



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES

**Reunión de la Comisión de
Pueblos Indígenas,
Afrodescendientes y Etnias
del Parlamento
Latinoamericano y Caribeño**

Reunión virtual

16 de julio de 2020



Serie América

N° 66



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Reunión Virtual
17 de julio de 2020



Serie: América

N° 66



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA





**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS,
AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO
Y CARIBEÑO**

**Reunión Virtual
17 de julio de 2020**

ÍNDICE

I. Programa de la Reunión.	5
II. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino).	7
III. Documentos de Apoyo.	16
• Resumen del Acta de la XXX Reunión de la Comisión de Pueblos Indígenas y Etnias del Parlamento Latinoamericano y Caribeño. Panamá, 5 y 6 de septiembre de 2019.	17
• Nota Informativa. Impacto de la COVID-19 en los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	18
• Nota Informativa. Morbimortalidad Materno Infantil en Zonas Rurales. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	30



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



I. Programa de la Reunión



**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS,
AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO
Y CARIBEÑO**

**Reunión Virtual
17 de julio de 2020**

10:00 hrs. Tiempo de México

AGENDA PRELIMINAR

	17 DE JULIO
10:00 hrs.	Tema 1 Situación de los pueblos y comunidades afrodescendientes en la región.
	Tema 2 Impacto de la COVID-19 en los pueblos indígenas y afrodescendientes.
	Tema 3 Proyecto de Ley Modelo para prevenir la morbilidad materno-infantil en zonas rurales.

II. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino)

Nota informativa que describe al Parlamento Latinoamericano y Caribeño y su composición, así como la participación de México en dicho Foro.

EL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO (PARLATINO)

Nota Informativa¹

El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino) es un Organismo autónomo de carácter regional, el cual, desde su fundación, ha buscado ser un mediador en los distintos conflictos entre sus países integrantes, es también un defensor de los principios de integración, no intervención, y autodeterminación de los pueblos que se encuentran en el centro de la política exterior de sus miembros.

Este foro se constituyó formalmente el 10 de diciembre de 1964 mediante la Declaración de Lima, y el 16 de noviembre de 1987 se firmó el Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano, en cuyo Artículo 1° quedó establecido como “(...) un organismo regional, permanente y unicameral, integrado por los Parlamentos Nacionales de los países soberanos e independientes de América Latina y el Caribe, elegidos democráticamente mediante sufragio popular (...)”. Sus principios permanentes son:

- La defensa de la democracia;
- La integración latinoamericana y caribeña;
- La no intervención;
- La autodeterminación de los pueblos;
- La pluralidad política e ideológica como base de una comunidad latinoamericana democráticamente organizada;
- La igualdad jurídica de los Estados;
- La condena a la amenaza y al uso de la fuerza contra la independencia política y la integridad territorial de cualquier Estado;
- La solución pacífica, justa y negociada de las controversias internacionales;
- La prevalencia de los principios de derecho internacional referentes a las relaciones de amistad y a la cooperación entre los Estados.

Entre sus propósitos, están:

- Velar por el estricto respeto a los derechos humanos;

¹ Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.

- Defender la plena vigencia de la libertad, la justicia social, la independencia económica y el ejercicio de la democracia representativa y participativa, con elecciones libres y transparentes y con estricto apego a los principios de la no intervención y de la libre autodeterminación de los pueblos y la vigencia del Estado de Derecho.
- Fomentar el desarrollo económico y social de la comunidad latinoamericana y pugnar porque alcance la plena integración económica, política, social y cultural de sus pueblos;
- Luchar por la supresión de toda forma de colonialismo, neocolonialismo, racismo y cualquier otra clase de discriminación en América Latina y el Caribe;
- Estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales, económicos, culturales, ambientales y de política exterior de la comunidad latinoamericana y caribeña;
- Contribuir a la consecución de la paz, la seguridad y el orden jurídico internacionales, denunciando y combatiendo el armamentismo y la agresión de quienes sustenten la política de la fuerza, que son incompatibles con el desarrollo económico, social, cultural, tecnológico y ambiental de los pueblos de América Latina y el Caribe;
- Propugnar por el fortalecimiento de los parlamentos de América Latina y el Caribe, garantizando así la vida constitucional y democrática de los Estados,
- Impulsar la armonización legislativa mediante la elaboración de proyectos de leyes modelo.

Los idiomas oficiales de trabajo son el español y el portugués, y su sede actualmente se encuentra en Panamá.

Cabe mencionar que sus principios no son sólo una declaración abstracta puesto que se ven materializados en propuestas legislativas por medio de Leyes Modelo.

Actualmente, el Parlatino cuenta con 23 Países Miembros: Argentina, Aruba, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Isla de San Martín, Surinam, Uruguay y Venezuela.

Descripción General del Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano

El Tratado consta de nueve artículos, a saber:

Artículo I. El Parlamento; Artículo II. Principios; Artículo III. Propósitos; Artículo IV. Los Miembros; Artículo V. Órganos; Artículo VI. Personalidad y Prerrogativas; Artículo VII. Gastos; Artículo VIII. Sede y Artículo IX. Clausulas Finales.²

El Artículo V, denominado “Órganos”, estipula la composición y las funciones de los órganos que compondrán el Parlatino: la Asamblea, la Junta Directiva, las Comisiones Permanentes y la Secretaría General.

A continuación, se presenta un resumen de las funciones de cada uno de estos órganos:

La Asamblea

La Asamblea es el órgano principal del Parlatino y está integrada por todos los Estados Partes del Tratado de Institucionalización, los cuales se reúnen ordinariamente cada año en la Sede Permanente. Las delegaciones nacionales están compuestas por un número máximo de doce miembros que deben ser proporcionales a los partidos políticos o grupos parlamentarios de sus respectivas legislaturas las cuales cuentan con derecho a voto.³

Para sesionar la Asamblea requiere de la asistencia de más de la mitad de los Parlamentos miembros, cuyos delegados representen, por lo menos, un tercio del total de votos.

En el ámbito de sus atribuciones, la Asamblea aprueba los acuerdos, las recomendaciones o resoluciones y tiene, asimismo, la facultad de suspender a un Parlamento miembro cuando no se cumplan los requisitos establecidos en el Tratado.⁴

La Asamblea elige al Presidente, al Presidente Alterno, al Secretario General, al Secretario General Alterno, al Secretario de Comisiones, al Secretario de

² Parlamento Latinoamericano y Caribeño. “Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano”, 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/pdf/documentos/tratado-institucionalizacion-parlatino.pdf>

³ Parlamento Latinoamericano y Caribeño, “Parlatino, Órganos Principales”, 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principales/la-asamblea>

⁴ *Ídem*.

Relaciones Interparlamentarias y al Secretario de Relaciones Interinstitucionales del Parlamento Latinoamericano y Caribeño.

Como parte de sus funciones destacan las de:

- a) Fijar las líneas generales y prioritarias de actuación del Foro;
- b) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes de admisión o ingreso de Parlamentos nacionales;
- c) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes que le haga llegar la Mesa Directiva, referentes a la suspensión de un Parlamento miembro;
- d) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, a solicitud de por lo menos cinco Parlamentos miembros, lo referente a la destitución de los miembros que integran la Mesa Directiva;
- e) Aprobar las cuotas que los Parlamentos nacionales deberán contribuir para el funcionamiento del Parlamento Latinoamericano;
- f) Elegir los miembros del Consejo Consultivo.⁵

La Junta Directiva

La Junta Directiva está integrada por un Presidente, un Presidente Alterno, un Secretario General, un Secretario General Alterno, un Secretario de Comisiones, un Secretario de Relaciones Interparlamentarias, un Secretario de Relaciones Interinstitucionales, un Presidente Delegado y 23 Vicepresidentes (uno por cada Congreso miembro).⁶ La Junta se reúne dos veces al año y es la máxima autoridad cuando no esté sesionando la Asamblea.⁷

Como parte de sus funciones, la Junta Directiva deberá promover el acercamiento e ingreso de los Parlamentos Nacionales de los Estados latinoamericanos y caribeños que no forman parte de la Organización; resolver las solicitudes de admisión o ingreso; transmitir a la Asamblea la solicitud de suspensión por cinco o más Parlamentos miembros en contra de algún Parlamento; y elaborar o encomendar la preparación de los documentos de trabajo sobre los temas de las agendas.⁸

Miembros de la Mesa Directiva 2019-2021	
Presidencia	Senador Jorge Pizarro Soto-Chile
Presidencia Alternativa	Asambleísta José Serrano –Ecuador
Secretaría General	Senadora Lucía Virginia Meza Guzmán-México

⁵ *Ídem.*

⁶ La Vicepresidenta por México es la Senadora Vanessa Rubio.

