institucional ha demostrado ser útil para implementar enfoques de la rendición de cuentas basados en los derechos humanos a nivel del centro de salud (COMISIÓN ESCOCESA DE DERECHOS HUMANOS, 2009).

No obstante, los usuarios de los centros de salud, ya sea públicos o privados, también necesitan poder presentar quejas cuando son víctimas del maltrato, la discriminación o la atención inadecuada (HUMAN RIGHTS WATCH, 2010). Los mecanismos de reparación de agravios deben ser accesibles para todos los usuarios y sus familiares, incluso para los analfabetos que no pueden presentar quejas por escrito. Asimismo, para ser eficaces deben

permitir el abordaje de cuestiones sistémicas que exceden los límites del centro de salud.

Más aún, la participación de la comunidad en la supervisión del centro de salud debe ir más allá de la reparación del agravio. En Perú, por ejemplo, los centros de CLAS (Comités Locales de Administración de Salud) promueven la participación de los miembros de las comunidades locales en la administración de los consejos que se ocupan de la planificación, las auditorías financieras y la supervisión de los centros, junto con el personal profesional. En otros países existen sistemas similares, y a veces están unidos a una educación de derechos humanos basada en la comunidad. Estos sistemas deberían ser estudiados para identificar prácticas óptimas para lograr que los centros sean responsables ante las comunidades locales de la atención de la salud materna y de otra índole, y de permitir que los miembros de las comunidades locales, y en particular las mujeres, se apropien de su condición de titulares de derechos que reclaman sus derechos legales y sociales (YAMIN et al., 2007).

El objetivo es establecer lo que Lynn Freedman (2003) denomina una “rendición de cuentas constructiva”, una nueva dinámica de derecho y obligación. Implementada con eficacia, la rendición de cuentas basada en el establecimiento puede promover cambios fundamentales en las actitudes tanto entre los miembros de la comunidad como entre el personal sanitario con respecto a sus derechos y responsabilidades, y la función del sistema de salud.

4.1 Litigio: el papel esencial de los tribunales y los órganos cuasijudiciales en la transformación de los sistemas de salud

El monitoreo por sí solo no basta para lograr una rendición de cuentas basada en los derechos humanos (POTTS; 2008). Lo fundamental para poder hacer valer los derechos es su naturaleza jurídica vinculante. Por lo tanto, los recursos judiciales y cuasijudiciales cumplen un papel clave en por lo menos cuatro áreas relacionadas con el derecho a la salud, y a la salud materna, sexual y reproductiva en particular: la implementación de leyes y políticas vigentes; la reforma de políticas y presupuestos que no contemplan en forma razonable los derechos a la salud; la eliminación de las restricciones legales para la atención de la salud; y los cuestionamientos a las violaciones sistémicas de los derechos de salud materna y reproductiva de las mujeres en la práctica.

En primer lugar, deben estar disponibles los recursos para garantizar la rendición de cuentas por la implementación de las leyes y políticas vigentes. Lamentablemente, es muy común que la legislación y las políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva no sean implementadas mediante normativas adecuadas. Por ejemplo, en el caso de *Paulina Ramírez c/ México* (CIDH, 2007), el Centro de Derechos Reproductivos junto con el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) presentaron una petición a la CIDH en 2002 sobre la falta de promulgación por parte del gobierno de normativas adecuadas relacionadas con el acceso al aborto en casos de violaciones, que estaba establecido por ley (CIDH, 2007). El caso fue resuelto mediante un acuerdo de solución amistosa, por el cual el gobierno mexicano no sólo aceptó indemnizar a la peticionaria sino también emitir un decreto regulando las normas de acceso al aborto para las víctimas de violaciones (CIDH, 2007). Asimismo, el proceso de litigio y la movilización en torno de este tema cumplieron un papel importante

en el cambio del debate público sobre el aborto en México y llevaron finalmente a la liberalización de la legislación sobre el aborto en la Ciudad de México.

En marzo de 2010, el Tribunal Supremo de Delhi no sólo ordenó que se realizara una auditoría de la muerte materna en relación con la muerte de Shanti Devi, una mujer de una casta clasificada que había sido víctima de severas discriminaciones en el sistema de salud, sino que además exigió la implementación apropiada de programas patrocinados por el Estado relacionados con la atención de la salud materno-infantil de los pobres. Citando tanto el derecho internacional como decisiones previas de la Suprema Corte, el Tribunal Supremo de Delhi exigió que se elimine la carga onerosa que representa demostrar indigencia para tener acceso a los servicios de salud reproductiva, que se garantice la portabilidad de los planes de prestaciones en todos los Estados y se garantice la asistencia económica a las mujeres necesitadas (INDIA, *Laxmi Mandal c/ Deen Dayal Haringer Hospital & Ors Writ Petition*, 2010).

En segundo lugar, los recursos pueden lograr reformas de políticas y presupuestos que no protegen de manera adecuada los derechos humanos. En el caso ahora famoso de la *Campaña de Acción para el Tratamiento* (SUDÁFRICA, *Ministro de Salud c/ Campaña de Acción para el Tratamiento*, 2002), el Tribunal Constitucional de Sudáfrica halló que no era razonable restringir la administración de Nevirapina para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH a 18 centros piloto, a la luz de sus obligaciones constitucionales con respecto al derecho a la salud. El Tribunal no sólo ordenó que se extendiera la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH a todo el país, sino que también ordenó la implementación de un plan nacional de acción con respecto a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y se estableció como guardián de la implementación de ese plan de acción.

La Corte Constitucional Colombiana determinó que reducir el presupuesto nacional para el programa de seguro de salud subsidiado, que ofrece cobertura a la población de bajos recursos, no era congruente con las obligaciones del gobierno relacionadas con el derecho a la salud. La Corte consideró que esas reducciones presupuestarias constituyen una regresión intolerable, especialmente porque afectarían a los sectores más vulnerables de la sociedad colombiana (COLOMBIA, 2000, 2004).

En tercer lugar, deben existir recursos para enfrentar las barreras legales que obstaculizan la atención de la salud que son discriminatorias o violan directamente los derechos a la salud. Las restricciones al aborto han dado origen a gran cantidad de litigios de este tipo. Por ejemplo, en un par de causas importantes, la Corte Constitucional Colombiana declaró inconstitucional la prohibición de los abortos terapéuticos por violar los derechos de la mujer a la salud y a una vida digna (COLOMBIA, 2006). Posteriormente, la Corte ordenó que todas las instituciones sanitarias garanticen el acceso de prestadores que realicen ese tipo de abortos, y advirtió que la objeción de conciencia es un derecho de los individuos y no de las instituciones (COLOMBIA, 2009). Cabe destacar que el fallo de la Corte en esta causa, al igual que en otras (COLOMBIA, 2008), rige tanto para prestadores privados como públicos. De hecho, la intervención judicial ha sido importante para determinar el alcance de las obligaciones de los actores privados con respecto a la prestación de atención sanitaria en varios países.

Después de que Nicaragua modificó su código penal en el año 2008 para incluir una prohibición total del aborto, aun cuando la vida de una mujer corra riesgos, un

grupo de organizaciones no gubernamentales de Nicaragua y de la región sometió una causa a la CIDH (CIDH, *“Amelia”, Nicaragua*, 2010) denunciando que lo establecido por la ley violaba, entre otros, los derechos a la vida y a la salud. La CIDH dictó medidas cautelares en la causa, y ordenó al gobierno de Nicaragua que garantizara a la peticionaria el acceso al tratamiento médico apropiado para su afección. La causa dio lugar a movilizaciones, tanto a nivel nacional como internacional a través de Amnistía Internacional (AMNISTÍA INTERNACIONAL, Nicaragua, 2009a).