⁷ Parlamento Latinoamericano y Caribeño “Parlatino, Órganos Principales”2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principales/la-junta-directiva>

⁸ *Ídem.*

Secretaría General Alterna	Pendiente
Secretaría de Comisiones	Diputado Rolando González Patricio-Cuba
Secretaría Alterna de Comisiones	Senadora Silvia Del Rosario Giacoppo-Argentina
Secretaría de Relaciones Interparlamentarias	Diputada Karine Niño Gutiérrez-Costa Rica
Secretaría de Relaciones Interinstitucionales	Diputado Leandro Ávila-Panamá

Fuente: Elaboración propia con información del Parlatino, consultado en la URL: <https://parlatino.org/>

Las Comisiones Permanentes

Las trece Comisiones Permanentes son consideradas en su conjunto como el órgano especializado del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, siendo responsables del análisis, estudio e investigación sobre temas políticos, sociales, económicos, culturales, jurídicos, laborales, derechos fundamentales, sanitarios, ambientales, agropecuarios, servicios públicos, corrupción y todos aquellos que en común interesan a América Latina y el Caribe.⁹

Están integradas por un Presidente y por dos Vicepresidentes designados por la Junta Directiva para un periodo de dos años. Cabe mencionar que, por resolución de la XIX Asamblea Ordinaria del Parlatino celebrada en São Paulo los días 7 y 8 de noviembre del 2002, la Junta Directiva decidió reducir de 21 Comisiones Permanentes a solo 13 Comisiones, las cuales están integradas en los Artículo Quinto del Tratado de Institucionalización a saber:

Comisión de Agricultura, Ganadería y Pesca.
Objetivo:
La Comisión está encargada de buscar el desarrollo agropecuario, agroindustrial, forestal, ictícola, biotecnológico del cultivo de la tierra, ríos y del mar en cada uno de los países o conjuntamente de la región.

Comisión de Asuntos Económicos, Deuda Social y Desarrollo Regional.
Objetivo:
Es la encargada de las estructuras económicas en la región, políticas de desarrollo, crecimiento y bienestar, procesos de integración, comercio exterior y reconversión industrial, financiamiento general, gasto público, inversión privada, precios y salarios entre otros.

Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración.
Objetivo:
Se encarga del estudio de la integración entre los municipios y su vinculación con las

⁹ Parlamento Latinoamericano y Caribeño, "Parlatino, Órganos Principales, Comisiones Permanentes", 2016. Consultado el 11 de octubre de 2018 en: <http://parlatino.org/es/organos-principal/comisiones-permanentes>

respectivas Asambleas estatales, departamentales y con el Parlamento nacional. De igual forma, acuerda lo relativo a la estabilidad, evolución y desarrollo del régimen democrático en América Latina y el Caribe.

Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias.

Objetivo:

Busca analizar lo relativo a la promoción, resguardo, protección y defensa de los derechos de las personas en la región. Al mismo tiempo, elabora propuestas sobre políticas de prevención del delito, humanización de la justicia penal, tratamiento del delincuente y regímenes carcelarios.

Comisión de Educación, Cultura, Ciencia, Tecnología y Comunicación.

Objetivo:

Es la encargada de la creación y desarrollo de los valores culturales, defensa del patrimonio cultural de los pueblos y del progreso de los sistemas educativos latinoamericanos.

Comisión de Energía y Minas.

Objetivo:

Atiende el estudio y genera recomendaciones en lo referente a las fuentes convencionales y no convencionales de energía; las políticas y procedimientos de exploración y explotación minera; el impacto ambiental y el agotamiento de recursos no renovables y recursos estratégicos.

Comisión de Asuntos Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos.

Objetivo:

La Comisión se encarga de los asuntos relacionados con políticas de trabajo, empleo y salario.

Comisión de Medio Ambiente y Turismo.

Objetivo:

Tiene a su cargo la promoción, salvaguarda y aseguramiento de la biodiversidad latinoamericana.

Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud.

Objetivo:

Dicha Comisión es la encargada de lograr la participación de la mujer en igualdad de oportunidades y derechos así como velar por la protección de los derechos humanos de niños y jóvenes.

Comisión de Pueblos Indígenas y Etnias.

Objetivo:

Su principal propósito es contribuir a la participación de las comunidades indígenas y otras etnias en los países de América Latina y Caribe. De igual forma, prioriza el rescate y desarrollo de las manifestaciones culturales de las comunidades indígenas y etnias.

Comisión de Salud.**Objetivo:**

Su principal propósito es la prevención y recuperación de la salud de los habitantes en América Latina y el Caribe. Como parte de sus funciones, abarca lo referente a la salud pública y saneamiento ambiental.

Comisión de Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor**Objetivo:**

Es la encargada del desarrollo de las estructuras que garantizan la prestación y regulación de los servicios básicos. De igual forma, hace propuestas para la resolución de conflictos de servicios públicos y proposiciones para la resolución de conflictos con consumidores.

Comisión de Seguridad Ciudadana, Combate y Prevención al Narcotráfico, Terrorismo y el Crimen Organizado.**Objetivo:**

Dicha Comisión hace recomendaciones sobre políticas para la lucha contra la producción, el comercio y el consumo ilegal de estupefacientes. Por otra parte, aconseja la adopción de medidas para prevenir y combatir los actos, métodos y prácticas terroristas.

Proyectos de Leyes Marco¹⁰ o Leyes Modelo aprobadas por el Parlantino

Una de las acciones más significativas, y quizá incluso una de las más difíciles que debe realizarse dentro del proceso de integración, es la armonización y homologación legislativa. El Parlantino, fundamentalmente a través de sus Comisiones Permanentes y con apoyo de los Organismos Internacionales con los que tiene acuerdos de cooperación interinstitucional, ha elaborado proyectos y propuestas de Leyes Marco o Leyes Modelo en temas tan diversos como la salud, el crimen cibernético, comunidades indígenas, afrodescendientes, derechos de la

¹⁰ La expresión "Ley Marco" comprende todo acto legislativo aprobado por los Órganos del Parlamento Latinoamericano con el objetivo de establecer criterios normativos para alcanzarse en los Países Miembros en pos de la armonización legislativa, pilar ineludible de la integración y la cooperación entre legisladores de la región en la construcción de normas de avanzada tendientes a reafirmar los principios y propósitos del Parlamento Latinoamericano. (Art. 1 Res. AO/2008/01). No obstante, las Leyes Marco no tienen carácter vinculante y dependerá de casa país, adoptarlas, acoplarlas y aprobarlas para convertirlas en ley.

Madre Tierra, gestión de riesgo de desastres, protección contra la violencia feminicida, derecho a la alimentación, combate y prevención de la trata de personas, cambio climático, pesca artesanal entre otras.

México en el Parlatino

México ha formado parte del Parlatino desde su creación y tiene un papel preponderante dentro de las Comisiones y órganos directivos, siendo promotor de Leyes Marco.

El Congreso mexicano ha presidido en tres ocasiones al Parlatino: la primera fue del 25 de abril de 1977 al 16 de julio de 1979, con el Diputado Augusto Gómez Villanueva y sustituido por el Diputado Víctor Manzanilla Schaffer. La segunda ocasión en que México presidió el Organismo fue del 18 de marzo de 2000 al 8 de noviembre de 2002, con la entonces Senadora Beatriz Paredes Rangel. La tercera ocasión estuvo a cargo de la entonces Senadora Blanca Alcalá Ruiz (2015-2017).

México ha ocupado la Secretaría General en dos periodos consecutivos del 2011 al 2012 y del 2012 al 2015, así como la Secretaría de Comisiones a través de la Senadora María de los Ángeles Moreno Uriegas del 2006 al 2010. De manera reciente, ocupó la Secretaría de Relaciones Interparlamentarias con la entonces Senadora María del Rocío Pineda Gochi (noviembre de 2017-agosto de 2018), y en la XXXV Asamblea Ordinaria fue electa la Senadora Lucía Virginia Meza Guzmán como Secretaria General Alternativa para el periodo 2019-2021, quien actualmente ocupa el cargo de Secretaria General de este foro parlamentario.

III. Documentos de Apoyo

Este apartado se encuentra integrado por un resumen del Acta de la reunión anterior de la Comisión y notas informativas relacionadas a los temas incluidos en la agenda elaboradas por el CEIGB.

RESUMEN DEL ACTA DE LA XXX REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Panamá, 5 y 6 de septiembre de 2019

Los días 5 y 6 de septiembre de 2019 se llevó a cabo la XXX Reunión de la Comisión de Pueblos Indígenas y Etnias del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, en la Sede Permanente de este organismo. En ella participaron parlamentarios de Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Uruguay. Por parte de México asistió el diputado Mauricio Toledo Gutiérrez.

El primer y segundo punto en la agenda se concentraron en el Proyecto de Ley Modelo sobre el Acceso a la Salud y Educación de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes, al cual se le dio lectura y como parte de su debate se destacó la importancia de incluir la protección de la medicina ancestral de estas comunidades.

El tercer tema fue el análisis sobre la situación de la población afrodescendiente en América Latina, sobre el cual los parlamentarios coincidieron en la necesidad de incluir en las legislaciones la protección de los derechos de este grupo poblacional.

El cuarto tema fue la Ley de Acciones Afirmativas a favor de las Personas Afrodescendientes, respecto al cual se indicó que es urgente cubrir tres áreas para ese grupo: educación, empleo y cultura. Además, los parlamentarios intercambiaron puntos de vista en el que destacaron la importancia de tomar en cuenta las cuestiones relativas a estas comunidades.

El quinto tema fue el Proyecto de Declaración de Beneplácito por la Creación del Instituto Iberoamericano de las Lenguas Indígenas. Los parlamentarios enfatizaron sobre la situación de la pérdida de lenguas indígenas y la necesidad de conservarlas y promoverlas, además se mencionó que el Parlatino debe instar a la ONU para establecer el Decenio Internacional de las Lenguas Indígenas. Asimismo, se exhortó a promover una ley nacional en cada uno de los países para impulsar el rescate de las lenguas indígenas, con el apoyo de los Ministerios de Educación y las Universidades. Por último, los parlamentarios redactaron una Adenda a la Declaración para agregar la palabra “apoyar” en su artículo 1º, como una forma de involucrar a todas las instituciones indígenas y no indígenas.

IMPACTO DE LA COVID-19 EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES

Nota Informativa¹¹

Resumen

La desigualdad social en América Latina propicia que algunos grupos tengan mayor vulnerabilidad ante desastres naturales y enfermedades infecciosas. Entre estos sectores de la población se encuentran las comunidades indígenas y afrodescendientes, ya que estos sectores en muchos casos carecen de servicios básicos. Dicha situación ha quedado de manifiesto ante la pandemia generada por la COVID-19.

El documento presenta un panorama general sobre las afectaciones que el virus está ocasionando a las poblaciones mencionadas, así como una serie de recomendaciones por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para hacer frente a esta emergencia sanitaria en la región.

Antecedentes

Pese a la riqueza en conocimientos, prácticas tradicionales y ancestrales, así como sus lenguas y cultura, los pueblos indígenas y afrodescendientes han quedado en su mayoría rezagados en los avances en todos los sectores. En el mundo, hay más de 476 millones de pueblos indígenas asentados en diferentes partes del planeta, constituyendo más del 6% de la población mundial.¹²

En situaciones de crisis, catástrofes naturales y epidemias, los pueblos indígenas, especialmente las mujeres y niñas, tienden a verse más afectados, debido a que sus probabilidades de vivir en la extrema pobreza son tres veces superiores a los grupos no indígenas. El 19% de estas comunidades se encuentran en esta situación, de forma indistinta si viven en zonas rurales o urbanas; generalmente,

¹¹ Nota informativa elaborada por el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República.

¹² ONU Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. *Pueblos Indígenas y la Pandemia del Covid-19 Consideraciones*. Consultado el 10 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2W6oPOx>

habitan en lugares remotos o aislados, donde los servicios básicos, de saneamientos y de salud se encuentran limitados o son nulos.¹³

América Latina y el Caribe

Históricamente, los pueblos indígenas en América Latina y el Caribe han sido discriminados y subordinados desde la época de la Conquista. A pesar de que existen varios instrumentos internacionales, como el Convenio 169 de la OIT (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), que reconocen sus derechos individuales y colectivos, siguen siendo un grupo muy vulnerable y los compromisos asumidos por los Estados dista de los avances reales de las políticas y los programas enfocados a este grupo de la población.¹⁴

La conquista española y portuguesa en América Latina produjo varios impactos, entre ellos el tema epidemiológico, trayendo enfermedades como el tifus, la viruela, el sarampión o la peste bubónica, las cuales llegaron a afectar hasta el 95% de la población nativa, en los primeros 130 años de la Conquista.¹⁵

Actualmente, en el contexto de la emergencia sanitaria por el COVID-19, los grupos indígenas han quedado más expuestos y vulnerables por las circunstancias antes mencionadas.¹⁶

Cabe destacar que en América Latina y el Caribe habitan 826 pueblos indígenas y se estima que otros 200 viven en aislamiento voluntario, lo que representa el 8% de la población en la región.¹⁷

Como antecedente a lo que podría representar la actual pandemia, se puede mencionar el caso de la influenza H1N1, donde la tasa de mortalidad entre los grupos indígenas fue entre 4 y 7 veces mayor, debido al hacinamiento y a la falta de saneamiento y desinfección de espacios, entre otros factores, que hacen que aumente el riesgo de mortalidad por epidemias en estos grupos.¹⁸

¹³ *Ídem.*

¹⁴ *Ídem.*

¹⁵ Open Democracy. *Covid-19: ¿Por qué es tan importante proteger los territorios indígenas?* Consultado el 7 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/31TSVst>

¹⁶ UNFPA. *Implicaciones del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe.* Consultado el 7 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/3faf1L4>

¹⁷ *Ídem.*

¹⁸ *Ídem.*

El COVID-19 se suma a otras enfermedades como la tuberculosis y el sarampión, entre otras, aumentando la alta mortalidad existente. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), hay pocos casos de contagio de coronavirus en las comunidades indígenas, pero aún existe el riesgo de que se propague la enfermedad en esos territorios. Por ello, han decidido aislarse de manera voluntaria y han pedido apoyo a los gobiernos para que impidan el paso a personas externas a las comunidades. Cabe mencionar que, esta misma solicitud ha sido recomendada por parte de los médicos y antropólogos.¹⁹

Argentina, Perú y Ecuador han tomado medidas para controlar la entrada de foráneos a las comunidades indígenas. Otro caso es el de Colombia donde se restringió totalmente el acceso a las zonas donde habitan dichas poblaciones. Por otro lado, Brasil no ha tomado ninguna medida en la materia.²⁰

Algunas comunidades están optando por el uso de sus plantas medicinales y sus formas de sanación tradicional, adoptando protocolos de acciones propias y difundiendo en sus propias lenguas información acerca del COVID-19 a través de medios de comunicación comunitarios.²¹

Por otra parte, la pandemia podría causar estragos económicos a las comunidades indígenas, debido a que el principal ingreso de estos grupos proviene de la actividad agrícola, el sector informal y en algunos casos de trabajos domésticos,²² por lo que su capacidad de ahorro y método de subsistencia requieren del trabajo diario. Argentina implementó medidas extremas para la cuarentena, reduciendo con ellas las posibilidades de trabajo a este sector de la población. En cuanto a Perú y México, se puede mencionar que muchas comunidades participan en el sector turístico, el cual ha sido uno de los más afectados en el contexto actual.²³

En cuanto a datos sobre contagios en la región, el Programa Universitario de Estudio de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (PUIC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) está realizando un estudio sobre el alcance del virus a los pueblos indígenas y afrodescendientes, el cual se actualiza cada quince días. De acuerdo con los últimos datos disponibles, hasta la primera quincena de junio de 2020, esa enfermedad había afectado a 214 pueblos

¹⁹ *Ídem.*

²⁰ *Ídem.*

²¹ Clacso. *Medidas por el Covid-19 y pueblos indígenas en América Latina*. Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2Ze6WzA>

²² UNFPA. *Op. cit.*

²³ PNUD. *Impacto y situación de la población indígena latinoamericana ante el Covid-19*. Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2Cj8r6e>

indígenas y afrodescendientes, establecidos en 12 países de América Latina, de los cuales 47 pueblos continúan registrando contagios.²⁴

Por otra parte, en el Seminario Virtual “Nos estamos muriendo de Covid-19: El enfoque de los Pueblos Indígenas de América Latina y Norte América”, organizado por el Grupo Mayor de los Pueblos Indígenas para el Desarrollo Sostenible y por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC), celebrado en el marco del 5° Foro Político de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se llevó a cabo del 6 al 17 de julio de 2020, los expertos en la materia coincidieron en que los índices de mortalidad por COVID-19 en la región van en aumento. Resaltaron que en Brasil existen 11,385 indígenas infectados y 426 han muerto, en más de 124 pueblos, donde la región amazónica ha sido la más afectada, con más de 371 fallecidos; en México se registraron 2,803 casos positivos en la población indígena y 462 decesos, destacando que los estados principalmente afectados son Oaxaca y Yucatán. En Perú no se cuenta con información detallada, sin embargo, en su capital, el departamento con mayor población que se auto-identifica como indígena, se registraron 151 mil casos y 4,029 decesos.²⁵

Igualmente, en una reunión de la Red Interamericana de Altas Autoridades sobre Políticas para Población Afrodescendientes (RIAFRO), los participantes y representantes de gobiernos plantearon la importancia de diferenciar los datos por etnias y raza, ya que permitiría mejorar la capacidad de respuesta por parte de los gobiernos ante este tipo de emergencias en comunidades indígenas.