En cuarto lugar, los recursos legales son esenciales en los casos en los que hay violaciones sistemáticas de los derechos de la mujer a la salud en la práctica. Por ejemplo, el litigio demostró cumplir un papel fundamental en una estrategia más amplia de rendición de cuentas en el Perú cuando, entre 1996 y 1998, una cantidad estimada de 260.000 mujeres, casi todas indígenas, fueron esterilizadas sin un consentimiento totalmente informado y en condiciones en las que estaban en riesgo su derecho a la salud y su vida. Un grupo de organizaciones no gubernamentales peruanas inició la emblemática causa de María Mamérita Mestanza Chávez (CIDH, *Perú c/ María Mamérita Mestanza Chávez*, 2000), en la se denunció que una mujer fue sometida a una esterilización forzada y más tarde falleció como resultado de la operación, lo que constituye un hecho emblemático de un patrón de violaciones de derechos fundamentales y de la discriminación de las mujeres indígenas en la sociedad peruana. Después de que la causa no fuera admitida por el sistema jurídico peruano, las ONG lograron que se aceptara una petición en el sistema interamericano.

De igual modo, en el año 2008 el Centro de Derechos Reproductivos presentó una petición ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) contra Brasil en relación con el caso emblemático de discriminación sistemática de hecho contra afrodescendientes en la atención de la salud materna en ese país (NACIONES UNIDAS, *Alyne da Silva Pimentel c/ Brasil*, 2007). En la primera causa de mortalidad materna que se presentó ante el CEDAW, el Centro, junto con su socia brasileña Advocaci, pidió que el gobierno no sólo indemnizara a los familiares de la peticionaria, sino que además priorizara la reducción de la mortalidad materna en la práctica mediante la capacitación de los prestadores, el establecimiento y la aplicación de protocolos y el mejoramiento de la atención sanitaria en comunidades vulnerables, entre otras cosas.

En resumen, el uso del litigio en estos casos no se limita a la mera restitución de un equilibrio preexistente o a promesas de no repetición, sino que las intervenciones judiciales y cuasijudiciales pueden cumplir papeles importantes en una estrategia más amplia de rendición de cuentas cuyo fin es transformar las prácticas y sistemas sanitarios discriminatorios y excluyentes que afectan el bienestar y la salud reproductiva y materna de las mujeres.

Además de los recursos judiciales, las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos (INDH) a veces pueden promover la rendición de cuentas sistemática por el avance de los objetivos en materia de salud materna, así como por violaciones de derechos relacionados con la salud materna. Por ejemplo, durante la última década en Perú, la Defensoría del Pueblo se ha ocupado activamente de monitorear y supervisar los derechos a la salud materna y reproductiva. Esto ha derivado, entre otras cosas, en la modificación de reglamentaciones y políticas relacionadas

con cuestiones que abarcan desde el consentimiento informado hasta normativas sobre las posiciones tradicionales de parto (PERU, 1999; YAMIN et al., 2007; PERU, 2005). Lamentablemente, Perú es una excepción. Teniendo en cuenta el interés que demuestran actualmente los Estados donantes y las fundaciones por las INDH, sería importante abordar en forma sistemática las limitaciones en los presupuestos, los recursos humanos, los conjuntos de habilidades y los mandatos que actualmente impiden que la mayoría de las INDH constituyan mecanismos eficaces de rendición de cuentas en la esfera de la salud materna y en otras áreas (SRIPATI, 2000).

5 Rendición de cuentas de los donantes: promoción del cumplimiento de las obligaciones de “asistencia y cooperación internacionales”

Muchas de las decisiones que afectan el ámbito de los derechos de las mujeres a la salud materna en el Sur global son tomadas por los gobiernos del Norte y en organizaciones internacionales controladas por estados miembros del Norte. El Comité DESC ha sido claro: “Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar “asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica” que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones [incluidas sus obligaciones básicas relacionadas con la salud materna y reproductiva]” (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 45).

Sin embargo, las delimitaciones de esas obligaciones no están claras y las declaraciones internacionales sobre las obligaciones de asistencia y cooperación internacionales siguen siendo muy débiles. Por ejemplo, los Principios de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, enfatiza la “armonización” y la “alineación” sin compromisos vinculantes basados en los derechos (OCDE, 2008). El Programa de Acción de Accra es en cierto modo más enérgico que los Principios de París, ya que requiere que la asistencia se implemente “de manera coherente con sus compromisos internacionales acordados respecto de la igualdad de género, los derechos humanos, la discapacidad y la sostenibilidad ambiental.” (OCDE, 2008). Sin embargo, no sigue a este texto un desarrollo de obligaciones específicas que lo respalden.

Asimismo, a diferencia de los demás ODM, el ODM 8, que requiere acciones de los países donantes, no establece metas. En general la “asociación mundial para el desarrollo” planteada en el ODM 8 no se ha materializado en torno a la salud materna y reproductiva, y las mejorías de los sistemas sanitarios básicos (NACIONES UNIDAS, 2010b). Para una inclusión significativa de los derechos humanos en los ODM, y en términos más generales en la práctica del desarrollo, es necesario que se establezcan metas y sus correspondientes indicadores que permitan responsabilizar a los estados donantes, así como a los gobiernos nacionales del Sur global. Estos indicadores deberían relacionarse no solamente con el aumento del apoyo sostenido de la salud materno-infantil (ODM 4 y 5, respectivamente) y los sistemas sanitarios a un nivel más general, sino también con cambios en una amplia variedad de otras políticas que afectan las posibilidades de las mujeres de gozar de sus derechos a la salud materna.

Pero esos indicadores por sí solos son insuficientes. Para promover la rendición

de cuentas de los Estados donantes y de las instituciones financieras internacionales se requiere un esfuerzo concertado para aumentar los costos del incumplimiento tanto de las obligaciones de abstenerse de adoptar políticas y acciones que socaven el derecho a la salud como de aquellas de brindar asistencia afirmativa económica y también técnica (NACIONES UNIDAS, 2004b; NACIONES UNIDAS, 2006a). Estos costos pueden ser económicos, políticos y sociales. Por ejemplo, el movimiento sobre VIH/SIDA ha demostrado una particular eficacia para cambiar el cálculo costo-beneficio de los actores internacionales, entre ellos los Estados donantes y las empresas transnacionales, así como los gobiernos con respecto a las políticas y el financiamiento relacionados con el acceso a los antirretrovirales y el VIH/SIDA en general. Aún no queda claro si una mayor participación de las ONG de derechos humanos, incluyendo la importante campaña mundial de Amnistía Internacional sobre mortalidad materna, llevará a la movilización de un movimiento internacional sostenido sobre salud materna que pueda ejercer una presión importante sobre los Estados donantes. Dicha presión se relacionaría con la abstención de causar daño, así como con la asistencia económica y técnica. Un ejemplo obvio con respecto a la obligación de “no causar daño” —abstenerse de acciones que socaven la salud materna— se relaciona con la contratación de profesionales sanitarios de países del Sur global que padecen una terrible escasez de personal sanitario para satisfacer su derecho a las obligaciones de salud. Como afirma una información sobre políticas de Realizing Rights acerca del ODM 5: “Los países donantes deben garantizar la coherencia de políticas en este sentido. Asimismo, el hecho de no ocuparse de la migración del personal sanitario socava la credibilidad de los donantes: ¿para qué establecer sistemas de salud en los países en desarrollo sólo para quitarles los preciosos recursos humanos? La coherencia de políticas en este tema es de fundamental importancia.” (REALIZING RIGHTS, 2010). En mayo de 2010, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad un Código de Prácticas mundial sobre la contratación internacional de personal sanitario (ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 2010). El Código promueve los compromisos voluntarios para la adopción de políticas de contratación responsables, pero su existencia ahora ofrece un marco que puede fomentar la cooperación y al mismo tiempo ser potencialmente utilizado para elevar el costo político del incumplimiento para cualquier país que no se rija por dichos compromisos.