Por su lado, el diario El País señaló que hasta el momento no se cuenta con datos estadísticos sobre el Covid-19 en pueblos afrodescendientes en América Latina, lo cual impide visualizar el impacto que ha tenido la enfermedad en esta población.²⁶

Ante este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) hizo una serie de recomendaciones para apoyar a las comunidades indígenas en esta época de Covid-19, las cuales son las siguientes:

- Utilizar lenguas indígenas y referencias culturales para acciones efectivas de información y prevención del Covid-19, con el fin de garantizar una

²⁴ Horas. *Pueblos afro descendientes e indígenas amenazados por pandemia*. Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2O5IMk6>

²⁵ FILAC. *Expertos dan a conocer la situación de los pueblos indígenas frente a la Covid-19 en América Latina, El Caribe y Norte América, en relación a los ODS*. Consultado el 10 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/3elaS5E>

²⁶ El País. *Afrodescendientes en América Latina: los retos de la covid-19*. Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2ZPlrZz>

mayor información sobre el coronavirus y evitar que sea confundida con un resfriado y así prevenir los contagios.

- Garantizar el acceso, gestión del agua limpia y saneamiento en las comunidades indígenas y en los barrios marginales.
- Dotar de insumos de protección a fin de poder cumplir el protocolo de prevención y llevar a cabo las medidas de higiene personal.
- Fortalecer el acceso a servicios de salud de calidad, superando las barreras de idioma y discriminación institucional.
- Incluir en la respuesta de salud, la salud sexual y reproductiva con el objetivo de garantizar el cuidado y la adecuada atención a las mujeres en gestación y en post parto y que cuenten con la información y medidas para evitar el contagio del coronavirus Covid-19.
- Apoyar que las comunidades tengan acceso a Internet y otros medios de comunicación, con el fin de mantenerse informados y cumplan las medidas de prevención del Covid-19, y por otra parte apoyar para que las niñas y los niños continúen sus actividades escolares.
- Garantizar el acceso a la alimentación, asegurando el sustento propio a través de la pesca, caza y recolección. Asimismo, asegurar la llegada de otros productos básicos tanto de alimentos, como medicinas e insumos de higiene para hacer frente a la pandemia.
- Asegurar los insumos de protección para médicos y médicos tradicionales, especialmente a las parteras comunitarias indígenas, para que puedan trabajar de manera coordinada con el personal médico comunitario y con los diferentes niveles de atención en salud.
- Reconocer el liderazgo de las autoridades indígenas y sus formas de organización.
- Garantizar y proteger los derechos laborales de las mujeres indígenas que viven en situación de desplazamiento, ya que la mayoría no cuentan con un trabajo formal, así como también vigilar que sus salarios no se vean afectados.
- Debido al confinamiento por la pandemia y ante la posibilidad de que los casos de violencia intrafamiliar aumenten, es importante que los gobiernos cuenten con estrategias dirigidas hacia las mujeres, en el que se les brinde apoyo psicológico y en dado caso apoyo para que abandonen a su agresor y se les proporcione un lugar en casas de acogida.
- Monitorear algún caso que pueda surgir de violencia, por lo que es necesario que las mujeres, las jóvenes y niñas indígenas cuenten con la información adecuada para que tengan conocimiento de cómo proceder ante tal situación.
- Tomar medidas especiales de protección de las personas adultas mayores indígenas para que puedan acceder a servicios básicos y de salud;

resaltando que en este sector de la población indígena recae los valores y la preservación de la cultura.

- Tener en cuenta la diversidad de la composición de la población indígena (madres jefas de familia, orientación sexual, personas en condición de discapacidad, entre otras) para la prevención y atención del Covid-19.
- Incluir a las poblaciones indígenas en las respuestas socio-económicas y de protección social que proporciona el gobierno.
- Desarrollar programas, subvenciones y estrategias para el sustento de las economías en las poblaciones indígenas, enfocados principalmente en los agricultores que tiene dicha actividad como medio de vida y así poder mantener sus cosechas y garantizar su seguridad alimentaria.
- Las medidas económicas a largo plazo después de la crisis del Covid-19 deben dar un giro para que puedan impulsar lo comunitario y el resguardo al medio ambiente y hacer frente a la crisis climática actual.
- Generar una base de datos estadísticos desagregados de los pueblos indígenas en tiempos de Covid-19.
- Implementar mensajes positivos sobre el confinamiento, así como hacer evidentes otros mensajes como #QuedateEnElTerritorio para que las poblaciones indígenas se vean visibilizadas.
- Promover planes de contingencia a nivel comunitario y territorial.
- Garantizar la plena protección de los territorios indígenas así como garantizar el pleno respeto de los derechos humanos ante la presencia de las fuerzas de seguridad, en el contexto de Covid-19.²⁷

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señaló que el impacto de la pandemia es diferente de una comunidad indígena a otra, debido a los distintos modos de vida.²⁸

La OPS identificó algunos obstáculos en la prevención del Covid-19 de pueblos indígenas, afrodescendientes y grupos étnicos, como son la carencia de agua, la falta de aseo e higiene de manos; la dificultad de mantener el distanciamiento físico y mantener el confinamiento, debido al estilo de vida que llevan y las actividades que realizan día a día; y la falta de servicios básicos de calidad y cultural para afrontar los posibles casos de Covid-19 en estas poblaciones.²⁹

De igual manera, la OPS hizo las siguientes recomendaciones en la materia:

²⁷ UNFPA. *Op. cit.*

²⁸ OPS. *Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de Covid-19.* Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/3ebOsDZ>

²⁹ *Idem.*

A los grupos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos:

- Fomentar la participación social y las alianzas estratégicas con los pueblos indígenas, tomando en cuenta la participación de hombres y mujeres en el desarrollo de cualquier acción a desarrollar ante la pandemia de Covid-19;
- Promover y facilitar las buenas prácticas entre los pueblos, las comunidades y las organizaciones indígenas de la región con el objetivo de reducir y evitar la expansión de la pandemia;
- Evitar espacios donde se encuentren más de 10 personas y limitarse a tener contacto físico con otras personas;
- Considerar el acopio de insumos de primera necesidad a fin de evitar salir de manera frecuente a espacios públicos;
- Tener coordinación entre el sector de la salud y los líderes de las comunidades para que informen de manera clara y comprensible mediante sesiones directamente con su población y tomar todas las medidas para mitigar la propagación de Covid-19;
- Proteger a los adultos mayores, las cuales son personas vulnerables ante tal pandemia; y que los familiares informen a los sistemas de salud sobre si sus familiares mayores padecen alguna enfermedad y si se encuentran tomando algún medicamento;

Recomendaciones específicas a los gobiernos:

- Incluir la variable de etnicidad en los registros de salud, ya que “la falta de datos cuantitativos y cualitativos sigue siendo un obstáculo para comprender y abordar de manera adecuada los determinantes sociales y la situación de salud de los pueblos indígenas y los afrodescendientes, entre otros grupos étnicos”;
- Impulsar el acceso a la información sobre medidas de prevención y manejo del Covid-19 en las comunidades indígenas y afrodescendientes, tomando en cuenta sus usos y costumbres, así como también incluir mensajes a través de imágenes utilizando su contexto cultural y lenguaje técnico apropiado, incluyentes y nunca estigmatizar o estereotipar a los pueblos indígenas, los afrodescendientes u otros;
- Tomar en cuenta la diversidad étnica y cultural de los pueblos en las medidas tomadas por los gobiernos;
- Desarrollar medidas para proteger a las comunidades, proveyéndoles de alimentos, agua potable, jabón desinfectante y bienes de primera necesidad;
- Respetar el uso de la medicina tradicional y aprovechar sus aportaciones. En este sentido, la OPS recomienda que las personas que emplean la

- medicina tradicional trabajen en conjunto con el sector salud, para verificar la pertinencia o no del uso de determinadas plantas y otras prácticas;
- Ejecutar vigilancia epidemiológica a través del personal de salud y los promotores indígenas;
 - Considerar y tomar medidas de protección a las poblaciones que vivan fuera de sus territorios como los que habitan en zonas marginadas, desplazados por violencia y los migrantes;
 - Considerar las tradiciones y costumbres de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos para el manejo de cadáveres en el contexto del Covid-19.
 - Impulsar espacios de participación y de diálogo para abordar los efectos de la pandemia y sus efectos posteriores, teniendo en cuenta también la recuperación económica y social;

Recomendaciones específicas para el personal de salud:

- Asegurar de que todos los consultorios que ofrezcan pruebas y servicios relacionados con la Covid-19 sean accesibles;
- Contar con un directorio (telefónico u otro medio) que contenga información de contacto sobre los jefes y líderes de las comunidades indígenas y afrodescendientes;
- Promover la participación de redes y líderes indígenas y afrodescendientes en cualquier decisión relativa a las medidas para el Covid-19.
- Elaborar y difundir información a los líderes comunitarios para que estos conozcan y comuniquen a la comunidad los riesgos y consecuencias sociales que conlleva el Covid-19;
- Garantizar que haya una diversidad de plataformas de comunicación (centro de atención telefónica, mensajes de texto, radios locales, entre otros) y que la información se adapte a formatos accesibles y culturalmente apropiados en los casos en que sea necesario;
- Suministrar información específica sobre el Covid-19, poniendo énfasis en todo aquello que sea pertinente para la comunidad y sus redes;
- Capacitar a los promotores de salud de acuerdo con las necesidades de las comunidades y su cultura;
- Garantizar que los prestadores de servicios de salud que laboran en las comunidades indígenas y afrodescendientes coordinen las acciones y medidas con los líderes comunitarios;
- Participar en los diálogos de saberes para dar a conocer en la comunidad todo lo relativo a el Covid-19;
- Contar con equipo de protección personal según corresponda al grado de exposición (mascarillas y guantes, entre otros);

- Asegurar que se aplique un enfoque intercultural a la respuesta del Covid-19, incluyendo las prácticas de la medicina tradicional;
- Analizar las normas y las prácticas culturales existentes en estas comunidades para formular enfoques apropiados cuando se adopten estrategias de diagnóstico y tratamiento, así como medidas de cuarentena y reclusión, basadas en el respeto mutuo;
- Involucrar a los médicos tradicionales y otros miembros de la comunidad para asegurar mecanismos de prevención efectivos, acceso a información y medidas adecuadas;
- Analizar las prácticas de vida culturalmente aceptadas en la comunidad para asegurar un enfoque adecuado en la prevención del contagio del virus.³⁰

Por su parte, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas también emitió una serie de consideraciones a los gobiernos e instituciones representativas, en las que coincide con el UNFPA y la OPS.³¹

Sin embargo, consideró otros puntos para la prevención del Covid-19 para las entidades representativas de las Naciones Unidas, sector privado y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), las cuales son las siguientes:

- Evitar ingresar a las comunidades de los pueblos indígenas y entrar únicamente con la autorización de las instituciones representativas de los mismos, llevando a cabo los protocolos establecidos para reducir los peligros de contagio.
- Consultar previamente a los pueblos indígenas para obtener su consentimiento de realizar cualquier programa o actividad en sus comunidades.
- En caso de que el contacto con los pueblos indígenas sea inevitable, asegurar que el personal sea competente e informado sobre la forma de reducir la transmisión del virus, la práctica del distanciamiento físico y la vigilancia de las estrategias de reducción de riesgos.
- Garantizar que las actividades y la información para los pueblos y comunidades indígenas estén disponibles en sus lenguas y sean culturalmente apropiadas.
- Revisar y reconsiderar los proyectos en curso, en estrecha coordinación con los pueblos indígenas interesados, teniendo en cuenta los efectos del Covid-19 (y las actividades de mitigación conexas) en esas comunidades.

³⁰ *Ídem.*

³¹ ONU Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. *Op. cit.*

- Considerar la posibilidad de implementar planes de reconstrucción después de la pandemia de Covid-19, que apoyen las economías de las comunidades indígenas, medios de vida tradicionales, principalmente.
- Incluir a los jóvenes indígenas en la propagación de los mensajes del Covid-19 dentro de las comunidades, tanto en las lenguas principales como en las lenguas indígenas locales.

Situación en México

La Constitución mexicana establece en el Artículo 4º, que el Estado mexicano tiene el deber de garantizar el acceso a los servicios de salud y el derecho a esta. Asimismo, el Artículo 2º hace referencia a los pueblos indígenas y el reconocimiento de la población afroamericana en el territorio; en el apartado B, fracción III establece que se debe garantizar los servicios de salud a la población indígena y afroamericanas, aprovechando la medicina tradicional, así como brindarles apoyo en materia de la nutrición mediante programas de alimentación, especialmente a la población infantil. Asimismo, los pueblos indígenas y afroamericanos tienen la libertad de determinación y autonomía y cuentan con atribuciones específicas para proteger a su población ante cualquier emergencia como en este caso implica la enfermedad del Covid-19.³²

Ante la pandemia del Covid-19, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) emitió la “Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afroamericanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2”, la cual contiene ocho medidas para proteger, informar y hacer frente a la emergencia sanitaria que se presenta en el país.³³

Las medidas que aborda la Guía se centran en los siguientes ocho puntos:

1. Traducción y difusión con pertinencia cultural y lingüística;
2. Implementación de medidas con pertinencia cultural;
3. Respeto a la libre determinación y autonomía de las comunidades indígenas y afroamericanas;
4. Traslado seguro y libre de contagios;
5. Atención de casos sospechosos, en el que se destaca que las personas sospechosas o pacientes de Covid-19 tienen el derecho de contar con un intérprete en la lengua indígena que corresponda, para entender y hacerse entender durante su atención médica en Hospitales Covid;
6. Atención de fallecidos, respetando la espiritualidad de la cultura de la

³² DOF. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Consultado el 8 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2W2tEZh>

³³ INPI. *Guía para la Atención de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas ante la Emergencia Sanitaria Generada por el Virus SARS-Cov2 (Covid-19)*. Consultado el 9 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2Zcu2qg>

persona fallecida, en sintonía con las medidas sanitarias decretadas por las autoridades competentes;

7. Estrategia de recuperación económica y social; e
8. Interpretación.³⁴

Por su parte la Secretaría de Salud publicó el informe “Covid-19 México: Panorama en población que se reconoce como indígena” (publicado el 7 de mayo 2020) en el que se destacan los siguientes datos reportados hasta el día 6 de mayo del presente año:³⁵

- 489 casos confirmados en población indígena reconocida en México. Los cinco estados donde se reportaron más casos fueron: Ciudad de México (75 casos), Yucatán (75 casos), Estado de México (64 casos), Quintana Roo (46 casos) y Oaxaca (32 casos). Mientras que los estados con menores casos de contagio fueron: Baja California Sur, Coahuila, Guanajuato y Nuevo León, con 3 casos cada entidad federativa, seguido por Nayarit con 1 caso confirmado.
- El 63% de los casos confirmados corresponden al género masculino, mientras que el resto, 37%, pertenecen al género femenino.
- La población indígena reconocida más afectada por el Covid-19 desglosada por edad son las personas entre 50 y 54 años de edad (74 casos), seguida por las personas de 45 a 49 años de edad (55 casos) y las de 55 a 59 años de edad (con 53 casos registrados).
- Las personas entre las edades de 0 a 14 años y de 85 a 94 años, registraron menos contagios.
- La distribución de casos confirmados en población que se reconoce como indígena por ocupación: hogar (106 casos), empleados (83 casos), campesinos (49 casos), trabajadores de la salud (48 casos), comerciante de mercados fijos o ambulantes (38 casos), choferes (18 casos), jubilado o pensionado (19 casos), obreros (14 casos), desempleados (12 casos), otros profesionistas (11 casos), estudiantes (16 casos), maestros (8 casos), gerentes o propietarios de empresas o negocios (1 caso), otros (66 casos).
- De los 1,718 posibles casos, 991 resultaron negativos, 489 confirmados y 238 sospechosos.
- En cuanto a la atención médica, 51% de los casos positivos de la población indígena reconocida fueron hospitalizados (personas de edades entre 50 y 59 y entre 65 y 69 años), mientras que el 49% fueron ambulatorios (principalmente personas de edades entre 30 y 39 años).
- Los principales síntomas reportados fueron: tos, fiebre, cefalea, mialgias

³⁴ *Ídem.*

³⁵ Secretaría de Salud. *COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena.* Consultado el 9 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/2BT9wlp>

y disnea. Mientras que los síntomas menos registrados fueron rinorrea, dolor abdominal y conjuntivitis.