En segundo lugar, los gobiernos donantes deben aumentar la asistencia económica y también el apoyo técnico. El ODM 5 ha sido el menos financiado de los ODM y, como es lógico, ha demostrado un avance muy dispar (OCDE, 2006; FREEDMAN, L.P. et al., 2007, p. 1133; NACIONES UNIDAS, 2010b). Pese a que un estudio de Lancet de 2010 muestra cierta evidencia prometedor de mejorías, queda claro que los enormes aumentos en el financiamiento sanitario mundial durante la última década no se han traducido en inversiones necesarias en servicios sanitarios básicos y salud reproductiva (HOGAN et al., 2010; EL BANCO MUNDIAL, 2009; OCDE, 2009). Aún la situación más optimista presenta grandes disparidades en el avance, y los niveles mundiales de mortalidad materna son mucho más altos que los requeridos para alcanzar la reducción general de 75% desde los niveles de 1990 requerida en virtud de los ODM (HOGAN et al., 2010; HILL et al., 2007, p. 1311; CUENTA REGRESIVA 2015, 2010, p. 10).

A pesar de que la mayor parte de la atención materna y neonatal se financia a nivel nacional, muchos países pobres simplemente no se encuentran en condiciones de brindar los servicios necesarios para salvar la vida de las mujeres. Por ejemplo, a fines del año 2009, los acuerdos con donantes permitieron establecer una política de atención de la salud gratuita para las mujeres embarazadas y en período de lactancia, y para los lactantes en Sierra Leona, donde Amnistía Internacional ha comprobado que los honorarios que debe pagar el usuario representaban uno de los mayores obstáculos para acceder a la atención sanitaria (WAKABI, 2010; AMNISTÍA INTERNACIONAL, Sierra Leona, 2009b).

Sin embargo, en general, si bien los ODM han coincidido con marcados aumentos en el financiamiento de la salud mundial, estos aumentos se han producido mayormente en relación con el VIH/SIDA (OCDE, 2009). Mientras que desde 1990 a 1998 12% de todo el financiamiento de los donantes (12% del CAD, Comité de Ayuda para el Desarrollo) fue asignado a combatir el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, durante el período abarcado entre 1999 a 2004, este porcentaje había aumentado a 25% (24% del CAD) en 2007. En cambio, el financiamiento destinado a la planificación familiar disminuyó durante el mismo período de 10% a 6% (14% a 6% del CAD), y el financiamiento de donantes para la atención de la salud reproductiva mostró leves bajas de 8% a 6% del total de donantes (7% a 6% del CAD) (OCDE, 2006). La Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) para la salud materno-infantil y neonatal representaba sólo 31% de toda la AOD para la salud en 2007 (CUENTA REGRESIVA 2015, 2010, p. 36).

La cuestión no es cambiar la forma de dividir la torta de la AOD, sino agrandar la torta. Un informe de la ONU de 2009 concluye: “Sin voluntad política y un compromiso firme con la población, la salud reproductiva y las cuestiones de género, es improbable que se cumplan los objetivos y las metas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de la Cumbre del Milenio” (NACIONES UNIDAS, 2009b, p. 20).

Varios autores han argumentado que el consenso sobre la necesidad de abordar la pandemia mundial de VIH/SIDA —porque en parte los costos económicos, políticos y sociales de no hacerlo serían demasiado altos para los países del Norte, como así también para los del Sur— ha sido más importante para aumentar el financiamiento que las metas establecidas en el ODM 6 (CROSSETTE, 2005, p. 77; HULME, 2009, p. 24). Más aún, la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA crearon importantes mecanismos institucionales mediante los cuales establecer compromisos del estado donante. El informe del Secretario General de la ONU de marzo de 2010 sobre los ODM afirma que, a la luz de la necesidad de aumentar la calidad, la previsibilidad y la estabilidad de la ayuda, además de su cantidad, “La combinación de los recursos aportados por los distintos donantes en fondos de donantes múltiples ha demostrado en repetidas ocasiones ser un método eficaz y que ha dado excelentes resultados, por ejemplo, en la lucha contra varias enfermedades infecciosas”. (NACIONES UNIDAS, 2010b, párr. 85).

En este sentido, varios autores sostienen que el mandato del Fondo Mundial podría ampliarse para incluir la salud materno-infantil, o los sistemas de salud en general (THE LANCET EDITORIAL BOARD, 2010; STARRS; SANKORE, 2010; STARRS, 2009; CORNETTO et al., 2009). Estas propuestas van mucho más allá de

la integración de la salud materna y reproductiva en programas de VIH/SIDA, lo cual es factible en virtud del mandato actual.

El Fondo Mundial, que fue establecido en el año 2002, está lejos de ser un mecanismo perfecto. Ha sido objeto de críticas sobre la sostenibilidad, la ineficacia y la falta de transparencia; los recursos no han sido distribuidos en forma equitativa entre el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, y las intervenciones por momentos han socavado los sistemas sanitarios en lugar de fortalecerlos (HALL, 2005). Asimismo, la creación de un mecanismo no puede ser un hecho aislado; la constante presión de los movimientos relacionados con el VIH/SIDA en diferentes países cumplió un papel importante en el sostenimiento de los compromisos financieros con el Fondo Mundial.

No obstante, la ampliación y adaptación del Fondo Mundial ofrece la posibilidad de hacer que los Estados donantes asuman compromisos a largo plazo con los sistemas de salud y salud materna en forma más amplia. El marco establecido a través del Fondo Mundial no asume que las necesidades críticas en materia de salud deben abordarse de forma “sostenible”; es decir, que la ayuda es por un tiempo determinado y se debe trabajar con miras a que los gobiernos de bajos recursos se valgan por sí solos pese a la falta de recursos financieros, materiales y humanos y a una arquitectura global que los coloca en posición de desventaja (CORNETTO et al., 2009; EL FONDO MUNDIAL, 2007). En cambio, se asumen una cierta responsabilidad internacional y un compromiso internacional continuo concomitante con el financiamiento de actividades que se ocupen del VIH, la tuberculosis y la malaria (NACIONES UNIDAS, 2006a, párr. 41). Es imperativo que se asuma un compromiso mundial similar con la inversión en sistemas de salud, y en la salud materna en particular. La ampliación y adaptación del Fondo Mundial, o la creación de mecanismos similares, demostrarían un compromiso serio por parte de los donantes y al mismo tiempo elevaría potencialmente los costos políticos y sociales de las suspensiones erráticas de la ayuda para los sistemas sanitarios en el largo plazo.