- Se registraron 73 defunciones por Covid-19 en la población indígena reconocida, de los cuales 14 fueron en el estado de Quintana Roo, 11 en Oaxaca, 8 en la Ciudad de México, 8 en Yucatán, 5 en Baja California, principalmente.
- Las 73 defunciones por Covid-19 corresponden el 68% a hombres y el 32% a mujeres.
- Las muertes en la población indígena reconocida por Covid-19 relacionadas con otras enfermedades se encuentran vinculadas principalmente con la diabetes, hipertensión, obesidad e insuficiencia renal crónica.³⁶

De acuerdo con información del Movimiento de Pueblos, Comunidades y Organizaciones Indígenas, Movimiento Nacional, México (MPCO MN), el grado de mortalidad por Covid-19 en los pueblos indígenas y afroamericanos es del 17.5% en comparación del 10% en promedio de las zonas urbanas. Esto hace evidente que estos grupos son más vulnerables ante la pandemia.³⁷

Por su parte, la Secretaría de Salud señaló que un indígena tiene el 70% más probabilidad de fallecer por Covid-19 que otra persona que padece la misma enfermedad.³⁸

Los pueblos indígenas han realizado una serie de llamados para que sean atendidos de manera oportuna y eficiente. Además, apoyan iniciativas que benefician a personas de estas comunidades que han perdido el empleo y no cuentan con alguna prestación de seguridad social.³⁹

³⁶ *Ídem.*

³⁷ Forbes. *Las comunidades indígenas presentan mayor letalidad por Covid-19 en México.* Consultado el 10 de julio de 2020 en: <https://bit.ly/3fj3BEX>

³⁸ *Ídem.*

³⁹ *Ídem.*

MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL EN ZONAS RURALES

Nota Informativa⁴⁰

Resumen

La siguiente nota expone la importancia de dar seguimiento de parte del sector salud a las tasas de morbilidad y mortalidad materno infantil en diferentes niveles, incluido el local, dado que persisten desafíos que deben ser enfrentados con mejoras en el sector salud, las cuales deben alcanzarse mediante la aplicación de recomendaciones de organismos internacionales especializados en la materia. Asimismo, se presenta la labor de México en materia de combate a la mortalidad materna e infantil, de conformidad con su normatividad constitucional, donde se consagra del derecho a la salud, que debe ser garantizado por las dependencias especializadas y la asignación de presupuestos en el ámbito legislativo.

Antecedentes

La morbilidad es definida como “un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo del cual está enterado el individuo afectado, excluyendo pacientes que por su edad no están conscientes de su patología, incluye no sólo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es, defectos crónicos o permanentes que están estáticos en la naturaleza y que son resultados de una enfermedad, traumatismos o mala formación congénita.”⁴¹

Desde la perspectiva de la Estadística la morbilidad es “el número proporcional de personas que enferman en población y tiempos determinados.”⁴² Existen indicadores de morbilidad que “están diseñados para medir la aparición de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones.”⁴³

Los indicadores de morbilidad pueden expresarse midiendo la incidencia o midiendo la prevalencia. La evaluación de las tasas de morbilidad requiere observación directa (encuestas y otras investigaciones); informe de eventos en

⁴⁰ Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.

⁴¹ BVS. Morbimortalidad en pediatría. Consultado el 8 de julio de 2020, en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1982/pdf/Vol9-1-1982-12.pdf>

⁴² Idem.

⁴³ PAHO. HEALTH INDICATORS: Conceptual and operational considerations (Section 2). Consultado el 9 de julio de 2020, en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=3&lang=en

sistemas de vigilancia; e informes de enfermedades en hospitales y sistemas de información para pacientes ambulatorios, registros específicos, entre otros.⁴⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) los datos de mortalidad muestran “el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa”. Particularmente, las cifras de mortalidad de la OMS indican “las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básica de defunción codificadas por las autoridades nacionales”.⁴⁵

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la causa básica de defunción es considerada como “la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal”.⁴⁶

Específicamente, la morbilidad materna, alude a “cualquier enfermedad física o mental y a las discapacidades relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres, pero que tienen impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta.”⁴⁷

Por su parte, la mortalidad materna es definida por la OMS como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.”⁴⁸

Los conceptos de morbilidad y mortalidad presentados son aplicables a la infancia e inciden en su estado de salud y supervivencia, por lo que es importante que los gobiernos instrumenten políticas de salud pública, enfocadas en la prevención de patologías que puedan derivar en el ascenso de las tasas de mortalidad infantil.

De manera específica, la importancia de cuantificar la pérdida de vidas causada por la mortalidad materna en una población es ampliamente reconocida, dado que el 8 de septiembre de 2000, fue adoptada la Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas en la que se identificó la mejora de la salud materna como uno de los ocho objetivos fundamentales para promover el desarrollo humano. Como parte del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, la ONU

⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ WHO. Mortalidad. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.who.int/topics/mortality/es/>

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Gobierno de la República. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? Consultado el 9 de julio de 2020, en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248047/que_sabemos_de_la_incidencia.pdf

⁴⁸ Scielo. Perinatología y reproducción humana. Consultado el 9 de julio de 2020, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000100006

estableció el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015 para todas las poblaciones.⁴⁹

Respecto de lo anterior, en América Latina se creó el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) en 1998, desde entonces incentiva la colaboración y la acción conjunta interagenciales para emplear políticas y poner en marcha programas de reducción de mortalidad materna en la región. El Grupo está integrado por organismos técnicos de la Organización de las Naciones Unidas, organizaciones bilaterales y multilaterales de cooperación, organizaciones no gubernamentales y redes profesionales.⁵⁰

En 2003, el GTR realizó un proceso de consulta, que terminó con la firma de la declaración política, el Consenso estratégico interagencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe, el cual tiene reconocimiento por los gobiernos de la región. Dicho documento ha servido como referencia para elaborar y poner en marcha planes nacionales de reducción de la mortalidad materna, además de armonizar y mejorar la cooperación técnica entre los diferentes organismos integrantes.⁵¹

Panorama general

En 2015 fueron adoptados los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU. En 2016 entraron en vigor para que los países instrumenten políticas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas y logren el progreso y la paz duradera. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible cuenta con 169 metas que abordan diversos temas para lograr avances en materia económica, social y ambiental. El ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” está compuesto por varias metas, incluida la relacionada con la disminución de la mortalidad materna, la cual tiene como propósito reducir para 2030 “la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (meta 3.1).⁵²

Es de destacar que, a nivel mundial, la mortalidad materna ha disminuido en un 37% desde el año 2000. En el Oriente de Asia, África Septentrional y Asia del Sur, la mortalidad materna ha registrado un descenso de alrededor de dos tercios. Sin embargo, la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con

⁴⁹ WHO. The lifetime risk of maternal mortality: concept and measurement. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-048280/en/>

⁵⁰ UNFPA. *Panorama de la Situación de la Morbilidad Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. Consultado el 9 de junio de 2020 en: <https://bit.ly/3eajP1G>

⁵¹ *Ídem*.

⁵² WHO. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

las que sí, en las regiones en desarrollo sigue siendo 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas.⁵³

Cabe resaltar que cada vez más mujeres reciben atención prenatal. En las regiones en desarrollo, la atención prenatal era de 65% en 1990 y experimentó un incremento de 18% para llegar a 83% en 2012. Sin embargo, solo la mitad de las mujeres en las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan.⁵⁴

En relación con la morbilidad y mortalidad infantil, cada día mueren 17,000 niños menos que en 1990, pero cada año mueren más de cinco millones de niños antes de cumplir cinco años. En cuanto a prevención de enfermedades y eventualmente de decesos, es de mencionar que desde el año 2000, las vacunas contra el sarampión han evitado casi 15.6 millones de muertes infantiles.⁵⁵

Pese a los progresos mundiales alcanzados, una proporción cada vez mayor de muertes infantiles se produce en África Subsahariana y Asia del Sur, donde se concentran cuatro de cada cinco muertes de niños menores de cinco años. Un dato que debe ser tomado en cuenta por los gobiernos de varios países del mundo es que los niños nacidos en la pobreza tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los cinco años que los de familias ricas. En cuanto al grado de instrucción, los hijos de madres educadas, incluso las madres con educación primaria, tienen más probabilidades de sobrevivir que los hijos de madres que carecen de educación.⁵⁶

De acuerdo con el director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus “en los países que brindan atención médica segura, asequible y de alta calidad para todos, las mujeres y los niños sobreviven y salen adelante”. Sin embargo, nuevas estimaciones dieron a conocer que 6.2 millones de niños menores de 15 años perdieron la vida en 2018, y más de 290,000 mujeres fallecieron por complicaciones durante el embarazo y el parto en 2017. En cuanto al número total de muertes infantiles, 5.3 millones ocurrieron durante los primeros cinco años de vida, y casi la mitad durante el primer mes de vida.⁵⁷

⁵³ UN. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#:~:text=Goal%203%20targets,-3.1%20By%202030&text=3.4%20By%202030%2C%20reduce%20by,and%20harmful%20use%20of%20alcohol>.

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ WHO. Les femmes et les enfants sont aujourd’hui plus nombreux que jamais à avoir la vie sauve, selon un rapport des Nations Unies. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

El parto y el período inmediatamente posterior al nacimiento son los momentos en que las mujeres y los recién nacidos son más vulnerables. Se cuenta con datos que indican que cada año mueren 2.8 millones de mujeres embarazadas y recién nacidos, lo cual implica que fallece 1 cada 11 segundos, aunque en la mayoría de los casos las causas puedan ser prevenibles.⁵⁸

Para los neonatos, el primer mes de vida es en el que el riesgo de muerte es mayor, particularmente si el recién nacido fue prematuro, su peso es bajo, hubo complicaciones al nacer, tiene malformaciones congénitas o contraído infecciones. Alrededor de un tercio de estas muertes ocurren durante el primer día y casi tres cuartos ocurren solo durante la primera semana.⁵⁹

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” en su meta 3.2 tiene como propósito que para 2030, se termine con “las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los Estados intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos”.⁶⁰

A nivel regional, en América Latina, el Consenso Estratégico del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) tiene como objetivo “reafirmar los avances y lecciones aprendidas de la década anterior y apoyar a los gobiernos en la identificación de nuevas prioridades para la reducción de la mortalidad materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) y la agenda 2030”. Asimismo, brinda a los gobiernos y a otros actores institucionales las directrices para que concilien todos sus esfuerzos para reducir la mortalidad materna en el periodo 2015-2025.⁶¹

Entre los esfuerzos que la región ha hecho en la materia, se resalta la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, celebrada en Montevideo en 2013, en la cual se convinieron compromisos conjuntos para reducir la mortalidad materna. Dos años más tarde, los países renovaron los compromisos adquiridos con la adopción de una guía operacional, que da seguimiento a los avances regionales. Asimismo, en 2015 se encuentra el Consenso de Santo Domingo, que se logró en la Conferencia Regional de la Mujer en 2013, y la Agenda Regional de Género adoptada durante la XIII Conferencia de la Mujer en 2016, ambos

⁵⁸ *Idem.*

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ UN. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Consultado el 9 de julio de 2020, en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

⁶¹ UNFPA. *Panorama de la Situación de la Morbilidad Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. Op. Cit.*

documentos incorporan a la mujer y la igualdad de género en la agenda sustentable.

A pasar de que en 2015, los países de América Latina y el Caribe no lograron reducir la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la región mostró avances considerables en otras cuestiones relacionadas con la materia tales como la planificación familiar y la anticoncepción, la atención prenatal y la atención calificada del parto. Sin embargo, un año más tarde, los países latinoamericanos registraron una razón de mortalidad materna (RMM) de 60.8 por 100,000 nacidos vivos, es decir, que hubo una reducción del 56.6% de ese indicador tomando de base el año 1990, en el que se presentaba un RMM de 140 por 1,000 nacidos vivos. Sin embargo, el avance logrado aún se encuentra en un porcentaje inferior respecto del 75% propuesto.⁶²

Actualmente, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la reducción de la mortalidad materna continúa siendo una prioridad. De acuerdo con las estimaciones del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas, la razón de mortalidad materna (RMM) de la región es de 68 por 100,000 nacidos vivos.

En el informe “Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Materna: América Latina y el Caribe” 2017 publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) destaca que los países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para reducir la mortalidad materna, que es un grave problema de salud pública, mediante el desarrollo e implementación de programas y políticas públicas en sus agendas.

Asimismo, los gobiernos de la región deben hacer frente a diferentes factores que influyen a esta cuestión como son las desigualdades en el acceso a la salud, siendo los grupos en situaciones de marginalización los que enfrentan mayores obstáculos de acceso a estos servicios; la alta tasa de embarazos en adolescentes; la baja calidad y trato poco respetuoso en la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, y; el acceso limitado aun a los servicios de planificación familiar y anticoncepción.⁶³

Aunado a ello, el documento señala que también existen otros factores que agravan la salud de las mujeres en estado de gestación como son la inequidad de ingresos, el bajo rendimiento académico, la desnutrición, la falta de acceso a servicios públicos como es el acceso al agua potable, el gasto público en salud, barreras geográficas, la pertenencia a población indígena o afrodescendiente y la discapacidad. Asimismo, las mujeres que desarrollan complicaciones graves durante el embarazo comparten muchos factores patológicos y circunstanciales,

⁶² *Ídem.*

⁶³ *Ídem.*

por lo que se estima que por cada muerte materna hay de 20 a 30 mujeres que sufren morbilidad materna extrema.⁶⁴

El Grupo Interagencial de Estimaciones de la Mortalidad Materna (MMEIG, por sus siglas en inglés) estimó en 7,300 muertes en los países de América Latina y el Caribe. Resaltó que 13 países⁶⁵ de la región presentaron un índice de RMM más alto que el promedio regional, es decir presentaron entre 89 y 359 por 100,000 nacidos vivos. En estos países, en particular, son territorios donde hay altas tasas de fecundidad, niveles elevados de pobreza y cobertura y calidad de atención a la salud deficientes.⁶⁶

El estudio señala que el “acceso a cuidados maternos de calidad podría prevenir el 54% de esas muertes y el acceso universal a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas”. Las causas más frecuentes de estos decesos en América Latina se encuentran la hemorragia (23.1%), la hipertensión inducida por el embarazo (22.1%), las causas indirectas (18.5%), otras causas directas (14.8%), las complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9.9%) y la sepsis (8.3%). Cabe mencionar que existen causas indirectas de mortalidad materna, las cuales han ido en aumento debido a una cobertura y calidad de atención prenatal insuficientes y a la falta de acceso a anticonceptivos a mujeres que no desean o no pueden tener más hijos.⁶⁷

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo una comparación de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015 en lo que resaltó lo siguiente:

- En América Latina y el Caribe, el índice de razón de muertes maternas fue de 135 por 100,000 nacidos vivos, teniendo un total de 16,000 muertes. Mientras que en 2015, este indicador se estimó en 67 por 100,000 nacidos vivos, teniendo como resultado 73,000 muertes estimadas.
- Asimismo, solo en América Latina en 1990 el registro de defunciones fue de 126 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en 2015 la estimación fue de 60 por 100,000 nacidos vivos y un total de 66,000 muertes estimadas.
- En el Caribe se registraron 276 por 100,000 nacidos vivos, teniendo un total de 2,300 defunciones, mientras que en 2015, la razón de mortalidad materna estimada fue de 175 por 100,000 nacidos vivos y 1,300 muertes estimadas.⁶⁸

⁶⁴ *Ídem.*

⁶⁵ Los 13 países son: Bahamas, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela

⁶⁶ UNFPA. *Op. cit.*

⁶⁷ *Ídem.*

⁶⁸ *Ídem.*

Número de Defunciones Maternas y Razón de Mortalidad Materna (por 100,000) Nacidos Vivos Registrados y Estimados, 1990 y 2015

	Razón de Mortalidad Materna, 1990 (por 100,000 nacidos vivos)	Número Total de Muertes, 1990	Razón de Mortalidad Materna Estimada, 2015 (por 100,000 nacidos vivos)	Número Total de Muertes Estimadas, 2015
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	135	16,000	67	73,000
AMÉRICA LATINA	126	14,000	60	66,000
CARIBE	276	2,300	175	1,300

Tabla de UNFPA. Panorama de la Situación de la Morbilidad Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. Consultado el 10 de junio de 2020 en: <https://bit.ly/3eajP1G>

El estudio destaca que es evidente que dentro de los países de la región existe una gran inequidad en su interior al reportar que 11 de 23 naciones de América Latina y el Caribe mostraron "cifras de mortalidad materna de 125 por 100,000 nacidos vivos o mayor en diferentes circunscripciones nacionales, y 7 países informaron que ese indicador era aún más alto entre poblaciones indígenas".⁶⁹

El reporte observa que las mujeres más pobres y pertenecientes a comunidades indígenas o afrodescendientes tienen a sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna, debido a que tienen menos oportunidades de recibir una atención de salud de calidad, además de las múltiples barreras geográficas, culturales, lingüísticas y sociales a las que se enfrentan.

De esta manera notó que en Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana, que son donde mayor población indígena y afrodescendiente hay, tienen un índice de mortalidad más alta en la región, "ya sea medida como razón de mortalidad materna (RMM), o como número absoluto de defunciones, como es el caso de Brasil y México".⁷⁰

Otros datos que arrojó dicho informe es que, en 2011, Bolivia realizó un estudio, en el que reveló que el 68% de las muertes maternas fueron de madres indígenas; de igual manera, Guatemala notificó una razón de mortalidad materna (RMM) tres veces más alta entre mujeres indígenas que entre las mujeres no indígenas; en el estado de Paraná, Brasil se encontró que las mujeres afrodescendientes tenían tres veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad que otras mujeres.⁷¹

⁶⁹ *Ídem.*

⁷⁰ *Ídem.*

⁷¹ *Ídem.*

Otra causa que aumenta la mortalidad materna es el embarazo de adolescentes, en el que el parto está entre las principales causas de muerte en este sector de la población (de 15 a 19 años de edad); el riesgo de muerte materna de niñas menores de 15 años de edad puede ser el doble o triple del de las mujeres entre 15 a 19 años de edad. Entre los factores que influyen en la muerte materna son los trastornos hipertensivos, las muertes maternas tardías por complicaciones del embarazo o el parto, y el aborto inseguro.⁷²

Actualmente, en América Latina aún existen regiones donde el acceso a los métodos anticonceptivos, la salud sexual reproductiva son limitados, estimándose que menos de 10% de las adolescentes usa regularmente métodos anticonceptivos eficaces. Las cesáreas son operaciones que ayudan a salvar las vidas de las mujeres y los neonatos. Sin embargo, estas intervenciones quirúrgicas han aumentado considerablemente en la región, alcanzando casi 4 de 10 partos por cesárea (38.9%), un nivel muy arriba de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), generando riesgos innecesarios para las mujeres y sus bebés.⁷³