6 Conclusiones

La mortalidad materna no es principalmente un problema médico; es fundamentalmente un problema social y un problema de voluntad política a nivel nacional e internacional. La razón por la cual cientos de miles de mujeres y niñas mueren todos los años no es que no sepamos cómo salvarlas. Las mujeres siguen muriendo en cantidades masivas en todo el mundo porque no se valora la vida de las mujeres, porque sus voces no son escuchadas, porque son discriminadas y excluidas dentro de sus hogares y sus comunidades, y por sistemas de salud que no dan prioridad a sus necesidades.

He argumentado en este artículo que para promover una rendición de cuentas transformadora con respecto a la realización del derecho a la salud materna no basta con condenar públicamente la escandalosa injusticia de esas muertes, y reclamar que los Estados actúen de conformidad con sus obligaciones legales internacionales. Es necesario traducir el poderoso discurso normativo de los derechos humanos en guías operativas y herramientas concretas para los profesionales del área del desarrollo, los planificadores de salud y los prestadores de servicios, así como los usuarios del sistema de salud. Es poco probable que se logren transformaciones de los sistemas de salud

con enfoques punitivos que llevan, en forma intencional o no, a hacer hincapié en las sanciones individuales. Es muy poco probable que se produzcan dichas transformaciones implementando medidas que promueven cambios sistémicos e institucionales, que a la vez fomentan diferentes relaciones entre prestadores y usuarios de los servicios de salud.

Los gobiernos nacionales deberían hacerse responsables de las decisiones que abarcan desde el análisis de la situación inicial y el diseño del plan de acción con respecto a la salud materna hasta la elaboración del presupuesto, el monitoreo y la evaluación, y la provisión de recursos. En cada una de las etapas, la transparencia, el acceso a la información y la participación pública significativa son elementales para la rendición de cuentas basada en los derechos. Asimismo, los gobiernos donantes deben hacerse responsables de la coherencia de políticas y de la existencia de una mayor asistencia financiera para los sistemas de salud y la salud materna, lo cual requerirá mecanismos innovadores y al mismo tiempo una movilización social y política para elevar los costos económicos, políticos y sociales del incumplimiento.

Además, existe una relación importante entre los mecanismos y organismos internacionales y los nacionales en términos de la promoción de la rendición de cuentas. Los órganos de vigilancia de los tratados de la ONU y los procedimientos especiales, junto con el Consejo de Derechos Humanos y otros órganos regionales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Comisión Africana, tienen un papel clave que cumplir para garantizar que las leyes y políticas sean congruentes con las obligaciones de derechos humanos de los gobiernos, que se logre un avance adecuado en consonancia con los indicadores apropiados en forma no discriminatoria; que se asignen recursos suficientes en forma eficaz; que las acciones para la reducción de la mortalidad materna presten especial atención a la población marginada; y que existan mecanismos de reparación adecuados a nivel nacional.

Un enfoque de la mortalidad y la morbilidad maternas basado en los derechos humanos requiere destruir una amplia variedad de “patologías del poder” que marginan sistemáticamente a las mujeres y sus necesidades sanitarias (FARMER, 2005). Sin embargo, al cuestionar las estructuras de poder que impiden que las mujeres tomen decisiones sobre su vida, se debe incluir aquellas estructuras del sistema de salud que condenan a las mujeres a sufrimientos innecesarios y a la muerte. Como escribieron Paul Hunt y Gunilla Backman: “En cualquier sociedad, un sistema sanitario eficaz es una institución básica, no menos que un sistema de justicia equitativo o un sistema político democrático. ... Sólo mediante la creación y el fortalecimiento de sistemas sanitarios se podrá garantizar el desarrollo sostenible, la reducción de la pobreza, la prosperidad económica, mejor salud para los individuos y las poblaciones, así como el derecho al más alto nivel posible de salud” (HUNT; BACKMAN, 2008). El mejoramiento de los sistemas de salud no puede considerarse un ejercicio tecnocrático; desde un enfoque de derechos humanos, la transformación de los sistemas de salud puede y debe ser entendida como un medio para construir la ciudadanía social de las mujeres en una sociedad, y en especial para las mujeres marginadas de bajos recursos que viven en zonas rurales (FREEDMAN, 2005). En un mundo donde la reproducción de las mujeres tiene tanta carga emocional y está tan estrechamente ligada al poder cultural y religioso, es fundamental exigir que los sistemas de salud tomen en serio el sufrimiento —y los derechos— de las mujeres (YAMIN, 2008).

REFERENCIAS

Bibliografía e otras fuentes

- AMNISTIA INTERNACIONAL. 2009a. **Nicaragua: Informe 2009**. Disponible en: <<http://www.amnesty.org/en/region/nicaragua/report-2009>>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2009b. **Fuera de su alcance: El precio de la salud maternal en Sierra Leona**. Nueva York. Disponible en: <http://www.amnesty.org.au/images/uploads/svaw/2566_SierraL_Covreport_web.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2010. **El estado de los derechos humanos en el mundo**. Index: POL 10/001/2010.
- ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. **Migración internacional de personal sanitario: un reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo**. A59/18, 59º Período de Sesiones. 4 de mayo de 2006. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_18-en.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2010. **Código de prácticas de la OMS sobre contratación internacional de personal sanitario**. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/index.html>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- BANCO MUNDIAL. 2009. **World's progress on maternal health and family planning is insufficient**. *News and Broadcast*, 9 de julio. Disponible en: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22241448~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS (CRR). 2009. **Broken Promises: Human Rights, Accountability and Maternal Death in Nigeria**. Nueva York. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CRR_Nigeria41.pdf>. Visitado el: 27 de Marzo de 2010.
- CESR. 2009. **¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala: resumen ejecutivo**. Madrid. Disponible en: <<http://www.cesr.org/downloads/Rights%20or%20Privileges%20Executive%20Summary%20final.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- COMISIÓN ESCOCESA DE DERECHOS HUMANOS. 2009. **Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work for Everyone: an evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital**. Glasgow. Disponible en: <<http://www.tsh.scot.nhs.uk/PFPI/docs/Human%20Rights%20-%20Summary%20-%20Dec%202009.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO (ICPD). 1994. **Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo**. El Cairo. Disponible en: <http://www.dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/a_cairo_poa_engl_x_pdf/cairo_dich+pda_engl.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- CORNETTO, G. et al. 2009. **A global fund for the health MDGs? The Lancet**, v. 373, pp. 1500-1503.
- CROSSETTE, B. 2005. **Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link**. *Family Planning*, v. 36, n.º 1, pp. 71-79.

- CUENTA REGRESIVA 2015. 2008. **Afirmación de compromiso: salud materna, del recién nacido y supervivencia infantil.** Ciudad del Cabo. Disponible en: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/statementofcommitment_english.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2010. **2010 Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010).** Disponible en: <<http://www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2010-report>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- DANIELS, N. 2008. **Just Health: Meeting Health Needs Fairly.** Nueva York: Cambridge University Press.
- DEFEYTER, K. 2001. **World Development Law: Sharing Responsibility for Development.** Amberes: Intersentia.
- DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INTERNACIONAL. 2005. **How to Reduce Maternal Deaths: Rights and Responsibilities.** Reino Unido.
- EL FONDO MUNDIAL. 2002. **Documento Marco del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.** Ginebra. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/documents/TGF_Framework.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2007. **Formulario de propuesta – Ronda 7.** Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/7/R7_Proposal_Form_en.doc>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- FARMER, P. 2005. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.** Berkeley: University of California Press.
- _____. 2008. Challenging orthodoxies: The road ahead for health and human rights. **Health and Human Rights**, v. 10, n.º 1, p. 6.
- FREEDMAN, L.P. 2002. Shifting visions: Delegation policies and the building of a rights-based approach to maternal mortality. **Journal of the American Womens Association**, v. 57, n.º 3, pp. 154-158.
- _____. 2003. Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 82, pp. 111-114.
- _____. 2005. Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions. **Development**, v. 48, pp. 19-24.
- FREEDMAN, L.P. et al. 2005. **Who's got the power?: transforming health systems for women and children.** London: Earthscan, 185 p.
- _____. 2007. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. **The Lancet**, v. 370, n.º 9595, pp. 1383-1391.
- GEORGE, A. et al. 2010. Making rights more relevant for health professionals. **Lancet**, v. 375, pp. 1764-1765.
- GILL, Z. et al. 2005. A tool for assessing 'readiness' in emergency obstetric care: The room-by-room 'walk-through'. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 89, pp. 191-199.
- GRUSKIN, S.; DANIELS, N. 2008. Justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. **American Journal of Public Health**, v. 98, n.º 9, pp. 1573-1577.

- HALL, J. 2005. The Global Fund for AIDS, tuberculosis, and malaria. *StudentBMJ*, v. 13, pp. 441-484.
- HILL, K. et al. 2007. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*, v. 370, n.º 9595, pp. 1311-1319.
- HOGAN, M. et al. 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, v. 375, pp. 1609-1623.
- HULME, D. 2009. The Millennium Development Goals (MDGs): A short history of the world's biggest promise. *BWPI Working Paper 100*. Manchester. Disponible en: <<http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-10009.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- HUMAN RIGHTS WATCH. 2009. **Sin registros de la agonía: rendición de cuentas en el cuidado de la salud materna en la India**. Nueva York. Disponible en: <<http://www.hrw.org/en/reports/2009/10/08/no-tally-anguish-0>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2010. **Unaccountable: Addressing Reproductive Health Care Gaps**. Nueva York.
- HUNT, P. 2008. Maternal Health and Human Rights. *Lancet*, v. 371, n.º 9608, p. 203.
- HUNT, P.; BACKMAN, G. 2008. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, v. 10, n.º 1, pp. 81-92.
- INICIATIVA INTERNACIONAL SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA Y LOS DERECHOS HUMANOS (IIMMHR). 2010. **About Maternal Mortality**. Nueva York. Disponible en: <<http://righttomaternalhealth.org/about-maternal-mortality>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- INTERNATIONAL BUDGET PARTNERSHIP. 2001. **A Guide to Budget Work for NGOs**. Washington, D.C. Disponible en: <http://www.internationalbudget.org/files/guide_to_budget_work.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2010. **Campaña de las seis preguntas: protocolo para solicitudes de acceso a la información**. Disponible en: <http://www.internationalbudget.org/pdf/6QC_Protocol_English.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- KEITH-BROWN, K. 2005 **Investing for Life: Making the Link between Public Spending and the Reduction of Maternal Mortality**. Ciudad de México. Fundar, Centro de Análisis e Investigación.
- KGAMPHE, L.; MAHONY, L. (Ed.). 2004. **Using Government Budgets as a Monitoring Tool: The Children's Budget Unit in South Africa**. Minneapolis. Disponible en: <http://www.newtactics.org/sites/newtactics.org/files/Kgampe_Budgets_update2007.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- KRAFCHIK, W. 2010. 6 Question Campaign. **New Tactics in Human Rights**, 1 Mar. Disponible en: <<http://www.newtactics.org/en/blog/new-tactics/using-budgets-monitoring>>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- THE LANCET EDITORIAL BOARD. 2010. The Global Fund: replenishment and redefinition in 2010. *Lancet*, v. 375, n.º 9718, p. 865.
- LANGFORD, M. 2008. **Reivindicar los objetivos de desarrollo del milenio: un enfoque de derechos humanos**. Nueva York: Naciones Unidas.
- LONDON, L. 2008. What is a Human-Rights Based Approach to Health and Does it Matter? *Health and Human Rights*, v. 10, pp. 63-77.

- MAINE, D. 1999. What's so special about maternal mortality? **Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues**. Londres: Blackwell, pp. 175-182.
- MCKAY, B. 2010. White House Proposes 9% Increase in Global-Health Funding. **Wall Street Journal**, Feb.
- NACIONES UNIDAS. 1966. **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, UN Doc. GA Res 2200A (XXI) 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- _____. 1998. Programa de Desarrollo. **La integración de los derechos humanos en el desarrollo humano sostenible**. Nueva York. Disponible en: <http://hurilink.org/tools/UNDP_integrating_hr.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 1999. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). **Recomendación General N.º 24: La mujer y la salud**. 20º período de sesiones. Disponible en: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>. Visitado el: 7 de abril de 2010.
- _____. 2000. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). **Observación General N.º 14 sobre el derecho a la salud**, UN Doc. E/C.12/2000/4. Disponible en: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- _____. 2004a. Grupo de Desarrollo. **Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio en el Perú**. Ginebra. Disponible en: <http://www.undg.org/archive_docs/5504-Peru_MDG_Report_-_MDGR.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2004b. Comisión de Derechos Humanos. **Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt**, UN Doc. E/CN.4/2004/49, párr. 45, 60º Período de Sesiones. Disponible en: <[http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2004.49.En](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2004.49.En)>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- _____. 2005. Proyecto del Milenio. **¿Quién tiene el poder? Transformando los sistemas de salud para la mujer y el niño**. Nueva York. Disponible en: <<http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/MYAI-83M3CB?OpenDocument>>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2006a. **Declaración política sobre el VIH/SIDA**, UN Doc. A/RES/60/262, 60º Período de Sesiones Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____. 2006b. Relator Especial sobre el Derecho a la Salud. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ante la Asamblea General de las Naciones Unidas**, UN Doc. A/61/338, 61º Período de Sesiones. Disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/519/97/PDF/N0651997.pdf?OpenElement>>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- _____. 2009a. Consejo de Derechos Humanos. **Resolución 11/8. La mortalidad y la morbilidad materna prevenible y los derechos humanos**, UN Doc. A/HRC/RES/11/8, 11º Período de Sesiones. Disponible en: <http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2009b. Comisión de Población y Desarrollo. **Corriente de recursos financieros**

- destinados a contribuir a la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:** Informe del Secretario General, UN Doc. E/CN.9/2009/5, 42° Período de Sesiones. Disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/215/67/PDF/N0921567.pdf?OpenElement>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2010a. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH de la ONU). **Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles y los derechos humanos**, UN Doc. A/HRC/14/39. (Advance Edited Version). Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- _____. 2010b. **Para cumplir la promesa:** un examen orientado al futuro para promover un programa de acción convenido a fin de alcanzar los ODM para 2015. Informe del Secretario General, UN Doc. A/64/665, 64° Período de Sesiones: Disponible en: <[http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-83M3CB-full_report.pdf/\\$File/full_report.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2010.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/MYAI-83M3CB-full_report.pdf/$File/full_report.pdf)>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- NIGERIA. 2009. National Population Commission. **Standard DHS, 2008**. Calverton, MD: ICF Macro.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2004. **Más allá de las cifras:** revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura. Ginebra. Disponible en: <http://www.ino.searo.who.int/LinkFiles/Reproductive_health_Beyond_the_numbers.pdf>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) et al. 2009. **Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook**. Ginebra. Disponible en: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric_monitoring.pdf>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). 2006. **Recent Trends in Official Development Assistance to Health**. París. Disponible en: <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/11/37461859.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2008. **Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y el Programa de Acción de Accra**. París. Disponible en: <<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2009. **Measuring Aid to Health**. París. Disponible en: <<http://www.oecd.org/dataoecd/44/35/44070071.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- PERU. 1999. Defensoría del Pueblo. **Informe Defensorial N.º 27:** La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II. Lima. Disponible en: <<http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- _____. 2005. Defensoría del Pueblo. **Informe Defensorial N.º 90:** Supervisión a los Servicios de Planificación Familiar IV. Lima. Disponible en: <<http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- POTTS, H. 2008. **Accountability and the right to the highest attainable standard of health**. Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex. Disponible en: http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf. Visitado el: 27 de marzo de 2010.

- PROMSEX. 2010. Demandan a Estado Peruano por AOE. **La Republica**, Lima, 15 de enero. Disponible en: <<http://promsex.org/articulos/demandan-a-estado-peruano-por-aoe.html>>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- REALIZING RIGHTS: THE ETHICAL GLOBALIZATION INITIATIVE. 2010. Nota informativa. **Messages on MDG 5 – Maternal Health and Reducing Maternal Mortality**.
- ROBINSON, M. 2005. What rights can add to good development practice. En: ALSTON, P.; ROBINSON, M. (Org.). **Human Rights and Development: Towards Mutual Reinforcement**. Nueva York: Oxford University Press, pp. 25-44.
- ROSENFELD, A.; MAINE, D.; FREEDMAN, L.P. 2006. Meeting MDG-5: an impossible dream? **Lancet**, v. 368, n.º 9542, pp. 1133-1135.
- ROTH, K. 2004. Defending Economic, Social and Cultural Rights: Practical Issues Faced by an International Human Rights Organization. **Human Rights Quarterly**, v. 26, pp. 63-73.
- SIERRA LEONE. 2009. Statistics Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation Freetown, Sierra Leone. **Sierra Leone: Standard DHS, 2008**. Calverton, MD: ICF Macro. Disponible en: <http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=978&ctry_id=208&SrchTp=>>. Visitado el: 20 de mayo de 2010.
- SRIPATI, V. 2000. India's National Human Rights Commission: a shackled commission? **Boston University International Law Journal**, v. 18, pp. 3-46.
- STARRS, A. 2009. Funding the Health MDGs. **Family Care International**, 11 de mayo. Disponible en: <<http://www.familycareintl.org/en/about/27#Funding>>. Visitado el: 2 de abril de 2010.
- _____; SANKORE, R. 2010. Momentum, mandates and money: achieving health MDGs. **Lancet**, v. 375, n.º 9730, pp. 1946-1947.
- UNDURRAGA, V.; COOK, R. 2009. Constitutional incorporation of international and comparative human rights law: the Colombian Constitutional Court Decision C-355/2006. En: WILLIAMS, S.H. (Org.). **Constituting Equality: Gender Equality and Comparative Constitutional Law**. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 215-247.
- UVIN, P. 2004. **Human Rights and Development**. Bloomfield, CT: Kumarian Press.
- WAKABI, W. 2010. Mothers and infants to get free health care in Sierra Leone. **Lancet**, v. 375, n.º 9718, p. 882. (Original Text).
- YAMIN, A.E. 2008. Will we take suffering seriously; reflections on what applying a rights framework to health means and why we should care. **Health and Human Rights**, v. 10, n.º 1, pp. 45-63.
- YAMIN, A.E. et al. 2007. **Demoras fatales: Mortalidad materna en el Perú**. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Cambridge: Physicians for Human Rights. Disponible en: <<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/maternal-mortality-in-peru.pdf>>. Visitado el: 27 de marzo de 2010.
- YAMIN, A.E.; MAINE, D. 1999. Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations. **Human Rights Quarterly**, v. 21, n.º 3, pp. 563-607.

Jurisprudencia

ARGENTINA. 1998. Poder Judicial de la Nación. Causa N.º 31.777/96. **Viceconte, Mariela Cecilia. c/ Estado Nacional – Ministerio de Salud y Acción Social.** Decisión del 2 de junio.

COLOMBIA. 2000. Corte Constitucional. **Sentencia C-1165.**

_____. 2004. Corte Constitucional. **Sentencia C-040.**

_____. 2006. Corte Constitucional. **Sentencia C-355.**

_____. 2007. Corte Constitucional. **Sentencia C-521.**

_____. 2008. Corte Constitucional. **Sentencia T-760.**

_____. 2009. Corte Constitucional. **Sentencia T-388.**

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). 2000. Causa 12.191 **Peru c/ Maria Mamérita Mestanza Chávez,** Informe N.º 66/00. Sentencia, 3 de octubre.

_____. 2007. Causa 161.02. **Paulina del Carmen Ramírez Jacinto c/ México,** Informe N.º 21/07, solución amistosa, 9 de marzo.

_____. 2010. Causa PM 43-10. “**Amelia**”, Nicaragua, Sentencia, 26 de febrero.

INDIA. 2010. Tribunal Supremo de Delhi. **Laxmi Mandal c/ Deen Dayal Haringer Hospital & Ors Writ Petition,** Sentencia.

NACIONES UNIDAS. 2007. Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW). **Alyne da Silva Pimentel c/ Brasil,** UN Doc. CEDAW/C/BRA/CO/6.

SUDÁFRICA. 2002. Tribunal Constitucional. Causa (5) SA 721 (CC). **Ministerio de Salud c/ Campaña de Acción para el Tratamiento,** Sentencia, 5 de julio.

NOTAS

1. El título de este artículo emula el del Grupo de Tareas de los ODM sobre salud materno-infantil: **Who's got the power?: transforming health systems for women and children** (¿Quién tiene el poder?: la transformación de los sistemas de salud para las mujeres y los niños). Me he enriquecido con las ideas de tantos colegas en relación con este artículo que sería imposible agradecerles a todos. Agradezco especialmente a Paul Hunt y Lynn Freedman por su visión sobre la operacionalización de los enfoques basados en los derechos humanos en el contexto de la salud materna; a Siri Gloppen, cuyas ideas sobre diferentes formas de litigio están en gran medida plasmadas en este artículo; y a Deborah Maine, quien me ha mostrado qué tipo de programación realmente le cambia la vida a millones de mujeres de todo el mundo que corren peligro de morir durante el embarazo y el parto. Todas las opiniones vertidas son personales y no necesariamente reflejan las de Amnistía Internacional o las de la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos.

2. La mortalidad materna se define como “el

fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días a partir de la terminación del mismo, independientemente de la duración y el lugar de la gestación, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el manejo de éste, pero no por causas accidentales o incidentales.” Por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, unas 30 más sufren morbilidades debilitadoras entre las que se encuentran el prolapso uterino y las fistulas obstétricas. <http://www.unfpa.org/mothers/morbidity.htm>.

3. “La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.” (NACIONES UNIDAS, 2000, párr. 33).

ABSTRACT

Meaningful and equitable progress on reducing maternal mortality and meeting Millennium Development Goal 5 calls for the adoption of a human rights-based approach which emphasizes ‘accountability.’ This article focuses specifically on how to promote accountability for fulfilling the right to maternal health if we seek to transform the discourse of rights into practical health policy and programming tools that can affect development practice—and in turn to transform health systems to better meet women’s maternal health needs.

After briefly discussing the concept and purpose of accountability in the context of fulfilling women’s rights to maternal health, the article then sets out a circle of accountability at the national level that includes: development and implementation of a national plan of action; budgetary analysis; monitoring and evaluation of programs based on appropriate indicators; and mechanisms for redress, as well as facility-level initiatives. In the final section the article addresses donor accountability.

KEYWORDS

Maternal health – Right to health – Rights-based approach (RBA) – Accountability – MDGs

RESUMO

O progresso equitativo e significativo na redução da mortalidade materna e na realização do objetivo de desenvolvimento do milênio 5 (ODM 5) demanda a adoção de uma abordagem baseada em direitos humanos que enfatize a “*accountability*”. Este artigo foca, especificamente, em como promover *accountability* para a concretização do direito à saúde materna se buscamos a transformação do discurso de direitos em políticas públicas de saúde práticas e em ferramentas de planejamento que afetam a prática do desenvolvimento – e, assim, transformam os sistemas de saúde de modo a responder melhor às necessidades de saúde materna das mulheres.

Depois de uma breve discussão sobre o conceito e o objetivo da *accountability* no contexto da concretização dos direitos da mulher relativos à saúde materna, este artigo elabora um ciclo de *accountability* no nível nacional que inclui: desenvolvimento e implementação de um plano de ação nacional; análise orçamentária; monitoramento e avaliação de programas com base em indicadores apropriados; e mecanismo de reparação, bem como iniciativas de base. Na última seção, o artigo trata da *accountability* de doadores.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde materna – Direito à saúde – Abordagem baseada em direitos – *Accountability* - ODM

SUR 1, v. 1, n. 1, jun. 2004

EMILIO GARCÍA MÉNDEZ
Origen, sentido y futuro de los derechos humanos: Reflexiones para una nueva agenda

FLAVIA PIOVESAN
Derechos sociales, económicos y culturales y derechos civiles y políticos

OSCAR VILHENA VIEIRA Y A. SCOTT DUPREE
Reflexión sobre la sociedad civil y los derechos humanos

JEREMY SARKIN
La consolidación de los reclamos de reparaciones por violaciones de los derechos humanos cometidas en el Sur

VINODH JAICHAND
Estrategias de litigio de interés público para el avance de los derechos humanos en los sistemas domésticos de derecho

PAUL CHEVIGNY
La represión en los Estados Unidos después del atentado del 11 de septiembre

SERGIO VIEIRA DE MELLO
Redefinir la seguridad Cinco cuestiones sobre derechos humanos

SUR 2, v. 2, n. 2, jun. 2005

SALIL SHETTY
Declaración y Objetivos de Desarrollo del Milenio: Oportunidades para los derechos humanos

FATEH AZZAM
Los derechos humanos en la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

RICHARD PIERRE CLAUDE
Derecho a la educación y educación para los derechos humanos

JOSÉ REINALDO DE LIMA LOPES
El derecho al reconocimiento para gays y lesbianas

E.S. NWAUCHE Y J.C. NWOBIKE
Implementación del derecho al desarrollo

STEVEN FREELAND
Derechos humanos, medio ambiente y conflictos: Enfrentando los crímenes ambientales

FIONA MACAULAY
Cooperación entre el Estado y la sociedad civil para promover la seguridad ciudadana en Brasil

EDWIN REKOSH
¿Quién define el interés público?

VÍCTOR E. ABRAMOVICH
Líneas de trabajo en derechos económicos, sociales y culturales: Herramientas y aliados

SUR 3, v. 2, n. 3, dic. 2005

CAROLINE DOMMEN
Comercio y derechos humanos: rumbo a la coherencia

CARLOS M. CORREA
El Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a medicamentos en los países en desarrollo

BERNARDO SORJ
Seguridad, seguridad humana y América Latina

ALBERTO BOVINO
La actividad probatoria ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos

NICO HORN
Eddie Mabo y Namibia: reforma agraria y derechos precoloniales a la posesión de la tierra

NLERUM S. OKOGBULE
El acceso a la justicia y la protección a los derechos humanos en Nigeria

MARÍA JOSÉ GUEMBE
La reapertura de los juicios por los crímenes de la dictadura militar argentina

JOSÉ RICARDO CUNHA
Derechos humanos y justiciabilidad: una investigación en Rio de Janeiro

LOUISE ARBOUR
Plan de acción presentado por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

SUR 4, v. 3, n. 4, jun. 2006

FERNANDE RAINE
El desafío de la mensuración en derechos humanos

MARIO MELO
Últimos avances en la justiciabilidad de los derechos indígenas en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

ISABELA FIGUEROA
Pueblos indígenas versus petroleras: Control constitucional en la resistencia

ROBERT ARCHER
Los puntos fuertes de distintas tradiciones: ¿Qué es lo que se puede ganar y lo que se puede perder combinando derechos y desarrollo?

J. PAUL MARTIN
Relectura del desarrollo y de los derechos: Lecciones desde África

MICHELLE RATTON SANCHEZ
Breves consideraciones sobre los mecanismos de participación de las ONGs en la OMC

JUSTICE C. NWOBIKE
Empresas farmacéuticas y acceso a medicamentos en los países en desarrollo: El camino a seguir

CLÓVIS ROBERTO ZIMMERMANN
Los programas sociales desde la óptica de los derechos humanos: El caso del Bolsa Familia del gobierno Lula en Brasil

CHRISTOF HEYNS, DAVID PADILLA Y LEO ZWAAK
Comparación esquemática de los sistemas regionales de derechos humanos: Una actualización

RESEÑA

SUR 5, v. 3, n. 5, dic. 2006

CARLOS VILLAN DURAN
Luces y sombras del nuevo Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

PAULINA VEGA GONZÁLEZ
El papel de las víctimas en los procedimientos ante la Corte Penal Internacional: sus derechos y las primeras decisiones de la Corte

OSWALDO RUIZ CHIRIBOGA
El derecho a la identidad cultural de los pueblos indígenas y las minorías nacionales: una mirada desde el Sistema Interamericano

LYDIAH KEMUNTO BOSIRE
Exceso de promesas, exceso de incumplimiento: justicia transicional en el África Subsahariana

DEVIKA PRASAD
El fortalecimiento de la policía democrática y de la responsabilidad en la Commonwealth del Pacífico

IGNACIO CANO
Políticas de seguridad pública en Brasil: tentativas de modernización y democratización versus la guerra contra el crimen

TOM FARER
Hacia un eficaz orden legal internacional: ¿de coexistencia a concertación?

RESEÑA

SUR 6, v. 4, n. 6, jun. 2007

UPENDRA BAXI
El Estado de Derecho en la India

OSCAR VILHENA VIEIRA
La desigualdad y la subversión del Estado de Derecho

RODRIGO UPRIMNY YEPES
La judicialización de la política en Colombia: casos, potencialidades y riesgos

LAURA C. PAUTASSI
¿Igualdad en la desigualdad? Alcances y límites de las acciones afirmativas

GERT JONKER Y RIKA SWANZEN
Servicios de mediación para los testigos menores de edad que atestiguan ante tribunales penales sudafricanos

SERGIO BRANCO
La ley de autor brasileña como elemento de restricción a la eficacia del derecho humano a la educación

THOMAS W. POGGE
Propuesta para un Dividendo sobre Recursos Globales

SUR 7, v. 4, n. 7, dic. 2007

LUCIA NADER
El papel de las ONG en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU

CECÍLIA MACDOWELL SANTOS
El activismo legal transnacional

y el Estado: reflexiones sobre los casos contra Brasil en el marco de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

JUSTICIA TRANSICIONAL

TARA URS

Imaginando respuestas de inspiración local a las atrocidades masivas que se cometieron: voces de Camboya

CECILY ROSE Y FRANCIS M. SSEKANDI

La búsqueda de justicia transicional y los valores tradicionales africanos: un choque de civilizaciones – El caso de Uganda

RAMONA VIJEYARASA

Enfrentando la historia de Australia: verdad y reconciliación para las generaciones robadas

ELIZABETH SALMÓN G.

El largo camino de la lucha contra la pobreza y su esperanzador encuentro con los derechos humanos

ENTREVISTA CON JUAN MÉNDEZ
Por Glenda Mezarobba

SUR 8, v. 5, n. 8, jun. 2008

MARTÍN ABREGÚ

Derechos humanos para todos: de la lucha contra el autoritarismo a la construcción de una democracia inclusiva – una mirada desde la Región Andina y el Cono Sur

AMITA DHANDA

Construyendo un nuevo léxico de derechos humanos: la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

LAURA DAVIS MATTAR

Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales – un análisis comparativo con los derechos reproductivos

JAMES L. CAVALLARO Y

STEPHANIE ERIN BREWER

La función del litigio interamericano en la promoción de la justicia social

DERECHO A LA SALUD Y ACCESO A MEDICAMENTOS

PAUL HUNT Y RAJAT KHOSLA

El derecho humano a los medicamentos

THOMAS POGGE

Medicamentos para el mundo: impulsar la innovación sin obstaculizar el libre acceso

JORGE CONTESSE Y DOMINGO

LOVERA PARMO

Acceso a tratamiento médico para personas viviendo con VIH/sida: éxitos sin victoria en Chile

GABRIELA COSTA CHAVES,

MARCELA FOGAÇA VIEIRA Y

RENATA REIS

Acceso a medicamentos y propiedad intelectual en Brasil: reflexiones y estrategias de la sociedad civil

SUR 9, v. 5, n. 9, dic. 2008

BARBORA BUKOVSKÁ

Perpetrando el bien: las consecuencias no deseadas en la defensa de los derechos humanos

JEREMY SARKIN

Las cárceles en África: una evaluación desde la perspectiva de derechos humanos

REBECCA SAUNDERS

Lo que se pierde en la traducción: expresiones del sufrimiento humano, el lenguaje de los derechos humanos y la Comisión Sudafricana de Verdad y Reconciliación

SESENTA AÑOS DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

PAULO SÉRGIO PINHEIRO

Sesenta años después de la Declaración Universal: navegando las contradicciones

FERNANDA DOZ COSTA

Pobreza y derechos humanos: desde la retórica a las obligaciones legales - una descripción crítica de los marcos conceptuales

EITAN FELNER

¿Una nueva frontera para la defensa de los derechos económicos y sociales? Convirtiendo los datos cuantitativos en una herramienta para la rendición de cuentas en derechos humanos

KATHERINE SHORT

De la Comisión al Consejo: ¿las Naciones Unidas han logrado crear un órgano de derechos humanos confiable?

ANTHONY ROMERO

Entrevista con Anthony Romero, Director Ejecutivo de American Civil Liberties Union (ACLU)

SUR 10, v. 6, n. 10, jun. 2009

ANUJ BHUWANIA

“Muy malos niños”: “La tortura India” y el informe de la Comisión sobre la Tortura en Madrás de 1855

DANIELA DE VITO, AISHA GILL Y

DAMIEN SHORT

El delito de violación tipificado como genocidio

CHRISTIAN COURTIS

Apuntes sobre la aplicación del Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas por los tribunales de América Latina

BENYAM D. MEZMUR

La adopción internacional como medida de último recurso en África: promover los derechos de un niño y no el derecho a un niño

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS EN MOVIMIENTO: MIGRANTES Y REFUGIADOS

KATHARINE DERDERIAN Y

LIESBETH SCHÖCKAERT

Respondiendo a los flujos “mixtos” de migración: Una perspectiva humanitaria

JUAN CARLOS MURILLO

Los legítimos intereses de seguridad de los Estados y la protección internacional de refugiados

MANUELA TRINDADE VIANA

Cooperación internacional y desplazamiento interno en Colombia: Desafíos a la mayor crisis humanitaria de América del Sur

JOSEPH AMON Y KATHERINE TODRYS

Acceso a tratamiento antirretroviral para las poblaciones migrantes del Sur Global

PABLO CERIANI CERNADAS

Control migratorio europeo en territorio africano: La omisión del carácter extraterritorial de las obligaciones de derechos humanos

SUR 11, v. 6, n. 11, dic. 2009

VÍCTOR ABRAMOVICH

De las Violaciones Masivas a los Patrones Estructurales: Nuevos Enfoques y Clásicas Tensiones en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

VIVIANA BOHÓRQUEZ MONSALVE Y JAVIER AGUIRRE ROMÁN

Las Tensiones de la Dignidad Humana: Conceptualización y Aplicación en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos

DEBORA DINIZ, LÍVIA BARBOSA Y

WEDERSON RUFINO DOS SANTOS

Discapacidad, Derechos Humanos y Justicia

JULIETA LEMAITRE RIPOLL

El Amor en Tiempos de Cólera: Derechos LGBT en Colombia

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

MALCOLM LANGFORD

Justiciabilidad en el Ámbito Nacional y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Un Análisis Socio-Jurídico

ANN BLYBERG

El Caso de la Asignación Incorrecta: Derechos Económicos y Sociales y el Trabajo Presupuestario

ALDO CALIARI

Comercio, Inversiones, Finanzas y Derechos Humanos: Tendencias, Desafíos y Oportunidades

PATRICIA FEENEY

Empresas y Derechos Humanos: La Lucha por la Rendición de Cuentas en la ONU y el Rumbo Futuro de la Agenda de Incidencia

COLOQUIO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Entrevista con Rindai Chipfunde-Vava, Directora de Zimbabwe Election Support Network (ZESN)

Informe sobre el IX Coloquio Internacional de Derechos Humanos

La Fundación Carlos Chagas tiene como premisa esencial el tema de la ciudadanía. En sus especialidades y líneas de investigación apunta al desarrollo humano-social.

La producción en el campo de la investigación en la FCC, articulada entre los polos de evaluación de políticas, género y raza abarca profundos estudios sobre los distintos niveles de enseñanza.

En las tres publicaciones de la Fundación – Cadernos de Pesquisa, Estudos em avaliação educacional y Textos FCC –, esa producción académica comparte el espacio con el trabajo de investigadores de otras instituciones, lo que posibilita una mirada diversificada sobre los temas del área.



Fundação Carlos Chagas

REFERENCIA EN EDUCACIÓN WWW.FCC.ORG.BR