Algunos países de la región han implementado buenas prácticas de monitoreo de programas de salud materna, por ejemplo Ecuador “se lleva a cabo el monitoreo de indicadores vinculados con la salud materna a nivel local, y estos datos se reportan mensualmente al nivel central”; en Costa Rica se crearon comités locales de mortalidad materna donde se discuten las causas y las estrategias para prevenirlas; en Argentina se recaban datos en línea (online) a través del Sistema de Información Perinatal (SIP); Brasil, existe la auditoría de la Red Cigüeña.⁷⁴

Asimismo, países como Argentina, Chile, Guatemala, México, República Dominicana y Uruguay han implementado iniciativas exitosas en materia de rendición de cuentas en salud materna a nivel nacional, como son los observatorios de salud reproductiva o salud materna. En esta cuestión, se puede destacar que México cuenta con un Observatorio que integra el análisis de los presupuestos dedicados a la salud materna.⁷⁵

En el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres y los Niños, se elaboró y se implementó una hoja de ruta, cuyo objetivo fue impulsar procesos de rendición de cuentas multisectoriales y para la prevención de la mortalidad materna e infantil. Los países en los que se implementó la hoja de ruta fueron Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, México y Perú, mismos que fueron elegidos por la Estrategia Mundial.⁷⁶

⁷² *Ídem.*

⁷³ *Ídem.*

⁷⁴ *Ídem.*

⁷⁵ *Ídem.*

⁷⁶ *Ídem.*

En cuanto a la atención neonatal en América Latina y el Caribe es grave, ya que el 60% de las muertes infantiles (antes de los 5 años) ocurren durante el primer año de edad, y de este porcentaje el 50% ocurre dentro de los primeros 28 días de vida.⁷⁷ Algunas causas que llevan a la muerte infantil en la región de las Américas son las condiciones perinatales y los defectos congénitos, la asfixia y el traumatismo en los neonatos y la sepsis, las cuales rebasan el 40% de las muertes en los neonatos.⁷⁸

Otras causas que llevan a la muerte infantil (de 1 a 4 años) son las malformaciones congénitas, la gripe y la neumonía. Sin embargo, en el periodo de 2000 al 2015, la región ha tenido avances en reducir el deceso de niños y niñas en cuestiones de diarrea, neumonía, desnutrición y enfermedades prevenibles a través de vacunas.⁷⁹

Por lo tanto, la UNFPA señala que la atención prenatal es el inicio para la atención calificada del parto y el acceso a la atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Los gobiernos y la comunidad han implementado protocolos basados en la evidencia para acordar un plan de parto; redes de salud que incluyan a las mujeres embarazadas para integrarlas a las actividades comunitarias; la capacitación permanente del personal de salud en trato materno respetuoso.⁸⁰

Con la finalidad de terminar con las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes y crear un entorno en el que estos sectores sociales además de sobrevivir puedan desarrollarse y vean una transformación de su salud y su bienestar, la ONU cuenta con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, y como parte de esta, la OMS colabora con asociados para acabar con la mortalidad materna prevenible, mediante acciones destinadas a:⁸¹

- Disminuir las desigualdades en la calidad y el acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Alcanzar una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas.

⁷⁷ OPS. *Salud del Niño*. Consultado el 10 de julio de 2020 en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-nino>

⁷⁸ UNFPA. *Op. cit.*

⁷⁹ OPS. *Op. cit.*

⁸⁰ UNFPA. *Op. cit.*

⁸¹ *Idem.*

- Fortalecer los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas.
- Garantizar la rendición de cuentas con el propósito de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030 también considera necesario que los gobiernos, los parlamentos, las instancias de toma de decisiones y los encargados de diseñar políticas públicas en todos los niveles deben, entre otras cosas:⁸²

- Financiar e instrumentar planes nacionales de salud integrales y basados en evidencias y en los derechos humanos, haciendo hincapié en reforzar los sistemas de salud y llegar a las personas marginadas.
- Velar por la participación importante de todos los interesados, con inclusión de los profesionales de la salud, el sector privado, la sociedad civil, así como las comunidades más afectadas por inequidades sanitarias.
- Aprobar leyes y aplicar políticas acordes con los principios de los derechos humanos, incluso con respecto a la igualdad de género para todas las personas, o modificarlas para que se ajusten a esos principios.
- Reforzar la capacidad de los parlamentos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y defender el derecho de las mujeres, los niños y los adolescentes a gozar del grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr.

Algunas consideraciones sobre México

El derecho a la salud está consagrado en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que prescribe que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud. Asimismo, refiere que: “La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”⁸³ En cuanto a la infancia establece que: “Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el

⁸² WHO. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. Consultado el 9 de julio de 2020, en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

⁸³ IJ. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Consultado el 10 de julio de 2020, en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos#10539>

diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.”⁸⁴

En relación con la labor para reducir la mortalidad materna, es preciso indicar que durante cuatro décadas, IMSS-Bienestar ha brindado cuidados integrales a 4.5 millones de personas que viven en zonas indígenas, entre los grupos étnicos atendidos figuran los siguientes: nahuas, mayas, tzeltales, mixtecos, tzotziles, zapotecos, totonacos, mazatecos, purépechas y choles. Uno de los logros más importantes de IMSS-Bienestar ha sido disminuir la mortalidad materna-infantil en los pueblos indígenas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y de pobreza extrema.⁸⁵

En 2007, la mortalidad materna era de 65.9%, cifra que disminuyó a 19.5% en 2015, lo cual se traduce en que durante 2007 fallecieron 113 mujeres, mientras en 2015 el número de decesos se redujo a 42. Además, con el Modelo de Atención Integral de la Salud, en las instalaciones de IMSS-Bienestar la sociedad recibe atención en consultas que abarcan medicina general, salud materno-infantil, vacunación, seguimiento a la nutrición de menores de cinco años, entre otras.⁸⁶

Cabe agregar que con la reducción de la mortalidad materna el programa IMSS-Bienestar logró el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 de la ONU que tenía como finalidad reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015 para todas las poblaciones.⁸⁷

Según datos de la Secretaría de Salud (SSA) hasta febrero del 2020 se han registrado 96 muertes de mujeres durante las etapas de embarazo, parto o posparto, lo cual indica que la mortalidad materna es de 27.7 fallecimientos por cada 1,000 nacimientos. Estos datos permiten observar que hubo una disminución de 16.5% en el indicador, respecto del año anterior. Las entidades con mayor número de defunciones maternas son: Estado de México (12) Chiapas (11), Jalisco (10), Chihuahua (7) y la Ciudad de México (7).⁸⁸

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ IMSS. Se dedica IMSS-Bienestar al cuidado integral de más de cuatro millones de personas de 32 pueblos originarios. Consultado el 10 de julio de 2020, en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/273>

⁸⁶ *Idem.*

⁸⁷ *Idem.*

⁸⁸ El Sol de México. “Mortalidad materna disminuyó 16.5% en comparación con febrero del 2019”, 10 de marzo de 2020. Consultado el 10 de julio de 2020, en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/mortalidad-materna-disminuyo-16.5-en-comparacion-con-febrero-del-2019-4950822.html> e Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad. Consultado el 10 de julio de 2020, en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg

Para reducir la mortalidad materna, la OMS recomienda que todas las mujeres cuenten con atención prenatal durante el período de gestación, puedan acceder a la atención especializada en el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas del período postparto.⁸⁹

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil (2018) más reciente es de 13 fallecimientos por cada 1,000 habitantes.⁹⁰ Es de destacar que México ha tenido avances en el abatimiento de la mortalidad infantil, pero enfrenta desafíos y rezagos en algunas zonas. Las entidades que han tenido los primeros lugares en mortalidad infantil son Puebla, Guerrero, Chiapas, Estado de México y Tlaxcala. Respecto de dichos estados es necesario indicar que cuentan con población indígena importante y deben ser atendidos por sus resultados en este rubro. Al respecto, los expertos señalan que es indispensable incrementar el gasto público en el sector salud, dado que a mayor inversión se genera una correlación en la disminución de la mortalidad infantil.⁹¹

⁸⁹ WHO. Mortalidad materna. *Op. cit.*

⁹⁰ WB. Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births). Consultado el 10 de julio de 2020, en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>

⁹¹ Scielo. Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. Consultado el 10 de julio de 2020, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252019000300017&script=sci_arttext&tlng=en



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA

Coordinadora General

Aliza Klip Moshinsky

Directora General

María Rosa López González

Colaboraron en la elaboración de este documento:

Miguel Venegas Ramírez

Karla Viridiana Zambrano Hernández

Norma Francisco Pérez

Alejandro Osornio Ramos

Gabriel Quezada Ortega



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA