

# Conferencia Regional de Mujeres Líderes

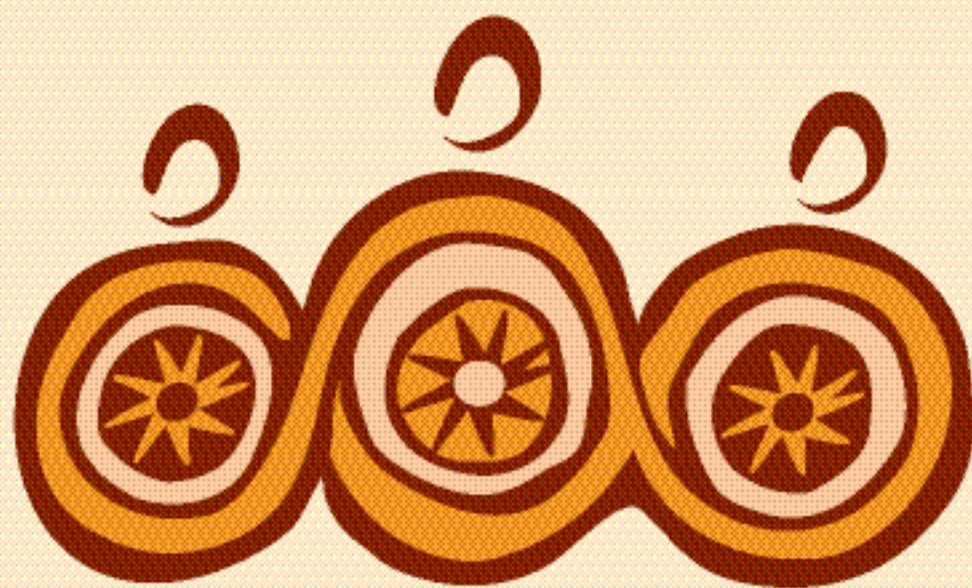
## Muerte Materna:

*“Romper el silencio, sumar nuestras voces”*

Lima, Perú, mayo 27 y 28, 2010



**MEMORIA**



**Conferencia Regional de Mujeres Líderes**  
**Muerte Materna:**  
*“Romper el silencio, sumar nuestras voces”*

Lima, Perú, mayo 27 y 28, 2010

**MEMORIA**



## Conferencia Regional de Mujeres Líderes Muerte Materna:

*“Romper el silencio, sumar nuestras voces”*

Lima, Perú, mayo 27 y 28, 2010

© Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR)

Para obtener más información, visite: [www.conferenciademujereslideres.com](http://www.conferenciademujereslideres.com)

**Relatoría:** Rosana Vargas Valente

**Edición:** Martha N. Murdock y Ariadna Capasso (FCI)

**Revisión:** Bremen de Mucio (CLAP-SMR/OPS), Mary Luz Mejía y Natasha Dormoi (UNFPA)

**Fotografía:** UNFPA/Perú

**Diseño e impresión:** [creative@graphusecuador.com](mailto:creative@graphusecuador.com)

ISBN: 978-0-9827601-2-3

1000 ejemplares

Impreso en Ecuador, noviembre de 2010

Quito – Ecuador

Elaborado por Family Care International (FCI)

Se agradece a todas aquellas personas que han hecho posible esta reunión, incluyendo a la oficina de UNFPA/Perú, a los miembros del Comité Impulsor Regional y de los comités nacionales, y a las participantes de la misma.

Se permite la reproducción total o parcial de la información aquí publicada, siempre que no sea alterada y se asignen los créditos correspondientes.

Las opiniones contenidas en la presente publicación no reflejan necesariamente las de las agencias miembro del GTR, siendo de responsabilidad de los autores de la misma.

Esta publicación ha sido posible gracias al generoso apoyo de:





# Contenido

  	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
	* Antecedentes y contexto	5
	* Objetivos y productos esperados de la conferencia	6
	* Participantes	6
	* Cobertura en medios	8
	* Memoria de la conferencia	8
  	<b>SESIÓN INAUGURAL</b>	<b>14</b>
  	<b>PANEL INTRODUCTORIO</b>	
	Tendencias globales y regionales de la mortalidad materna	18
  	<b>EJE 1</b>	
	Acceso Universal a Servicios de Salud de Calidad	22
	MESA DE DIÁLOGO 1: Acceso Universal a Servicios de Salud de Calidad	27
  	<b>EJE 2</b>	
	Determinantes Sociales e Igualdad de Género	34
	MESA DE DIÁLOGO 2: Determinantes Sociales e Igualdad de Género	42
  	<b>EJE 3</b>	
	Movilización de Recursos para la Sostenibilidad Financiera del ODM 5	47
	MESA DE DIÁLOGO 3: Movilización de Recursos para la Sostenibilidad Financiera del ODM 5	53
  	<b>SÍNTESIS DEL DEBATE EN LAS MESAS DE DIÁLOGO</b>	<b>58</b>
  	<b>PRODUCTOS DE LA CONFERENCIA</b>	<b>65</b>
  	<b>DECLARACIÓN DE LA CONFERENCIA</b>	<b>69</b>
  	<b>ANEXOS</b>	<b>74</b>
	* Anexo 1: Listado de Participantes	75
	* Anexo 2: Programa	90



# Introducción



## Antecedentes y contexto

El Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) fue fundado en 1998 por agencias de cooperación del sistema de las Naciones Unidas (la Organización Panamericana de la Salud-OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF), organismos bilaterales (la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional-USAID), bancos (el Banco Interamericano de Desarrollo-BID y el Banco Mundial) y ONGs internacionales (Population Council y Family Care International-FCI) con el objetivo de impulsar y coordinar esfuerzos para abatir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe.

En 2009, el GTR se amplió a nuevos miembros, entre ellos asociaciones profesionales (la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia-FIGO y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología-FLASOG), la Confederación Internacional de Parteras-ICM y otras agencias y organismos bilaterales, como la Comisión Económica para América Latina-CEPAL y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer-UNIFEM.

En la reunión de planeación anual del GTR en Montevideo en 2009, se acordó organizar e impulsar la Conferencia Regional de Mujeres Líderes en el marco del GTR ampliado. Se encargó su organización a tres miembros: UNFPA -en su rol de Secretariado del GTR-, OPS y FCI, siendo UNFPA Perú la responsable de la coordinación nacional del evento.

Se nombró asimismo un Comité Impulsor Regional que se reunió en el mes de febrero en Lima con el Grupo Interagencial por la Salud Materna y Neonatal en el Perú, el mismo que se convirtió en Grupo Impulsor Nacional y que tuvo a su cargo, junto con el Comité Asesor Regional y el GTR, la elaboración del documento marco de la conferencia, así como el diseño de su estructura, su metodología de trabajo y su agenda.

Con el fin de generar un proceso participativo, la metodología incluyó trabajo en mesas de diálogo, lo cual permitió el intercambio entre las participantes a la conferencia. Éstas fueron seguidas de sesiones de discusión moderadas por representantes del Comité Impulsor Regional. La conferencia contó también con un servicio de traducción inglés-español. Asimismo, para fomentar el intercambio, se montó una página web dedicada -[www.conferenciademujereslideres.com](http://www.conferenciademujereslideres.com)- con información sobre el contexto regional y nacional de trabajo para la reducción de la mortalidad materna.

## Objetivos y productos esperados de la conferencia

El objetivo general de esta conferencia regional fue fomentar acciones políticas, sociales, económicas y culturales, así como iniciativas innovadoras, para poner fin a las muertes maternas evitables que ocurren diariamente en toda América Latina y el Caribe, a través del llamado a la acción por parte de mujeres líderes de distintos ámbitos sociales, buscando movilizar a sectores nuevos desde una perspectiva de responsabilidad compartida.

Como objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- Generar mayor compromiso político de los Estados en torno a los retos pendientes y la movilización de recursos económicos para mejorar la salud y el ejercicio de los derechos de las mujeres en América Latina y el Caribe.
- Generar estrategias de movilización de apoyos sociales y políticos, y comunicación estratégica, para poner de relieve la importancia de invertir en las mujeres como un motor fundamental para el desarrollo social y económico de los países y sus comunidades.

Los productos esperados de la conferencia fueron los siguientes:

- Una declaración y mensajes clave de incidencia política para alimentar una campaña regional.
- Un mecanismo para garantizar reuniones de seguimiento a los acuerdos de la conferencia en los niveles regionales y nacionales.
- Las conclusiones de esta conferencia difundidas en la segunda conferencia “Women Deliver” (Washington, D.C., junio de 2010).

## Participantes

Se acordó priorizar a los países con más altas tasas de mortalidad materna (Guyana, Bolivia, Guatemala, Honduras, Perú, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Nicaragua, Paraguay), y aquellos que por sus dimensiones poblacionales tienen mayor número de casos de muerte y morbilidad evitable (México, Colombia y Brasil). La Delegación de Jamaica no pudo estar presente debido a la situación de emergencia por la que atravesaba este país. Se contó adicionalmente con mujeres líderes de Haití, país en una

situación de emergencia sin precedentes. En algunos países, como El Salvador, se sostuvieron reuniones previas con las participantes de la conferencia con la finalidad de orientar sobre su propósito y objetivos.

Para la selección de las participantes se priorizó que fueran mujeres con algunas de las siguientes características: liderazgo reconocido, influencia significativa en áreas como la política (a nivel nacional, regional o local) o la investigación; proveniente de instituciones profesionales, empresas con responsabilidad social, organizaciones de la sociedad civil, o sus comunidades; experiencia de vida y compromiso evidente con su trabajo. Se consideró que las áreas de influencia y experiencia de trabajo de las participantes no debían estar necesariamente vinculadas a la reducción de la muerte materna, a fin de facilitar la inclusión de nuevos sectores en el desarrollo de estrategias de incidencia política a favor de la salud materna en la región.

En función de estos criterios, se acordó convocar a mujeres líderes provenientes de los siguientes seis sectores: i) política: presidentas, ministras, parlamentarias, alcaldesas, prefectas; ii) empresarial: micro-empresarias, altas funcionarias de banca, presidentas de empresas, directoras de iniciativas de responsabilidad social; iii) sociedad civil: académicas, líderes indígenas y afro-descendientes, líderes de redes de mujeres y de ONGs; iv) cooperación internacional: sistema de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, donantes; v) comunicadoras y artistas; vi) mujeres de sectores populares diversos, testimoniales de casos de muerte materna.

Por recomendación del GTR, se buscó asimismo asegurar la participación de mujeres líderes del ámbito sub-nacional o rural donde ocurre un alto número de muertes maternas, así como mujeres líderes del sector manufactura (con alta mano de obra femenina) o que trabajan en zonas de mayor mortalidad.

El proceso de selección de las delegaciones nacionales fue consensuado por los miembros del GTR de cada país, siguiendo los criterios definidos a nivel regional. En el Anexo 1 se presenta el listado de participantes con sus perfiles. Respecto a la participación del GTR en la conferencia regional, la mayoría de las agencias que lo conforman fueron representadas por delegados regionales o nacionales, los mismos co-auspiciaron y co-lideraron del evento.

Perú fue elegido como país anfitrión debido a sus avances en la reducción de la muerte materna, a partir no sólo de una política de acceso universal a los servicios, sino de estrategias dirigidas a poblaciones vulnerables, en las cuales se concentran altas tasas de mortalidad materna. Los esfuerzos realizados en este país por reducir las brechas y la inequidad constituyen un ejemplo para la región.



## Cobertura en medios

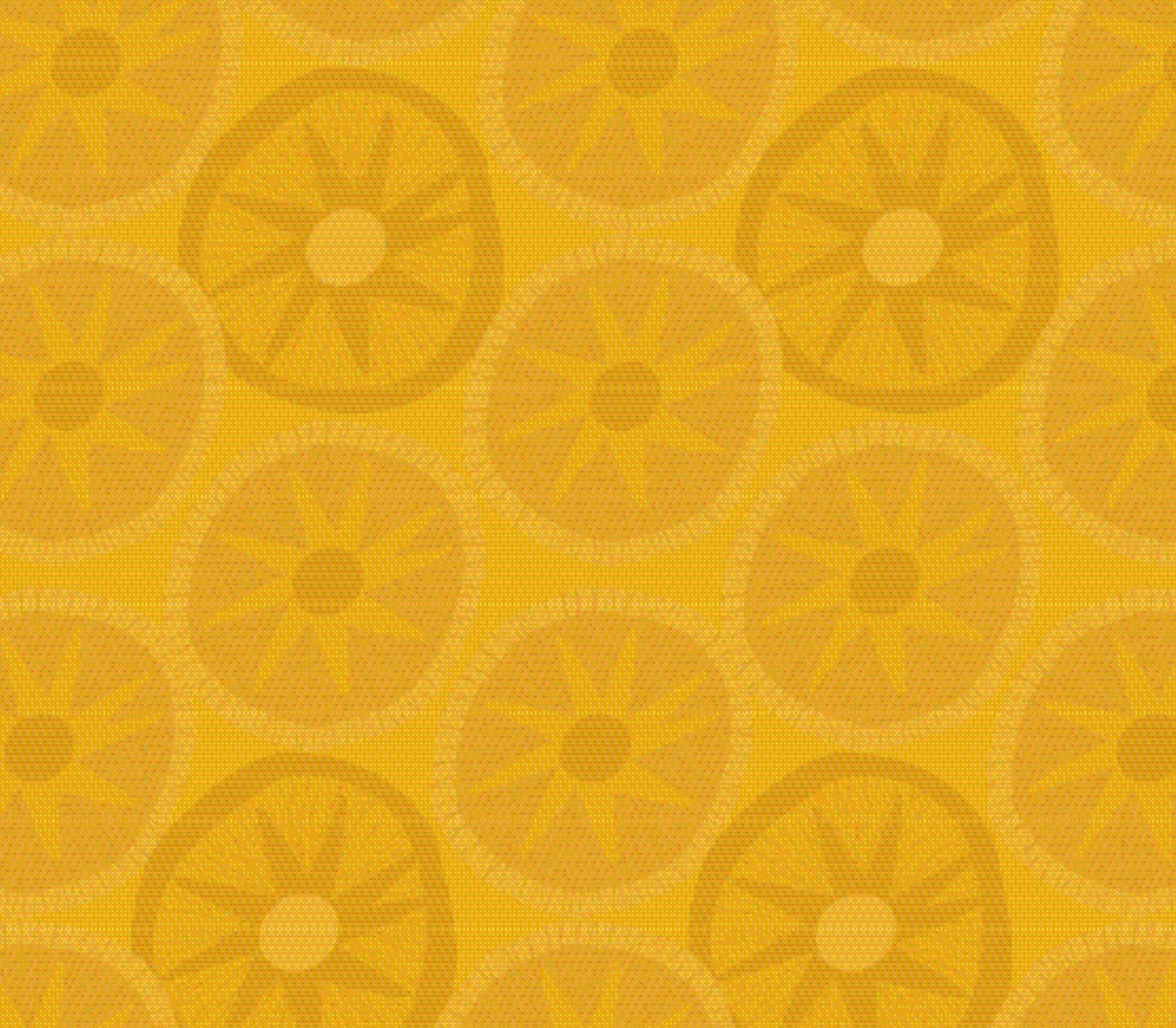
La conferencia contó con una amplia participación de medios de comunicación, quienes realizaron entrevistas individuales con oficiales del gobierno del Perú, con expertas regionales y con participantes al evento, dado lo cual, se logró una cobertura extensa y efectiva en toda la región.

## Memoria de la conferencia

La presente memoria de la conferencia incluye los contenidos más importantes de cada uno de sus momentos:

- Sesión inaugural
- Panel introductorio sobre tendencias de la mortalidad materna en la región
- Mesas de diálogo/paneles, estructuradas en torno a tres ejes:
  - Eje 1: Acceso universal a servicios de salud de calidad;
  - Eje 2: Determinantes sociales de la mortalidad materna e igualdad de género;
  - Eje 3: Movilización de recursos para la sostenibilidad financiera del ODM.

Se incluye también una síntesis del debate alrededor de cada eje, y los tres productos de la Conferencia: la Declaración “Muerte Materna: romper el silencio, sumar nuestras voces y actuar”; la difusión de las conclusiones del evento en la segunda conferencia “Women Deliver” realizada en junio en Washington D.C.; y los mecanismos de seguimiento a los compromisos asumidos durante la conferencia regional. En el Anexo 2 se incluye el programa.



# Sesión inaugural

## Socorro Gross

### **Subdirectora, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS**

---

La Conferencia Regional de Mujeres Líderes: “Romper el silencio, sumar nuestras voces” se enmarca dentro de las actividades promovidas por el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, del cual la Organización Panamericana de la Salud es miembro activo. Hoy estamos aquí para sumar nuestras voces y romper el silencio; para continuar abogando y trabajando desde los diferentes campos de liderazgo que hoy tenemos, entendiendo que líder no es aquel que está en el poder; para cambiar la triste realidad que nuestra región enfrenta: la continua muerte de mujeres que dando vida, pierden la propia.

Nos acostumbramos demasiado a la muerte materna, al punto de pensar cuál es la cifra apropiada y razonable de muertes maternas. La respuesta de nuestras voces tiene que ser: “Ninguna”. Por principio toda muerte materna es evitable; contamos con las intervenciones necesarias desde el continuo de la atención mucho antes de la concepción, el embarazo, el parto, el postparto y la atención del recién nacido y la niñez, porque es un binomio inseparable —es decir, no es asunto de tecnología. Vivimos en un mundo donde en segundos podemos comunicarnos al otro lado del mundo, con satélites espaciales y descubrimientos que rebasan nuestra imaginación y la imaginación de nuestras mujeres que hoy están caminando horas para recoger agua para sus familias. Nuestras mujeres que están expuestas a una iniciación sexual temprana, muchas veces forzadas por las circunstancias u obligadas por relaciones de poder. Mujeres con poca o ninguna autonomía para planificar cuándo quieren quedar embarazadas, mujeres en la economía informal, muchas de ellas sin protección social. A las voces de esas mujeres tenemos que sumarnos para provocar un cambio.

Nuestras voces se unen para abogar por el derecho de esas mujeres al acceso a una buena nutrición, a la educación, a la educación sexual, a servicios de salud, a condiciones que les permitan ejercer al máximo su potencial y sus derechos. Si bien quienes trabajamos con datos para el seguimiento de las tendencias nos expresamos de manera numérica, la realidad es que detrás de cada muerte materna hay una historia de una mujer muchas veces niña, con sueños, y una clara historia de exclusión e injusticia. No hay duda de que la mortalidad materna es reflejo de la enorme inequidad de nuestra región, que sin ser la más pobre del mundo, es la más desigual e inequitativa. Con inequidades entre hombres y mujeres, lo que nos recuerda que no hay avances en la igualdad de género sin el compromiso de ambos.



Debemos resaltar que en América Latina y el Caribe se encuentran —después de África Subsahariana— las más altas tasas de fecundidad en la población adolescente de entre 15 y 19 años, y es en esta región donde se ha dado la menor reducción en las últimas dos décadas. Nuestras adolescentes embarazadas conforman un gran porcentaje de las muertes maternas, en especial las menores de 15 años, cuya razón de mortalidad es 5 veces mayor y aún más si son poblaciones indígenas. Por lo tanto, nuestro trabajo tiene que abordar esta realidad y cambiarla. Tenemos un compromiso todavía pendiente con el derecho a la educación sexual. El embarazo adolescente perpetúa el ciclo de la pobreza.



Al iniciar el nuevo siglo, se abrió nuevamente una gran oportunidad cuando la Asamblea de Naciones Unidas aprobó los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el ODM 5 “mejorar la salud materna”, que incluyó la meta de reducir la mortalidad en 75% para el año 2015, y que luego incorporó la meta del acceso universal a la salud sexual y reproductiva, gracias a la lucha de muchas organizaciones, en especial de mujeres. Con solamente cinco años para cumplir con ese desafío, podemos hacer que nuestras voces ayuden a acelerar el paso.

En las próximas horas, ustedes escucharán datos que nos muestran que es precisamente el objetivo 5 el más rezagado de los ODM, y que a pesar de los avances de los países aún será necesario interponer nuevos esfuerzos, en especial en estos momentos de crisis económica. Es ahora más importante que nunca trabajar en una agenda compartida y apoyada por todas las fuerzas de la sociedad, para incidir en la multiplicidad de factores que contribuyen a la muerte materna, sin descuidar aquellos que no podemos olvidar y debemos abordar como la eliminación del aborto inseguro, la violencia sexual y el VIH.

Lideresas, hemos logrado a lo largo de la historia retos muy difíciles, retos políticos, económicos, profesionales. . . Ahora nuevamente nos toca redoblar nuestra indudable fuerza, marchar juntas y atraer a otros para lograr justicia, y que no mueran más mujeres dando vida. La Organización Panamericana de la Salud está plenamente comprometida con el grupo de trabajo regional y con cada uno de nuestros países miembros. Recordemos que somos el 50% de la población y como alguien dijo una vez, también somos las madres del otro 50%.

## Marcela Suazo

**Directora, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, UNFPA.  
Secretariado Técnico del GTR**

---

La Conferencia Regional de Mujeres Líderes “Romper el Silencio, Sumar Nuestras Voces” es producto del esfuerzo del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Tiene un significado importante por dos razones: coincide con el Día Internacional de la Salud de la Mujer, que se celebra el 28 de mayo; y sus conclusiones servirán de insumo para “Women Deliver”, el evento global sobre salud materna tal vez más relevante a realizarse en Washington en junio de 2010.



La revisión regional de la implementación del Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo (CIPD) de Cairo a los quince años, realizada en 2009 en Chile, nos deja clara evidencia sobre los importantes logros obtenidos en América Latina y el Caribe. Hemos logrado aumentar la esperanza de vida, disminuir la mortalidad in-

fantil, reducir la tasa de fecundidad de 6 a 2 hijos por mujer. La revisión también evidencia los retos que enfrenta la región en materia de inmigración y transformación de la estructura por edades de la población, siendo el envejecimiento y el bono demográfico los temas emergentes. Pero también evidencia que en lo que respecta a la tasa de mortalidad materna seguimos rezagados. A pesar de todos los esfuerzos realizados demasiadas mujeres siguen muriendo durante el embarazo y el parto. ¡Esto es inaceptable! y constituye, sin duda, una de las grandes deudas en términos éticos de derechos humanos y de desarrollo.

Creo que podríamos coincidir en que si el mundo ha logrado avanzar en los campos de la ciencia y la tecnología, tanto así que podemos mapear el genoma humano, construir una estación espacial, transferir mil millones de dólares al otro lado del mundo en fracciones de segundo, no es comprensible, y además no tiene excusa, que siga muriendo una mujer cada minuto por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La buena noticia es que los esfuerzos para reducir la mortalidad materna están empezando a surtir efecto. En América Latina la mortalidad materna se ha reducido de manera significativa, pero no suficiente. De hecho, estamos todavía lejos de lograr la reducción en un 75% de los niveles de 1990, así como de asegurar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para el 2015, que son las dos metas del ODM 5.

En septiembre de este año, los líderes mundiales se reunirán en la Sesión Especial de la Asamblea General para revisar el progreso realizado en los últimos diez años en el logro de los ODM. Desde ya, sabemos que el ODM 5 —mejorar la salud materna— no será cumplido en nuestra región.

La mortalidad materna representa una de las más grandes inequidades. Globalmente, el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo, e inclusive dentro de esos países existen enormes disparidades entre ricos y pobres.

Esto se puede ver claramente en el caso de América Latina y el Caribe, donde el tema de la mortalidad materna se presenta como un reflejo de las profundas desigualdades que caracterizan esta región. La inequidad en América Latina tiene múltiples expresiones no sólo en lo económico sino también, y sobre todo, en lo social. Si bien es cierto que la tasa de mortalidad materna es más baja en términos absolutos que en otras regiones como África, también es cierto que presenta valores considerablemente diferentes entre distintos grupos de población, según la edad, la etnia, el área -urbana o rural- en la que viven las mujeres. Esto demuestra una vez más cómo los “promedios”, por sí solos, muchas veces esconden una realidad más compleja y disparidades profundas.



Una de las principales preocupaciones en nuestra región es el embarazo adolescente. Uno de cada cinco embarazos ocurre entre mujeres adolescentes, y la tasa de mortalidad materna en el grupo de población entre 10 y 13 años es bastante más alta que entre mujeres mayores. Esto se debe a su vulnerabilidad social, a la fragilidad de sus cuerpos, y a la falta de información y acceso a los servicios, así como a la violencia de la que son víctimas.

La probabilidad de una adolescente menor de 15 años de morir a causa de un embarazo es cinco veces mayor que la de una adolescente de más de 15 años de edad. Asimismo, las adolescentes entre 15 y 19 años tienen una probabilidad tres veces mayor de morir que la de las mujeres mayores. También despiertan preocupación las altas cifras de aborto en este grupo de población.

En un estudio realizado recientemente en 4 países de la región –Bolivia, Ecuador, Colombia y Perú– se muestra que entre los determinantes sociales del embarazo adolescente están la pobreza, la falta de educación, el matrimonio temprano y el limitado conocimiento sobre el uso de anticonceptivos.

Estos estudios muestran que cuando una adolescente es pobre las probabilidades de quedar embarazada es tres veces mayor. También confirman la correlación entre embarazo adolescente y bajo nivel educativo, aunque indican que el simple incremento en años de estudio escolarizado no afecta el embarazo adolescente, y que es necesario que la educación formal incluya una educación sexual integral adecuada para cada rango de edad.

Sabemos que la prevención de la mortalidad materna necesita de voluntad política, voluntad para implementar los marcos legales existentes y flexibilizar aquellos que son restrictivos, voluntad para transformar el compromiso político en asignaciones presupuestarias, y también acceso a servicios de salud reproductiva de calidad. Por lo tanto,



la respuesta a la mortalidad materna tiene que ser una respuesta integral y sinérgica que no sólo apele a los profesionales del sector de la salud, sino también a otros profesionales de diversas disciplinas.

Desde mi experiencia personal, estoy convencida de que lo importante no es la formación que cada uno tiene, sino el compromiso y la voluntad por la transformación; es decir por cambiar lo que no está bien. Como madre, como educadora profesional, como Ministra de la Mujer de Honduras antes, y ahora desde mi actual posición como Directora para América Latina y Caribe del Fondo de Población de Naciones Unidas, me he acercado a este tema, he conocido de primera mano las realidades de muchas mujeres y he asumido la lucha para la prevención de la mortalidad materna como propia. Porque he comprendido que la diferencia entre actuar y no actuar puede significar la vida o la muerte de una mujer.

Por eso, desde el GTR quisiéramos lanzarles un llamado a ustedes, a las mujeres líderes de nuestra región, para que desde sus propios ámbitos de acción, desde la política, el sector privado, la academia y la sociedad civil, rompan el silencio y sumen sus voces por la reducción de la mortalidad materna. Ésta ha sido una convocatoria multisectorial y no es casualidad que cada una de ustedes haya sido invitada a acompañarnos en este evento. Lo que buscamos es un efecto multiplicador para que aquellas de ustedes que recién se acercan a este tema hagan propia esta agenda, y para que aquellas que ya lo han hecho, redoblen sus esfuerzos.

## Norma Añaños

**Viceministra de la Mujer,  
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Perú**

La mortalidad materna en nuestros países evidencia el grado de desarrollo logrado y es resultado de la inequidad. Las tasas más altas de muerte materna se encuentran en las zonas más pobres, deprimidas, de difícil acceso geográfico, y donde las mujeres no tienen acceso a oportunidades de salud, educación o desarrollo económico ni tampoco un trato igualitario. La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, por lo que constituye una vulneración grave de los derechos de las mujeres. La salud es un derecho humano fundamental y está ligado a otros derechos como el derecho a la vida, a la igualdad, a la dignidad y a la educación —incluyendo a una educación sexual oportuna y pertinente para niños y niñas en todos los niveles de educación.

Los servicios de salud deben responder a las necesidades específicas de las mujeres en un marco de respeto a la interculturalidad. Las mujeres tenemos derecho a tomar decisiones reproductivas informadas y voluntarias, basadas en mecanismos de información y educación que nos permitan tener control sobre nuestras vidas, no sufrir discriminación ni violencia de género, tener acceso a la prevención y tratamiento del VIH y participar en la formulación e implementación de políticas de salud de manera que podamos lograr un mayor bienestar y seguridad. Hemos avanzado, pero no lo suficiente. Tenemos una deuda pendiente que saldar y que nos compromete a nivel personal, político y público.

## Óscar Ugarte

### Ministro de Salud, Perú

---

La mortalidad materna es uno de los indicadores más importantes de justicia o injusticia social, de equidad o inequidad en nuestros países. Una de las ideas fuerza de la 63ª Asamblea de la OMS en Ginebra (mayo 2010) en el marco de la evaluación de los ODM, fue que estos objetivos, y en particular el referido a mortalidad materna, no pueden entenderse sólo como resultado del desarrollo de políticas macroeconómicas en los países; sin la existencia de políticas sociales específicas dirigidas a objetivos concretos, se acrecentarán las brechas y la injusticia social.

En el Perú, se ha producido en la última década un crecimiento económico sostenido y una mejora en los indicadores sociales, lo que no hubiera sido posible sin una continuidad en las políticas específicas para la prevención de la mortalidad materna, orientadas a promover la decisión libre e informada de las parejas —y en particular las mujeres— respecto a su sexualidad y su vida reproductiva, poniendo a su alcance la información y los medios necesarios para lograrlo.



Se han desarrollado, asimismo, políticas sostenidas para abordar las barreras de acceso a los servicios de salud: económicas, a través de medidas como el seguro integral de salud; geográficas, mediante la ampliación de la frontera de servicios, el incremento de profesionales en las zonas de mayor exclusión y la oferta itinerante de servicios de salud; y culturales, a través de la incorporación del parto vertical en la normativa de atención de parto, la capacitación a profesionales para la adecuación cultural de los servicios, y el establecimiento de casas maternas.

Estamos convencidos de que este tipo de estrategias, implementadas también en otros países de la región, están provocando impactos sanitarios muy importantes. Es esencial remarcar, sin embargo, que el logro de los ODM plantea como reto la necesidad de fortalecer el capital humano en nuestros países, objetivo último de las políticas sociales, a fin de lograr una mayor inclusión social y una mayor cohesión social a nivel de país y región.





**Panel introductorio:  
Tendencias globales y regionales  
de la mortalidad materna**



## Monir Islam

### **Director, Cluster Maternidad Segura, OMS/Ginebra**

---

Algunas cifras a nivel global: cada año, se producen entre 180 y 210 millones de embarazos, 75 millones de embarazos no deseados, 55 millones de abortos inducidos, 20 millones de abortos inseguros, 20 millones de mujeres sufren de morbilidad ocurrida durante el embarazo, parto y postparto, y 600.000 mueren por complicaciones en este periodo.

Sabemos cuáles son las principales causas de muerte y también cuáles son las medidas necesarias para evitarlas, pero las mujeres no tienen acceso a ellas. Los países de América Latina han logrado importantes avances, aunque la razón de mortalidad materna se mantiene alta si la comparamos con países desarrollados como EE.UU. o Canadá. Pero las comparaciones que debemos hacer no son entre los distintos países, sino al interior de los mismos, entre los sectores ricos y pobres, entre las zonas urbanas y rurales, e incluso al interior de éstas últimas. Insistimos en que las mujeres acudan a los establecimientos de salud para evitar las muertes maternas, pero no logramos asegurar que reciban una atención de calidad.

A pesar de todo lo que sabemos sobre mortalidad materna, esto no se traduce en una mayor inversión. El compromiso político debe ir de la mano con la inversión. Cada uno de nosotros debe cumplir su rol: No estamos aquí para hablar de lo que se necesita, sino para lograr que ello ocurra y hacer que nuestros países rindan cuentas sobre los avances. La mortalidad materna ya no es un problema médico, es un problema social. Debemos preguntarnos cuál es el valor que da la sociedad a la vida de las mujeres.

## Ricardo Fescina

### **Director, Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), OPS/OMS**

---

No hay una razón biológica que explique por qué una mujer que da a luz en América Latina y el Caribe tiene más posibilidades de morir que una mujer en un país desarrollado.

Uruguay presenta la razón más baja de mortalidad materna en la región (10,6 por 100.000 nacidos vivos), aunque tiene un rezago de cerca de 30 años con respecto a EE.UU. Todos los países en América Latina y el Caribe tienen un potencial de reducción de la razón de mortalidad materna con respecto a Uruguay, incluso aquellos más avanzados como Chile (47%) y Argentina (50%); el hecho de que la inversión en salud en este último país sea mayor a la de Uruguay, muestra que no se requiere sólo inversión financiera, sino voluntad política para enfrentar sus causas reales y sus determinantes.



Según las estadísticas oficiales reportadas por los países a la OPS/OMS, en el periodo 1990-2007 la razón de mortalidad materna disminuyó de 125 a 86 por 100.000 nacidos vivos en América Latina y el Caribe, lo que significa 4.390 muertes evitadas. A pesar del importante esfuerzo realizado, este descenso es aún insuficiente y no permitirá alcanzar la meta planteada por el ODM5. Existen serias inequidades al interior de la región y al interior de los países. Se ha dado un marcado descenso en Sudamérica y un estancamiento en Centroamérica y el Caribe, particularmente el Caribe latino. La atención calificada del parto se ha incrementado de manera significativa, aunque con una gran disparidad entre las mujeres más ricas y las más pobres (90% vs. 40%). Aunque las causas de muerte son las mismas, su ubicación relativa difiere según los niveles de cobertura: en países con alta cobertura prenatal, parto y anticoncepción, predominan las causas indirectas y la razón de mortalidad materna es baja; en los grupos con bajas coberturas, la principal causa es la hemorragia y aparece el parto obstruido como causa; en los grupos intermedios, con altas coberturas prenatales y de parto pero baja cobertura en anticoncepción, aparece el aborto como primera causa. El aborto es un tema que debe ser abordado por toda la sociedad en la discusión amplia y honesta porque no hay razón por la que una mujer que se ve obligada a una interrupción voluntaria del embarazo vaya presa. En general las leyes no obligan a nadie a hacer lo que uno no desea; la despenalización del aborto sólo abre una puerta a aquellas personas que en su intimidad así lo deciden.

## Martha Murdock

**Directora de Programas para América Latina y el Caribe,  
Family Care International (FCI)**

---

Ninguna muerte materna es aceptable y todos tenemos una responsabilidad en este tema. El GTR se formó en 1998 para fomentar la colaboración interagencial y nuevas sinergias en torno al trabajo de reducción de la mortalidad materna, en la medida en que muchas instituciones trabajan este tema de manera desarticulada. Hasta la fecha, se ha trabajado un documento de consenso estratégico para dar prioridad a las acciones consensuadas entre las agencias y los gobiernos; se ha incluido a nuevos miembros; y se han sistematizado los aprendizajes y elaborado herramientas de incidencia para promover las prioridades definidas y así seguir construyendo una base de conocimiento.

1 | En el caso de Argentina, por ejemplo, la razón de MM es actualmente 42 por 100.000 n.v; si hipotéticamente desapareciera el aborto inseguro como causa de muerte –por factores como una mayor cobertura de anticoncepción o la despenalización del aborto– Argentina alcanzaría la meta planteada en el ODM 5.

¿Qué esperamos en esta reunión? Nos interesa visibilizar la mortalidad materna desde una perspectiva de exigibilidad de derechos, de responsabilidad personal y de compromiso intersectorial, en un contexto de nuevas oportunidades: políticas y normas de salud materna habilitantes en la región, una fuerte base de defensoras de la salud y los derechos de las mujeres en distintos sectores, y la existencia de redes con capacidad de veeduría y control social en el tema de salud de las mujeres. En este contexto, surgen también algunos desafíos: el impacto de la crisis en el gasto público en salud, la invisibilización de América Latina en el trabajo por la reducción de la mortalidad materna a nivel regional, y las tendencias políticas conservadoras que limitan el acceso a la información y a servicios para jóvenes, como ser el acceso a servicios de anticoncepción de emergencia y el aborto seguro.

Con este fin, identificamos a personas con liderazgo, visión y compromiso en diversos sectores —no necesariamente vinculadas al trabajo en el tema de mortalidad materna— en 12 países priorizados en función a su razón de mortalidad materna y número de muertes maternas. El propósito es generar compromisos personales —desde comunidades, centros de trabajo y redes— y formular estrategias que nos permitan dar un nuevo impulso al tema, con nuevas voces, nuevos mensajes y nuevas audiencias.

## Mary Luz Mejía

### **Asesora en Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA/LACRO**

---

La mortalidad materna es un indicador de salud, pero a nivel personal y social, es el indicador de inequidad que más fácilmente muestra la disparidad entre países y entre grupos de mujeres pobres y ricos. Es también un indicador de la inequidad de género y la valoración que los grupos humanos dan a la mujer.

En el campo de la mortalidad materna convergen las desigualdades reales en lo económico, lo social, lo cultural y lo vivencial, vinculadas a múltiples inequidades: de acceso a los servicios de salud, cuando la mujer no puede pagar la consulta o no puede dejar de trabajar para acudir, o cuando los proveedores no tienen la sensibilidad para atender a la mujer en la forma en que lo necesita; de acceso al conocimiento y a la tecnología para el cuidado de la salud; la inequidad histórica de la condición de la mujer, que establece a la maternidad como destino inexorable de la mujer.

Frente a esta realidad, podemos desarrollar los aspectos de atención, de superación de barreras, de control normativo, pero especialmente de garantía de derechos y de construcción de prácticas sociales de respeto, cuidado y protección de la maternidad.





**Eje 1:**  
**Acceso Universal a Servicios**  
**de Salud de Calidad**

# Del miedo a la tranquilidad: la importancia del acceso digno a servicios de salud en la vida de las mujeres

**Cecilia Acuña**

**Gerente del Programa de Protección Social en Salud de la OPS/OMS<sup>2</sup>**

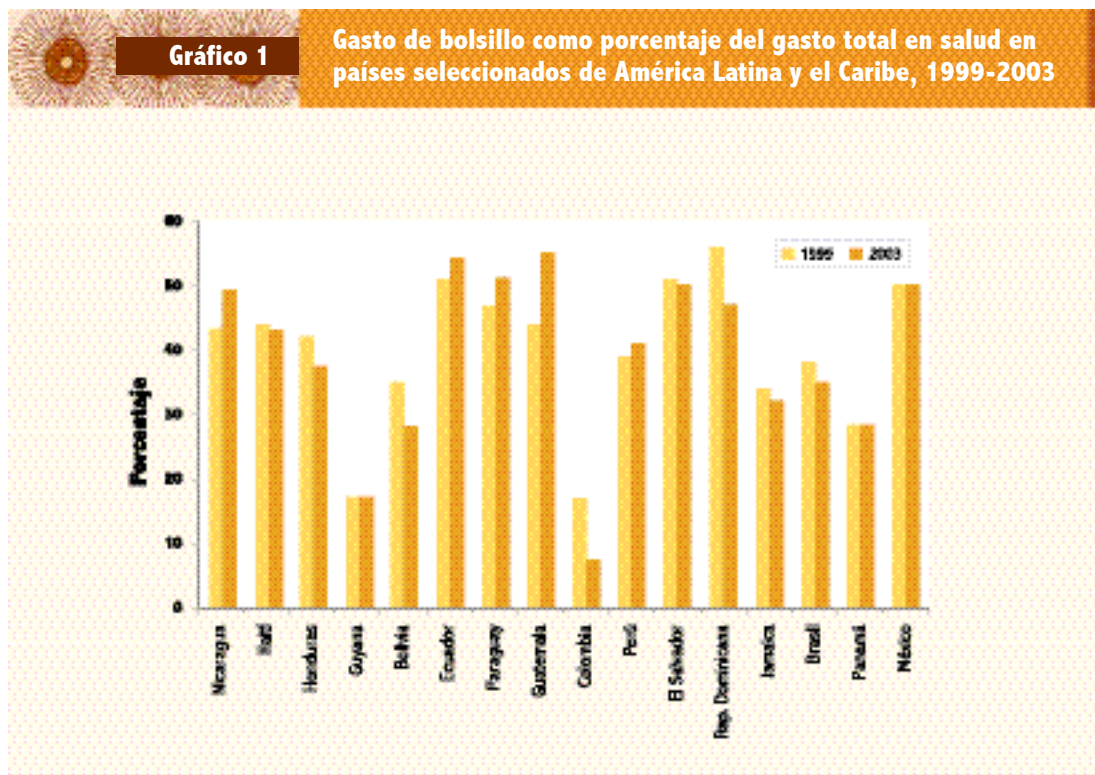
En América Latina, se producen 22.000 muertes maternas evitables cada año. La mayoría de las mujeres que mueren son pobres, de origen indígena, con bajo nivel de educación, y habitantes de áreas rurales. La mortalidad materna constituye así un proxy de inequidad en el acceso a servicios de salud. El determinante más importante de esta situación es la persistencia de grandes desigualdades, entre y al interior de los países, tanto con respecto a la oferta de salud, el acceso y utilización de los servicios, como a los resultados de salud, las cuales reflejan inequidades debido a razones geográficas, étnicas, etarias, de nivel educacional y de distribución del ingreso.

Dichas desigualdades se vinculan a factores relacionados con insuficiencias del sistema de salud: deficiente calidad de atención, sub-registro de muertes maternas, provisión de servicios no calificada, segmentación y fragmentación de los sistemas de salud; con barreras de acceso a los bienes y servicios de salud: económicas, geográficas, étnicas, culturales, de género, de clase social; y con determinantes sociales como la pobreza y la posición de la mujer dentro del hogar y en la sociedad, medida por indicadores tales como el nivel de educación en relación a los hombres, la edad al momento del primer matrimonio y la autonomía reproductiva.

La segmentación y fragmentación de los sistemas de salud se traduce en una distribución inequitativa de recursos y un acceso desigual a los servicios, lo que determina grandes diferencias en términos de derechos asegurados, niveles de gasto per cápita, así como beneficios y oportunidades en salud para distintos estratos de la población. Esta situación provoca que en la región de América Latina y el Caribe, el aporte familiar -a través del gasto de bolsillo- represente en promedio un 37% del gasto total en salud, y que supere un 50% en varios países (ver gráfico No.1). El gasto de bolsillo en salud es considerablemente mayor en las familias de menores ingresos, y entre 16% y 40% más alto en las mujeres que en los hombres.

<sup>2</sup> Si bien esta ponencia no fue presentada en el panel debido a que la expositora no pudo estar presente durante el primer día de la conferencia, incluimos aquí una síntesis de los puntos principales dada su relevancia para el tema propuesto.





Fuente: WHO, World Health Report, 2006.

Respecto a la exclusión de los servicios de salud, datos de 2003 muestran cifras alarmantes en América Latina:

- 230 millones de habitantes (46%) no cuentan con seguro de salud;
- 125 millones (25%) no tienen acceso permanente a servicios básicos de salud;
- 17% de los nacimientos se producen sin atención de personal de salud calificado;
- 680,000 niños no completan su programa de vacunación – DPT3; y
- 152 millones de personas no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico.

Las principales causas de exclusión por países se consignan en el cuadro No.1

<b>Cuadro 1 Causas de exclusión en salud por país, OPS-OMS 2004</b>				
<b>País</b>	<b>Incidencia de exclusión</b>	<b>Debido a barreras del sistema</b>	<b>Debido a fallas del sistema</b>	<b>Principales causas de exclusión</b>
<b>Bolivia</b>	77%	60%	40%	Pobreza/bajo nivel educación de las madres/origen indígena
<b>Ecuador</b>	51%	41%	59%	Insuficiencia de infraestructura de salud
<b>El Salvador</b>	53%	54%	46%	Tiempo de traslado al centro de salud
<b>Honduras</b>	56%	45%	55%	Falta de infraestructura y de provisión de servicios de salud
<b>Paraguay</b>	62%	53%	47%	Ser monolingüe en Guaraní/ Falta de servicios públicos fuera del sector salud (electricidad, saneamiento)
<b>Perú</b>	40%	54%	46%	Pobreza/Vivir en el área rural

Fuente: OPS-OMS, 2004

La protección social en salud ha sido definida como la garantía que la sociedad otorga, mediante diversos mecanismos públicos, para que los diversos grupos e individuos de la sociedad accedan a los bienes y servicios de salud cuando lo requieran, sin importar su capacidad de pago ni sus características étnicas, sociales, o culturales. En este contexto, la protección social en salud es una poderosa herramienta de combate contra la exclusión en salud, y sus propósitos son los siguientes:

### **Equidad y justicia social:**

- Garantizar acceso para todos en condiciones de equidad (combatir exclusión)
- Proteger la dignidad de las personas

### **Resultados de salud**

- Prevenir daños a la salud
- Devolver la salud al que la ha perdido
- Posibilitar la inserción en el sistema educacional y en el mercado laboral

## Financieros

- Evitar que el costo asociado a las enfermedades o daños a la salud empujen a las familias o personas a la pobreza
- Proteger el estándar de vida de las personas y/o familias contra las pérdidas de ingreso provocadas por la enfermedad o mala salud

Existen intervenciones de salud que sirven a los propósitos de la protección social en salud, y muchas de ellas se han aplicado en la región de América Latina y el Caribe. Por ejemplo: intervenciones destinadas a eliminar la segmentación, a extender la cobertura de los servicios de salud, a eliminar la barrera económica de acceso a los servicios, a eliminar la barrera dada por el tipo de empleo y a incentivar la demanda por servicios de salud.

La experiencia de diversos países de región muestra que las políticas de protección social en salud son útiles para garantizar un acceso digno a los servicios de salud, para reducir la mortalidad materna y para que millones de mujeres pasen del miedo a la tranquilidad en esta crucial etapa de sus vidas.



# Mesa de diálogo 1:

## Acceso Universal a Servicios de Salud de Calidad

### Preguntas orientadoras

1. ¿Cuáles consideran que son los principales factores —del sistema de salud, sociales, culturales o geográficos— que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud de calidad durante el embarazo, parto y postparto en nuestros países y cómo se podrían enfrentar estas dificultades?
2. Existen barreras institucionales, normativas, jurídicas o sociales para el acceso de mujeres adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva en varios de los países de nuestra región. A partir del 2007 se agregó a los Objetivos del Milenio la meta 5B de lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva con indicadores vinculados a mejorar la salud reproductiva de adolescentes, ¿Qué medidas o estrategias usted recomendaría para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva y para garantizar que los servicios respondan a las necesidades de los y las adolescentes?
3. Desde su perspectiva, una vez que la mujer llegó a una unidad médica ¿Cuáles considera son los principales problemas de los servicios de salud que inciden en la percepción de las mujeres sobre la calidad de los servicios obstétricos? ¿Qué le recomendaría al director o jefe del Servicios de Obstetricia?
4. ¿Cuáles son los grupos de mujeres que se encuentran en mayor riesgo de complicarse o de morir por complicaciones durante el embarazo y parto y qué recomendaciones daría para acceder a estos grupos y responder a sus necesidades?
5. En nuestros países existen grandes desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad, incluyendo los vinculados a la salud materna y anticoncepción. ¿Cómo se podría contribuir a disminuir estas desigualdades desde otros sectores, desde el sector al que usted representa?
6. ¿Qué otro tipo de servicios, además de los otorgados por clínicas y hospitales médicos considera deberían formar parte del paquete que se ofrezca a las mujeres que requieren atención durante el embarazo, parto y puerperio? ¿Existen otro tipo de apoyos o servicios que considera son fundamentales, especialmente para los grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad y marginación? ¿Cuáles son?
7. ¿Qué acciones se podrían realizar desde su ámbito de trabajo (legislativo, los medios de comunicación, políticas, sector académico, salud o empresarial) para contribuir a mejorar el acceso universal y la calidad de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio? ¿Qué propondría?
8. ¿Qué elementos utilizaría en un llamado a la acción para convencer a hombres y mujeres líderes de otros sectores a sumarse para participar de manera activa en la reducción de la mortalidad materna?



## Rosario Chuquiruna

### Líder juvenil de Perú, miembro del grupo asesor del UNFPA

*Debemos desarrollar competencias en rendición de cuentas y brindar información a la sociedad civil, especialmente a nivel local, donde existen las mayores deficiencias. Garantizar un compromiso del Estado y la cooperación para apoyar técnicamente y ayudar a establecer y hacer efectivos los mecanismos de participación...*

“Queremos que exista buena atención en los centros de salud para las mujeres de pollera, ya que hemos visto que no nos dan buena atención a las mujeres del campo... Queremos respeto a la gente humilde, a los pobres, ya que cuando ven que somos pobres nos quieren hacer callar con sus palabras difíciles, o nos gritan o nos dicen sucias, así nos riñen”

**(Mujer indígena, proceso de consulta para la elaboración del PIO)**

Sobre los factores asociados a la muerte de las mujeres, en el caso de las y los jóvenes los avances logrados por los movimientos de mujeres en el tema de derechos no se traducen en una cultura más abierta, ni en prácticas distintas en torno a los temas de sexualidad, aborto o diversidad sexual. Los y las jóvenes somos asumidos como sujetos asexuados por los servicios de salud.

Existen además serias limitaciones normativas. En el caso de Perú, una reciente modificación al código penal que eleva la edad mínima legal para las relaciones sexuales a los 18 años, tiene implicancias en el acceso a servicios de salud diferenciada —aún cuando estos no constituyen una política en el país— y a información sobre salud sexual y reproductiva<sup>3</sup>, así como en la atención a las madres adolescentes en los servicios de salud.

Los y las jóvenes siguen reclamando el acceso a métodos anticonceptivos, a información oportuna y suficiente, aspectos que se busca mejorar a partir de la incidencia de grupos de jóvenes y la sociedad civil para contribuir a generar políticas de educación sexual integral. Se requiere, asimismo, un compromiso para realizar las modificaciones normativas necesarias y asegurar la aplicación de los acuerdos adoptados a nivel internacional en torno a temas como el embarazo no deseado en adolescentes. Un desafío pendiente es lograr que los jóvenes pasemos de ser sujetos de consulta a desarrollar una labor conjunta con los profesionales de salud, y ser considerados en las actividades de seguimiento al cumplimiento de los ODM.

<sup>3</sup> De acuerdo a esta norma, las relaciones sexuales con jóvenes menores de 18 años constituyen una violación, y los menores de edad que tienen relaciones sexuales son considerados infractores de la norma, que podrían en un caso extremo ir a un centro de detención de menores. Existen iniciativas desde la sociedad civil para modificar esta norma, aún sin resultado.

## Evelyn Agreda

**Coordinadora UNIFEM, Bolivia**

*Debemos mantener el tema sobre la mesa, involucrando a nuevas personas y actores; acciones conjuntas que requieren no sólo de las autoridades sino de la sociedad en su conjunto. Lo fundamental es que acaben de vernos a las mujeres como seres humanos que somos... Las mujeres que estamos en posiciones de poder, usemos este poder para avanzar en esta agenda pendiente*

Durante el proceso de elaboración del Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres en Bolivia, se realizó una amplia consulta y revisión de las brechas de género existentes en el país. Dentro del gabinete de ministros, se cuestionó las cifras de mortalidad materna que mostraban cómo las mujeres rurales e indígenas son las más afectadas, lo que me llevó a pensar que si más de 600 funcionarios públicos murieran en el país, las políticas públicas serían más eficaces, lo que no ocurre porque se trata de mujeres.

Se ha avanzado en identificar las causas de la mortalidad de la mortalidad materna. Sin embargo, es necesario poner énfasis en que el abordaje no debe ser sólo médico o técnico sino también político y social.

Para avanzar en un tema tan sensible, los elementos decisivos son la valoración de las mujeres, la mejora de sus niveles de nutrición y el acceso a la atención del parto por personal calificado. Las intervenciones y políticas públicas no pueden ser homogéneas sino responder a la diversidad —cultural, de clase, generacional—, lo que plantea un desafío. Existen obstáculos comunes en la región, como la inaccesibilidad y aislamiento de las comunidades, y aunque se ha avanzado en la construcción de una mayor infraestructura de salud, no ha ocurrido lo mismo con la calidad. Entre las propuestas y recomendaciones planteadas por grupos de mujeres en mi país, están:

- Reconocer e impulsar sistemas de salud propios en el marco de una medicina intercultural.
- Consagrar la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo, más vulnerables por sus condiciones de pobreza.
- Reconocer la salud intercultural universal para todos los pobladores y pobladoras.
- Mejorar la calidad de atención sin discriminación, información amplia sobre la planificación familiar en áreas rurales, y control social en los centros médicos para lograr un buen servicio.

## Violeta Menjívar

### Viceministra de Salud de El Salvador

---

*Debemos adquirir un compromiso firme, pasar del compromiso teórico a la acción, combinar buenos servicios de salud para las mujeres y abordar las determinantes sociales, culturales y de género...*

Es necesario identificar las determinantes sociales de la salud de las mujeres que rebasan a los sistemas de salud y trabajar por el acceso digno de las mujeres a los servicios de salud. Debemos aplicar una salud de las mujeres con enfoque de derechos e identidad de género y no sólo centrada en la maternidad; actuar en la mejora de su autonomía económica y social —acceso al empleo, el crédito, el patrimonio—, luchar contra la violencia hacia la mujer, el acceso a la educación, bloquear la subordinación y dar mayores oportunidades de desarrollo a las mujeres.

Debemos trabajar más en la calidad y la calidez de los servicios de salud, mejorar su organización, asegurar su gratuidad y adoptar una perspectiva intersectorial para lograr una combinación armónica entre acceso a servicios de calidad y actuación sobre los determinantes de la salud de las mujeres.

Debemos trabajar más en la calidad de los controles prenatales, hacer más esfuerzos en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las causas de muerte indirectas, hacer un seguimiento a las muertes hospitalarias, superar las deficiencias en las emergencias obstétricas, aumentar la cobertura de la planificación familiar y el acceso gratuito a los anticonceptivos.

A pesar del aumento de los partos institucionales, más del 90% de las muertes maternas en El Salvador se producen en los hospitales, y las causas de muerte no varían. Un elemento alarmante son las muertes por suicidio (17% en el año 2009) —reconocidos recientemente por la OMS como causa de muerte materna directa en la figura de los envenenamientos auto infligidos.

Desde los Estados debemos asumir la condición de ser Estados laicos con apoyo social. Debe haber más mujeres comprometidas en la participación política para tomar decisiones que favorezcan a las mujeres. En el caso de El Salvador, las mujeres parlamentarias están logrando presupuestos etiquetados en salud materna, embarazo adolescente y cáncer de cérvix.

# Silvia Palma

## Viceministra de Salud de Guatemala

---

*Las mujeres debemos de ser tratadas con equidad, calidad, humanismo y dignidad...*

La muerte materna se conoce como la mayor injusticia e inequidad, una violación flagrante a los derechos humanos de las mujeres, que afecta especialmente a las mujeres rurales, mujeres indígenas, pobres y sin acceso a servicios de salud.

Las mujeres enfrentan innumerables problemas, que van desde la falta de medios económicos para transportarse, hasta el machismo imperante que no otorga ni reconoce su derecho a tomar decisiones y que se traduce en embarazos no deseados.

Desde el Ministerio de Salud —con énfasis en los hospitales, donde ocurren las muertes maternas— nos corresponde: 1) que la política favorable se traduzca en políticas operativas de fácil implementación y susceptibles de monitoreo; 2) vigilar porque se asigne al Ministerio de Salud fondos para realizar estas actividades; 3) dar seguimiento a los casos de muerte materna, analizando los eslabones críticos para identificar las brechas o fallas del sistema de salud.

La pertinencia cultural de la atención del parto, la disponibilidad de casas maternas y el equipamiento e insumos básicos para brindar una atención de calidad son aspectos críticos para la reducción de la mortalidad materna.

En el caso de las adolescentes, se está promoviendo en Guatemala una coordinación intersectorial para brindar una educación sexual integral en los niveles de educación formal y no formal y un módulo específico de planificación familiar para jóvenes menores de 19 años. Asimismo, urge trabajar en el tema de liderazgo y empoderamiento de los niños y las adolescentes para la protección contra la violencia, que incrementa los embarazos no deseados producto de una violación.

Nadie debe morir por dar vida, la muerte materna es prevenible en el 90% de los casos, y es nuestra responsabilidad evitarla.



## Tarcila Rivera

**Directora CHIRAPAQ y Coordinadora Enlace Continental de Mujeres Indígenas – Eje Suramérica**

---

*Ay doctorita, trátame como a ti, con cariño...*

### **Tres situaciones que tienen que ver con la interculturalidad han marcado mi vida:**

**La primera** tiene que ver con mis padres. Ellos, como todos los indígenas, salen después de la cosecha a las ciudades a vender su mano de obra. Ambos jóvenes, solteros, vinieron a una hacienda, se conocieron y mamá se embarazó. Fueron a la maternidad de Lima; los dos eran monolingües. Papá, al ver que su hijo era sano y lindo celebró durante todo el día siguiente. Cuando fue a la Maternidad al tercer día, le dijeron que el niño había muerto y le enseñaron un paquete. Ese dolor acompañó a esta pareja durante toda su vida. Todos los partos de mamá fueron en la comunidad. A los 48 años, mi mamá murió de cáncer de ovario, pensando que era brujería, sin querer volver a entrar a un hospital ni ver a un médico.

**La segunda** se refiere a una médica joven que trabajó en el Hospital Obrero, donde llega mucha gente quechua hablante, asháninca y yanesha de la sierra y la selva central. Ella, que es hija de quechuas, me dice: “Tía, ellos hablaban pero no se les entendía, no era quechua...”. Pero cuál fue la reacción del médico jefe de turno: “Hay una señora que está hablando incoherencias. ¿Quién la puede atender?” Era una mujer asháninca mayor, que solo hablaba su lengua.

**El tercer** testimonio es de una hermana indígena de una zona alejada de Cajamarca, una región que tiene mucho ingreso por la explotación de oro. A dos horas de la ciudad, uno conversa en el campo con las mujeres y dicen: Nosotras nos atendíamos con la partera, pero ahora la partera está prohibida de atender porque si atiende la ponen presa si pasa algo. Y nosotras estamos obligadas a ir a la posta porque si no nos ponen multa o nos presionan y no nos quieren dar el certificado de nacimiento para registrar a nuestros hijos.

En las Américas somos entre 45 y 50 millones de población indígena y alrededor de 25 millones de mujeres indígenas. No queremos que la interculturalidad en los servicios de salud quede sólo como una recomendación.

Es necesario incidir en la formación de los proveedores de salud durante el pregrado; estos proveedores no sólo no tienen las condiciones apropiadas para brindar una atención de calidad en las zonas más pobres, sino tampoco herramientas e información sobre las diferencias culturales de las personas que atenderán en los establecimientos de salud pública.

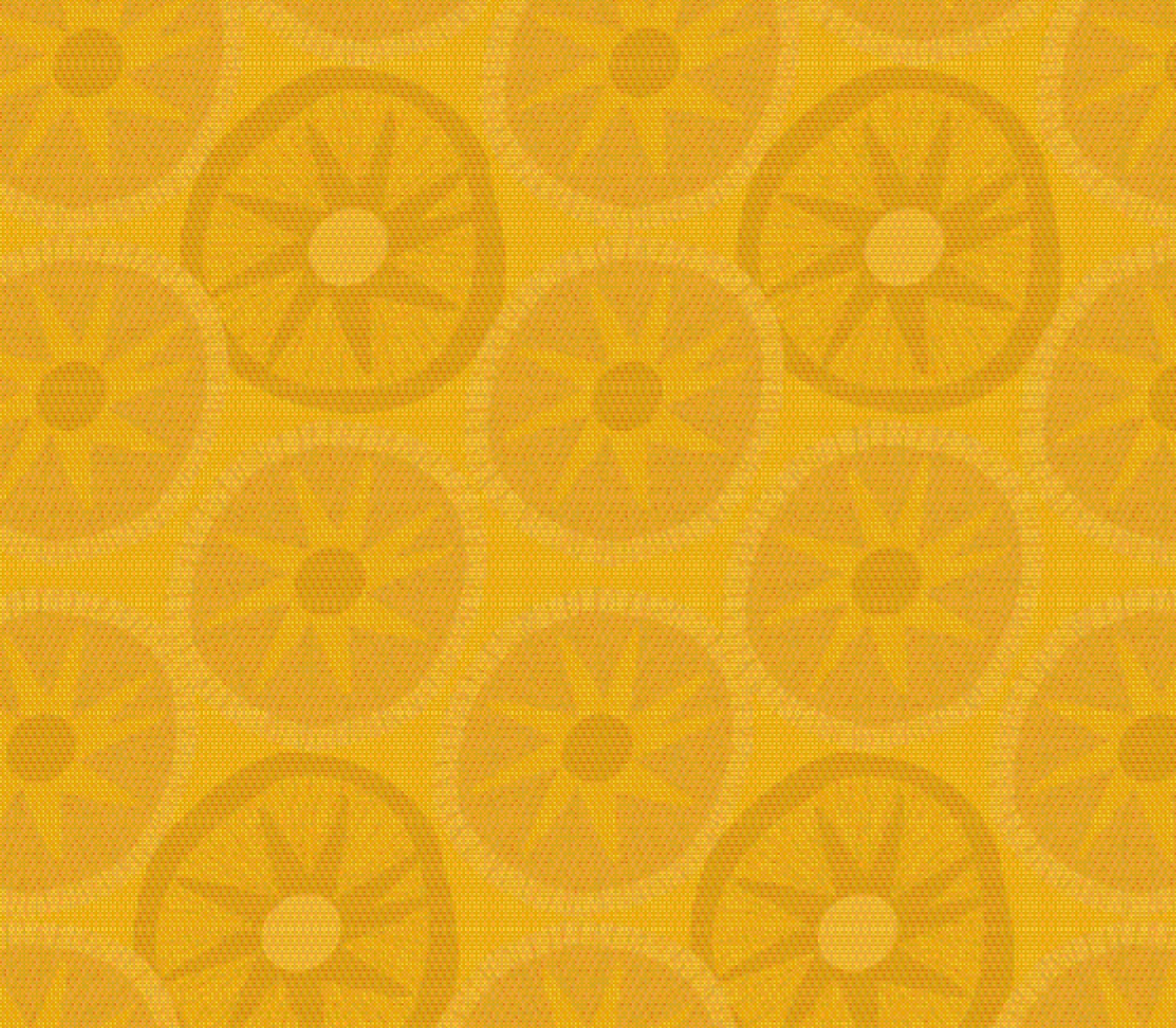
El idioma es sólo un aspecto; es necesario también asegurar un trato con calidad y calidez en todos los niveles, una palabra de afecto. Se ha avanzado pero aún falta mucho.

Es también fundamental el cambio de mentalidad en los decisores e implementadores de política en un contexto en el que persiste el colonialismo.

No se reconoce los derechos ni el conocimiento del otro como válido, lo que constituye la barrera más difícil y determinante en la calidad de atención a los pueblos indígenas. Cualquier herramienta será insuficiente si no se trata a todas las personas como seres humanos.







## **Eje 2: Determinantes Sociales e Igualdad de Género**



# La Mortalidad Materna: asunto de interés crítico para los derechos humanos

**Ana Cristina González**

**Oficial de Asuntos Sociales, División de Asuntos de Género, CEPAL**

---

Luego de mi reciente experiencia en el terremoto de Chile en febrero de este año, viene a mi mente una y otra vez una palabra que considero extremadamente poderosa para el propósito de nuestra discusión en el día de hoy. **Esta palabra es empatía.** Ese sentimiento que aparece cuando hay algo en la vida o las necesidades de los otros por lo cual sientes simpatía y con lo cual te sientes conectado y comprometido. Es cuando entiendes las necesidades de los otros, y cuando sientes que necesitas hacer algo para llenar esas necesidades, para ayudar, para brindar comodidad, para lograr un cambio.

Desde que era una estudiante de medicina, hace casi 25 años, he estado escuchando miles de declaraciones y leído muchos documentos que se orientan a reducir las tasas de mortalidad materna en tal o cual porcentaje. **Nunca logramos la meta.** Existe una enorme falta de empatía hacia esas muertes en la sociedad —una sociedad que realmente no conoce la magnitud del problema—, entre los políticos y entre las autoridades a nivel de país. A 15 años de la Plataforma de Acción de Beijing y a casi 10 años de los objetivos de desarrollo del milenio (para no mencionar los muchos otros compromisos que han precedido a estos), hemos creado un lenguaje común en una élite pero ese lenguaje no se ha expandido hacia la sociedad en un sentido más amplio. **No hemos sido capaces de construir la empatía necesaria para finalmente, eliminar todas las muertes maternas prevenibles.**

En el día de hoy, me gustaría proponer cuatro aspectos que considero esenciales para lograr una diferencia en el futuro cercano en el tema de la mortalidad materna, cuatro retos para los actores del campo, particularmente para quienes formulan y tienen bajo su responsabilidad el cumplimiento de las políticas. Estas reflexiones provienen en parte de mi experiencia como médica y como ex Directora Nacional de Salud Pública en Colombia y desde allí, devienen de una política que fue expedida en aquella época para reducir la mortalidad materna: el **Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna.** Esta política se propuso algunos de los aspectos que voy a discutir acá mostrando que sí era posible movilizar esta agenda y lograr cambios. Pero estos

cuatro elementos son también el resultado de una seria comprensión de lo que significa aplicar el marco de los derechos humanos al campo de las políticas públicas. Antes de explicarlos, me gustaría decir que desde una perspectiva de los derechos humanos se hace necesaria la promoción y el fortalecimiento del carácter laico de los estados, a fin de evitar las influencias religiosas en la formulación e implementación de las políticas.



**De la misma manera que el marco de los derechos humanos promueve el respeto a la libertad de creencia y religión, los estados tienen que evitar la influencia de religión alguna en sus políticas públicas. La Iglesia no puede continuar siendo el tutor moral para toda la sociedad, a menos que aceptemos que esto implícitamente significa muertes de mujeres.** Esta presentación refleja una comprensión sobre cómo usar y aplicar el marco de los derechos humanos a las políticas públicas pasando del discurso a las medidas concretas.

**Los cuatro aspectos que considero esenciales para lograr una diferencia en la mortalidad materna, son: la visibilidad, la voluntad política, el goce efectivo de los derechos y la exigibilidad y rendición de cuentas.**

**Visibilidad.** La agenda de la mortalidad materna está lejos de ser un “asunto público”. Ésta se mantiene en el interés de los actores no tradicionales del campo de los derechos humanos pero no es parte de la corriente principal de la agenda de derechos humanos, al menos no a nivel de los países. Este hecho fue reconocido por el Relator Especial del derecho a la salud en el año 2007. Se mantiene también en el interés de las agencias internacionales y es parte de los compromisos de los gobiernos, tal como se refleja en los ODM. Pero la mortalidad materna no es todavía un asunto público.

En general los políticos no encuentran necesario comprometerse con acciones en este campo, los periodistas no abordan el tema en forma consistente, y lo peor de todo, no es un asunto social. Pese a que en un período similar de tiempo se produjeron 10 millones de muertes maternas, contra 50.000 desapariciones forzadas (Hunt, 2007), la mortalidad materna no alcanzó nunca los mismos niveles de visibilidad que las desapariciones. Y en ambos casos estamos hablando de asuntos injustos y prevenibles.

De acuerdo con el Relator existen más campañas contra la pena de muerte que contra la mortalidad materna. Nuestro primer paso será convertir a la mortalidad materna en **un asunto visible (con números y rostros), un asunto público, un asunto político, un asunto de salud y derechos humanos** que tienen que ver con la salud, la vida, la equidad y la no discriminación. Éste es un paso necesario para hacer de este tema un bien social frente al cual la gente común demande rendición de cuentas.

Se pueden crear tantos espacios de participación como se quiera pero ninguno de ellos impactará realmente la agenda política si las autoridades no se sienten llamadas a rendir cuentas, si no son controladas en sus acciones, en el nivel social más amplio posible. Y en sentido contrario, la rendición de cuentas no será demandada por la sociedad si el tema de la mortalidad materna no adquiere atención pública. Para ser visible se requiere movilización social: entre las familias, las comunidades, los proveedores, las usuarias, las sociedades. Ser visibles desde la perspectiva de los derechos humanos significa: hacer visible la situación y necesidades de los distintos grupos de mujeres: indígenas, minorías étnicas, adolescentes, mujeres pobres, rurales, con el fin de avanzar en la igualdad. La visibilidad crea **empatía** y profundiza el compromiso.

**Compromiso político.** La raíz de la mortalidad materna evitable es la desigualdad: la falta de empoderamiento de las mujeres, la falta de información, la falta de recursos (dinero y tiempo), la falta de un empleo “decente”, la falta de poder para tomar decisiones y hacerlas una realidad. En el ámbito de la autonomía, las mujeres deben enfrentar su precaria posibilidad de decidir plenamente sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción y al mismo tiempo ganar autonomía económica accediendo al empleo remunerado en igualdad de condiciones con los hombres y no a empleos informales o en menores condiciones de salario y protección.

**La persistencia de la división sexual del trabajo productivo y reproductivo confina a las mujeres al trabajo de cuidado doméstico no remunerado impidiéndoles alcanzar la suficiente autonomía económica para a su vez reforzar su autonomía reproductiva.** Este desbalance en las relaciones de poder entre las mujeres y los hombres en nuestras sociedades debe ser enfrentado con el suficiente compromiso político como para dar pasos que creen mejores condiciones para el empoderamiento de las mujeres y



para garantizar las condiciones que aseguren el goce efectivo de los derechos. Me refiero al necesario e inaplazable cambio de las relaciones de género y a la remoción de privilegios injustos para uno solo de los sexos.

**El compromiso político es el hecho fundacional más poderoso para responder en el corto y el largo plazo a las obligaciones de derechos humanos.** Tal como dijera Mamhoud Fathalla muchos años atrás, la mortalidad materna es un **vía crucis con muchas puertas de entrada**: el cuidado obstétrico de emergencia, la atención del parto, el control prenatal, los embarazos no deseados o no planeados, el acceso a la anticoncepción, el acceso al empleo, la carga del trabajo doméstico no remunerado y finalmente el estatus social de la mujer. El bajo estatus de las mujeres, es en muchos sentidos, el principal punto de entrada a un camino que puede terminar en una muerte materna prevenible, y recordemos que por cada muerte existen al menos 30 mujeres que sufren complicaciones y secuelas resultantes del embarazo.

Por esta razón, los determinantes socioeconómicos: el acceso y control sobre los recursos y el poder para tomar decisiones que hagan posible el ejercicio del derecho a la salud y el género, considerado por la OMS como uno de los más dramáticos determinantes sociales y culturales de la salud, **son asuntos básicos para lograr la igualdad y alcanzar los mejores y más altos estándares de bienestar físico, mental y social, incluida la protección de la vida y la salud de las mujeres embarazadas.** En este contexto, el compromiso político emerge tanto de la **empatía** como de la claridad sobre las responsabilidades contenidas en las obligaciones de los derechos humanos.

**El goce efectivo de los derechos.** Las obligaciones que emanan del marco de los derechos humanos incluido el derecho a la salud, son tres: respeto, protección y garantía. Estas tres obligaciones son **cruciales para identificar posibles violaciones al derecho a la salud.** A fin de que los estados respondan a su obligación de cumplimiento en el ámbito del derecho a la salud se necesitan políticas en dos niveles: **(i) la definición del marco legal o normativo y (ii) las características de los servicios.** En cuando al marco legal —normas— éstas son un prerrequisito para avanzar en la eliminación de las muertes maternas prevenibles para lo cual se hace necesario establecer un marco legal coherente, un cuerpo de normas en diferentes niveles —nacional y local— que abarque diferentes sectores —salud, educación y finanzas.

El marco de derechos humanos impone que las medidas sean: **relevantes** (que realmente respondan a las necesidades de un contexto particular y a la diversidad de las mujeres), **concisas** (que sean claras sobre las medidas que se están tomando, la fuente de los recursos con que se han de financiar en forma consistente), **coherencia interna** (las normas deben definir medidas concretas: una prohibición, una acción, y definir

los responsables y los tiempos para ponerlas en práctica). En cuanto a las características de los servicios, desde una perspectiva de derechos humanos, los servicios deben ser/estar **disponibles** (esto incluye la cobertura universal y recursos humanos entrenados), **accesibles, culturalmente aceptables** y de alta **calidad**. Por su parte, la accesibilidad incluye: accesibilidad **física** (es decir servicios disponibles a lo largo de todo el territorio nacional), accesibilidad **económica**, acceso a la **información y autonomía** (es decir que las mujeres deben recibir información clara, veraz y oportuna y que deben crearse las condiciones necesarias para respetar sus procesos de toma de decisión y sus decisiones). Atención especial se requiere en aquellas situaciones donde puede existir coerción, particularmente en los casos de adolescentes a quienes se ha obligado a continuar un embarazo o en los casos de violencia sexual o doméstica, por ejemplo. Quienes formulan las políticas tienen que trabajar en estos dos niveles —el marco legal y el desarrollo de servicios— a fin de crear condiciones que permitan ejercer el derecho en forma real.

La salud es hoy un derecho con amplios desarrollos conceptuales y en el que las necesidades específicas se han consolidado en el derecho a la salud de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, **con protecciones especiales y autónomas del derecho a la salud de los demás ciudadanos**. En la protección del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el significado de la igualdad busca responder a la superación de la distinción histórica entre dos maneras de abordar la igualdad: formal y material. La igualdad formal o igualdad ante la ley se expresa con la máxima “Todos los hombres son iguales frente a la ley”.

**La igualdad material**, de hecho (igualdad real o sustancial), enfatiza en cambio la igualdad de bienes materiales o igualdad económica, lo cual implica tratos desiguales para lograr resultados parecidos. En salud responde al reconocimiento de que las necesidades en salud de las mujeres son diferentes a las de los hombres y que, en consecuencia las acciones de protección para las mujeres son diferentes y requieren, en muchos casos, **más inversión o protecciones más fuertes**.

Esta dimensión de efectividad material es recogida por el concepto de goce efectivo de los derechos, que en salud habla de **qué tanto las mujeres logran realizar su derecho a la salud. El goce efectivo se refiere no ya al derecho como una prerrogativa jurídica (ser titular del derecho) sino a una realidad específica que se dispone para que el derecho sea efectivo (gozar el derecho)**.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva este goce efectivo tiene que ver con el acceso real, la garantía de un marco normativo y el desarrollo de servicios con las características que hemos mencionado. En el caso de las muertes maternas prevenibles,

los derechos humanos no pueden sujetarse a una implementación progresiva: es imperativo que su goce sea inmediato. Así, la **empatía** es parte esencial del núcleo fundante que permitirá a nuestras sociedades movilizarse para asegurar el cumplimiento por parte del Estado, de las obligaciones de derechos humanos.

**Exigibilidad y rendición de cuentas.** La exigibilidad de los derechos humanos se incrementa en la medida en que se cuenta con sistemas de información bien desarrollados y establecidos que permitan **un buen seguimiento a la implementación de las políticas y que permitan a los tomadores de decisión la revisión constante de los avances en la implementación de tal modo que puedan identificarse nuevas necesidades.** Estos sistemas además deberían permitir la identificación de las **violaciones del derecho a la salud en la medida en que sean sensibles a las obligaciones de los derechos.** Adicionalmente deben proveer información para el nivel nacional, sub-nacional y local.

En ésta misma línea es imprescindible crear mecanismos de vigilancia para monitorear no sólo los aspectos epidemiológicos sino también la responsabilidad de provisión de los servicios que tienen tanto los actores públicos como privados de los sistemas de salud en cada contexto particular. Son una herramienta crítica para la adecuada función de rectoría.

Los mecanismos de monitoreo son la piedra angular para la rendición de cuentas en tanto son la forma mediante la cual los sistemas se ven obligados a producir información transparente sobre aquello que los responsables de los sistemas hacen o deben hacer en todos los niveles: formuladores de políticas, aseguradores, proveedores (instituciones e individuos).

Si estos mecanismos trabajan adecuadamente será posible imponer sanciones sobre los responsables cuando sus fallas produzcan violaciones de los derechos. Y más allá de estos mecanismos, para dar un paso adelante hacia los procesos de rendición de cuentas, es necesario involucrar otros actores como defensorías del pueblo, procuradurías, contralorías y por supuesto la sociedad civil. **De la misma manera en que la equidad es un prerequisite para reducir la mortalidad materna, la participación de la sociedad civil en los procesos de formulación e implementación de las políticas es un prerequisite para la rendición de cuentas.**



Para la exigibilidad y la rendición de cuentas, se requieren indicadores de derechos humanos. Un ejemplo de tales indicadores podría ser el número de muertes maternas evitables, desagregadas por actor (asegurador o servicio) público o privado o por hospital. A partir del momento en que estos indicadores se establezcan, **ninguno de nosotros elegiría un proveedor si en sus servicios han ocurrido muertes maternas prevenibles**. El uso de tales indicadores crea la posibilidad de la más poderosa forma de sanción: **la sanción social**.

El objetivo último es garantizar el goce efectivo de los derechos para todas las mujeres, abordando los determinantes socio-culturales de la salud. El propósito es **incrementar el compromiso público** con la vida y la salud de las mujeres y particularmente con su salud sexual y reproductiva en forma comprensiva. El propósito es **prevenir muertes evitables y cumplir las obligaciones** que emanan del marco de derechos humanos.

Quisiera estimular a todas las líderes aquí presentes y particularmente a quienes ocupan posiciones en el gobierno o en otros ámbitos del poder, legislativo o judicial o en los medios de comunicación y la academia, a hacer de la mortalidad materna un asunto **visible**, quisiera estimular su **compromiso político**, quisiera estimular la aplicación del marco de los **derechos humanos** tanto en las normas como en la práctica y quisiera estimular los procesos de **exigibilidad y la rendición de cuentas**.

Quiero invitar a cada una, **hoy**, a hacer todos los esfuerzos que sean necesarios para lograr el más alto nivel posible de salud para todas las mujeres. Para ello se hacen necesarias la **empatía** y la **acción**. Cuando triunfemos, como venimos haciendo en el caso de la violencia contra las mujeres, nadie permanecerá ciego frente a las muertes maternas.



## Mesa de diálogo 2:

### Determinantes sociales e igualdad de género

#### Preguntas orientadoras

1. ¿Cómo podemos evidenciar el impacto de los determinantes sociales que afectan la autonomía, integridad y salud de las mujeres, particularmente en situaciones de morbilidad y mortalidad materna?
2. ¿Qué acciones podrían coordinarse para contribuir a revertir la desigualdad, exclusión y subordinación de las mujeres por razones de género, pobreza, edad, menor educación, etnicidad o lugar de residencia?
3. ¿Cuál podría ser el rol de las mujeres líderes en visibilizar y abordar públicamente las desigualdades sociales (de género, clase social, etnia, edad) que afectan directamente la salud de la mujer y su calidad de vida, acceso a los servicios de salud, y que tienen una influencia directa en la mortalidad materna?
4. ¿Qué estrategias podrían desarrollarse en cada país para vincular la realidad de la mortalidad materna con el género y otras desigualdades sociales?

## María Augusta Calle

### Asambleísta de Ecuador

---

A lo largo de mi experiencia como consultora, periodista y asambleísta de Ecuador tuve la oportunidad de participar en la elaboración de la Constitución de mi país, la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Ley para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, e insertar una serie de artículos sobre género en la constitución de 1998, que fue reemplazada en 2008.

Durante mi participación en la Asamblea Constituyente, llegaron al lugar donde ésta se llevó a cabo más de 100,000 personas para presentar sus propuestas, una parte importante de las cuales eran jóvenes y mujeres. Los primeros centraron sus propuestas en temas de soberanía, incluyendo la soberanía del cuerpo —relacionada con la salud reproductiva pero fundamentalmente con la no discriminación. En el caso de las mujeres, se evidenció una brecha entre aquellas que provenían del ámbito institucional

-mujeres de ONG, organizaciones feministas, colectivos por la diversidad sexual, académicas-, que lograron la transversalización del enfoque de género en la Constitución y la inclusión de un artículo referido al embarazo; y las mujeres populares -amas de casa, migrantes, comerciantes minoristas y pobladoras-, cuyas propuestas se centraron en la seguridad social universal, el derecho al trabajo en la vía pública, la gratuidad de la educación y la salud.

Esta situación plantea la siguiente pregunta: ¿en qué punto se da el quiebre que permita enlazar ambos discursos? Puede ser tanto un problema de lenguaje como de enfoque —que no sólo no permite llegar a las mujeres sino que incluso despierta animadversión por las diferentes posturas políticas e ideológicas implicadas; o el encasillamiento en estructuras y discursos formales, que desconocen una nueva forma de aprendizaje o descartan los espacios cotidianos de las mujeres de los sectores populares. Es posible también que se relacione con la autoexclusión del tema de la mortalidad materna, lo que plantearía la necesidad de integrar este enfoque dentro de la propuesta de salud en su conjunto, enfatizándola pero no separándola del resto. Y empezar a entender al ser humano y las mujeres en específico no como vía hacia el desarrollo, sino como su objetivo y razón de ser.

## Ileana Alamilla

### Periodista, Guatemala

Existe un sobre diagnóstico de la situación de la mortalidad materna en todos los países, pero no hemos logrado cambiar esta situación. En Guatemala, un país mayoritariamente poblado por indígenas, multiétnico, pluricultural y multilingüe, el mapa de la pobreza coincide con los territorios habitados mayoritariamente por grupos étnicos. Los indicadores económicos, sociales y políticos nos permiten visibilizar el impacto de los determinantes sociales en la situación de los grupos más rezagados del desarrollo, entre los cuales se encuentran especialmente las mujeres indígenas.

En el caso de los medios de comunicación, se replica el centralismo y la discriminación. Las mujeres no son reflejadas en su integralidad, aportes y protagonismos activos, sino presentadas mayoritariamente como víctimas o como un instrumento de propaganda. Las mujeres que ocupan cargos públicos reproducen usualmente este esquema y no colocan los temas de interés y las agendas de las mujeres en los medios. Otros factores que constituyen determinantes en el tema que hoy nos convoca son el hecho que la cultura de los grupos étnicos sea menospreciada; el trabajo doméstico no re-

conocido ni remunerado y sin protección social; los salarios inequitativos, la pobreza, la desigualdad y el racismo.

La atención con pertinencia cultural es fundamental en un contexto de enorme diversidad, lo mismo que la disponibilidad de información apropiada a través de medios no sólo tradicionales sino alternativos, pues es imposible reivindicar derechos si las personas no los conocen. Muchas veces no existe información sistemática que permita diseñar estrategias de intervención adecuadas para la reducción de la mortalidad materna y la educación sexual y reproductiva.

Los esfuerzos son absolutamente insuficientes si no logramos la construcción de alianzas con diversos actores y si no logramos forzar a los estados al cumplimiento de sus obligaciones.

## Miriam Yolanda Paz

### Viceministra de Salud, Honduras

---

Haremos visibles las determinantes sociales en la medida en que las conozcamos. Identificamos generalmente determinantes médicas pero no otro tipo de determinantes. Realizar un análisis de género nos permite identificar las desventajas de las mujeres en el acceso a las oportunidades y en el acceso y control de los recursos para enfrentar los diversos problemas de salud.

La mortalidad materna se ha convertido no sólo en un indicador de salud sino en un indicador de desempeño del Estado, lo que lo convierte a su vez en un indicador político. Es necesario superar la brecha entre lo urbano y lo rural, garantizando la atención de las prioridades de las mujeres y de otros grupos en situación de exclusión, implementando estrategias innovadoras; focalizar las intervenciones para permitir el acceso universal a los servicios de salud y a otras necesidades básicas; y fortalecer la atención primaria de salud para generar entornos saludables.

Las mujeres que ocupamos cargos públicos y de liderazgo debemos asumir un rol de abogacía para generar acciones que reduzcan las determinantes de la muerte materna, garantizar cuidados obstétricos básicos y de emergencia, y demandar la racionalización y reasignación de los recursos de acuerdo a las necesidades reales. Es necesario generar alianzas estratégicas que permitan revisar leyes restrictivas que limitan el acceso universal a servicios de salud tales como la gratuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, el aborto y la planificación familiar, así como generar corrientes de opi-



nión favorables al uso de la anticoncepción de emergencia. Finalmente, necesitamos disponer de información que nos permita identificar avances, priorizando indicadores de proceso con énfasis en la calidad con pertinencia cultural y de género desde un enfoque de derechos, que tomen en cuenta la distribución del presupuesto y que proporcionen información desagregada a nivel nacional y local por género, etnia y clase social.

## Martha Sánchez

### **Coordinadora de la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México**

Quiero hablar hoy desde mi identidad de mujer indígena. A veces nos negamos a nosotras mismas como líderes, pero somos mujeres que hemos conquistado la palabra, que hemos logrado avances, y desde allí la reafirmación para no continuar con la invisibilización de la que hemos sido objeto.

Sobre el tema que nos ocupa hoy, no podemos obviar a las parteras indígenas como actoras comunitarias que han significado una enorme contribución y cuya visibilización es importante. Debemos darle rostro también a las mujeres indígenas de manera directa, difundiendo el marco de los derechos humanos y las normas institucionales que pueden ser de utilidad para la construcción de una conciencia de derechos; darle rostro al machismo, denunciándolo e identificando las formas que adopta hoy en las comunidades; y seguir trabajando por la no violencia y la no discriminación en la vida de las mujeres indígenas.

Nos ubicamos como sujetas de derecho no sólo individual sino también colectivo. Somos ciudadanas en permanente construcción. Es importante no exonerar a los hombres de su responsabilidad, ni tampoco al Estado como responsable de implementar políticas públicas, que muchas veces culpabiliza a las mujeres de la muerte materna, porque no acudimos a los servicios, porque vamos a la partera, porque no tenemos información.

La participación de las mujeres indígenas debe darse en todos los niveles —familiar, comunitario, global— no sólo con presencia sino también incidencia, en espacios de toma de decisión local-global-local. El rol de las líderes debe ser hablar, hacer y exigir. Finalmente, quiero decir que la muerte materna no sólo se solucionará con mayor disponibilidad de médicos ni más presupuesto, si vemos sólo el cuerpo físico de las mujeres, y obviamos su dimensión espiritual.

## Intervención de la delegación de Haití

### Marie Guilaine Raymond Charite

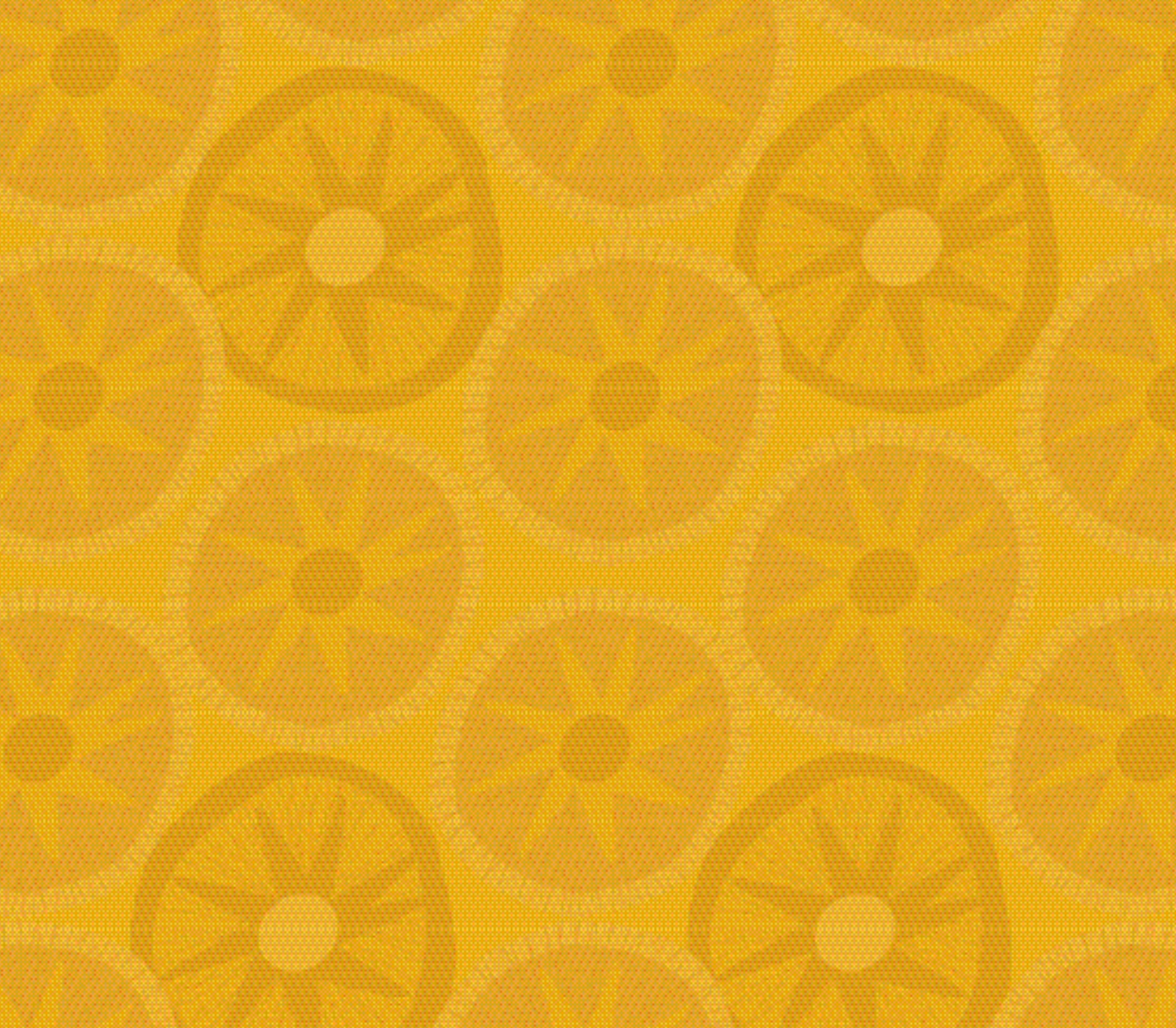
#### **Representante del Ministerio de Salud Pública, Haití**

---

Estamos conscientes de que las mujeres mueren por una diversidad de causas que se traducen en complicaciones obstétricas. Las causas identificadas son las barreras económicas, políticas y sociales. Estamos ahora promoviendo que las mujeres den a luz en las instituciones para evitar que lo hagan en lugares no seguros. Pienso que la mujer tiene el derecho de dar a luz donde ella decida. La responsabilidad del sistema de salud es garantizar que las mujeres den a luz en buenas condiciones. Lo importante es abrir la puerta para que las parteras sean educadas y puedan integrar el sistema de salud formal, y que éste pueda trabajar junto al sistema tradicional. Tenemos que trabajar sobre las barreras culturales, sociales y financieras, teniendo en cuenta que muchos países tienen ya la gratuidad de los servicios. Debemos hacer advocacy para que las parteras puedan integrar el sistema de salud y tener la formación necesaria para que contribuyan a mejorar la vida de las mujeres.







**Eje 3:**  
**Mobilización de Recursos para la**  
**Sostenibilidad Financiera del ODM 5**



# Aseguremos la inversión financiera para el cumplimiento del ODM 5

## Marcela Suazo

### Directora para América Latina y el Caribe, UNFPA/LACRO

---

Los compromisos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en 1994 en Cairo definen cuatro ámbitos para fines de seguimiento y medición de la inversión. Analizaremos el comportamiento de la inversión en esos cuatro ámbitos, particularmente en los dos más vinculados a los ODM, así como el comportamiento de los aportes a los que se comprometieron tanto los países en desarrollo como la comunidad internacional –2/3 y 1/3 de la inversión, respectivamente.

Con relación a los vínculos entre el Programa de Acción de Cairo y el ODM 5, los objetivos de la CIPD incluyen el acceso universal a los servicios de educación y atención en salud: salud reproductiva, planificación familiar, maternidad sin riesgo, prevención/tratamiento de ITS/VIH/SIDA y protección contra la violencia.

Estos objetivos se retoman en el ODM5: Mejorar la Salud Materna, que establece las siguientes metas:

- Meta 5.A. Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna
- Meta 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

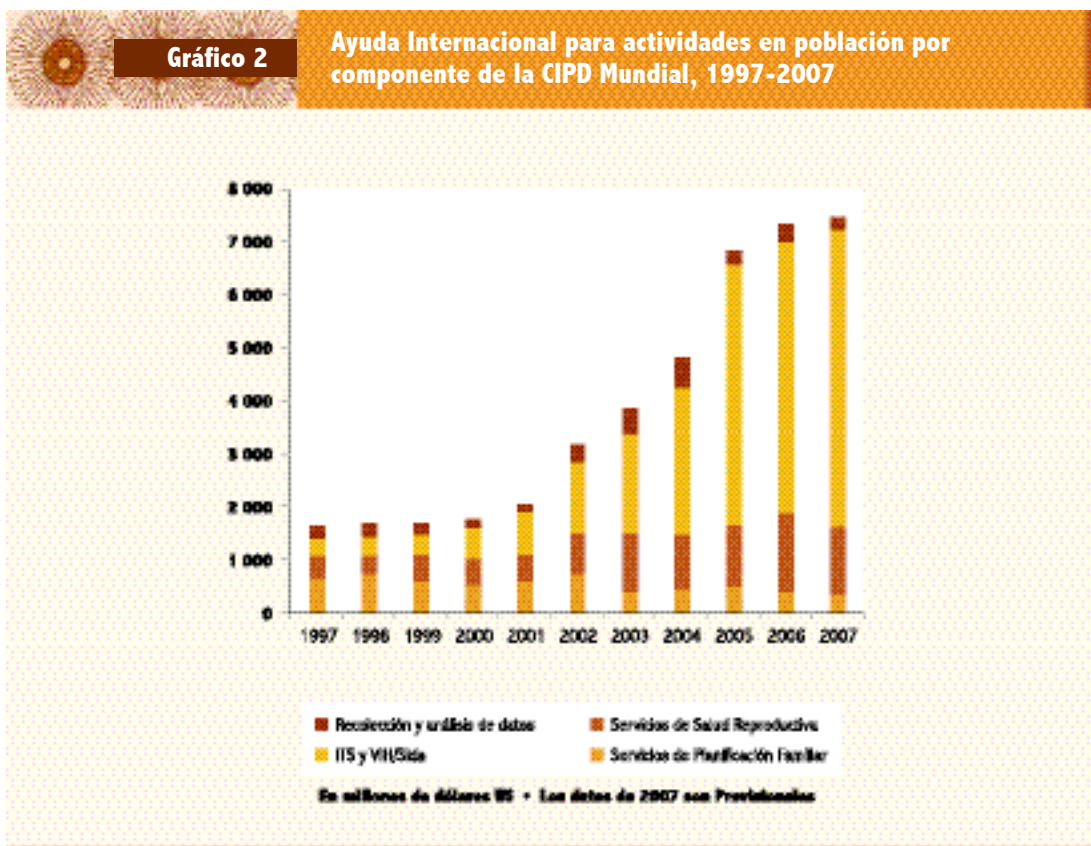
Los cuatro componentes básicos definidos en la CIPD fueron: Planificación Familiar, Salud Reproductiva, ITS y VIH/SIDA, y Recolección y Análisis de Datos, siendo los dos primeros los componentes más vinculados al cumplimiento del ODM 5. Las necesidades estimadas de financiamiento, fueron las siguientes:

- 2000: US\$ 17.000 millones
- 2005: US\$ 18.500 millones
- 2010: US\$ 20.500 millones
- 2015: US\$ 21.700 millones

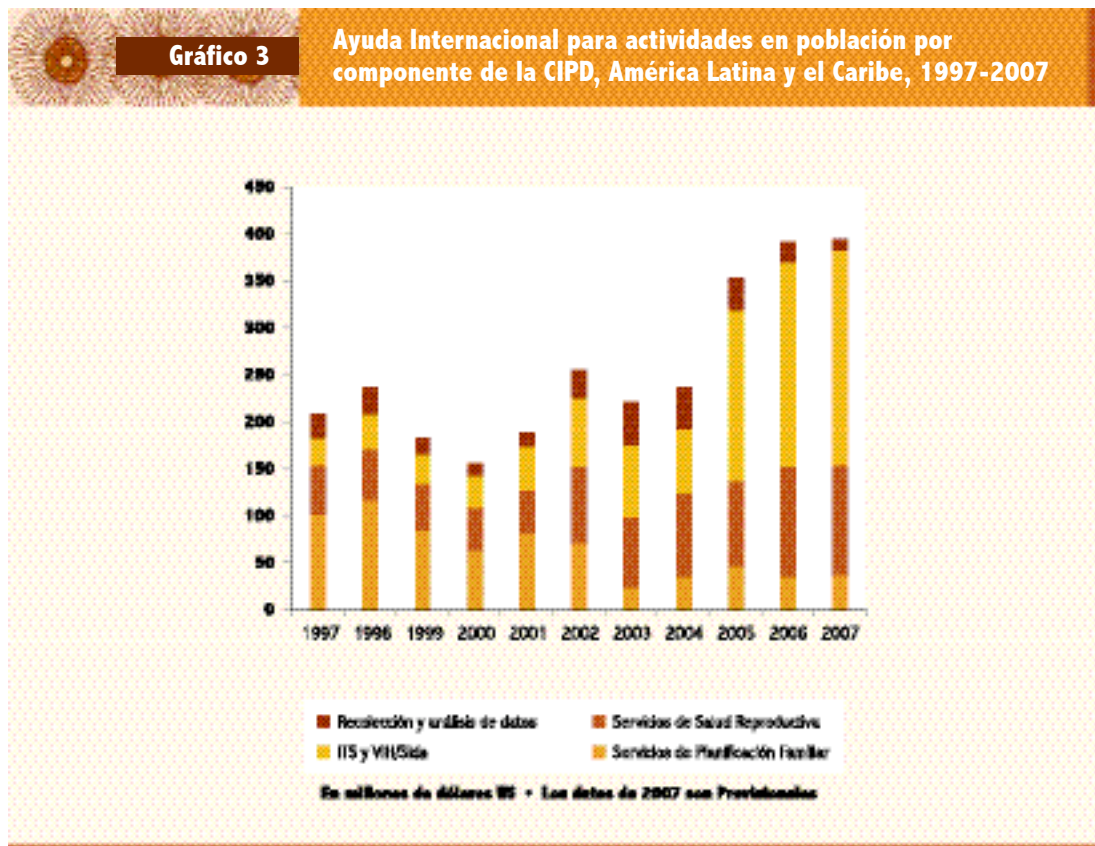
En el año 2009, la División Técnica del UNFPA ajustó los montos para 2010 y 2015 a US\$ 64.724 millones y US\$ 69.810 millones, respectivamente.

La inversión de la cooperación internacional ha seguido una tendencia creciente en los cuatro componentes aunque su comportamiento ha sido desigual (ver gráfico 2). A nivel mundial, la ayuda internacional creció de US\$ 1.600 millones en 1997 a US\$ 7.400 millones en 2007, es decir, un incremento de 4,5% en este periodo. La inversión fue aumentando en Salud Reproductiva, no así en Planificación Familiar, área en la que se ubican las actividades de prevención.

En el caso de América Latina y el Caribe (ver gráfico 3), la ayuda no creció en la misma proporción que a nivel mundial: pasó de US\$ 208 millones en 1997 a US\$ 395 millones en 2007, lo que significa un incremento de 1,8%. Siguiendo la misma tendencia, en el área de Planificación Familiar la ayuda disminuyó en términos tanto absolutos como relativos.



Fuente: UNFPA

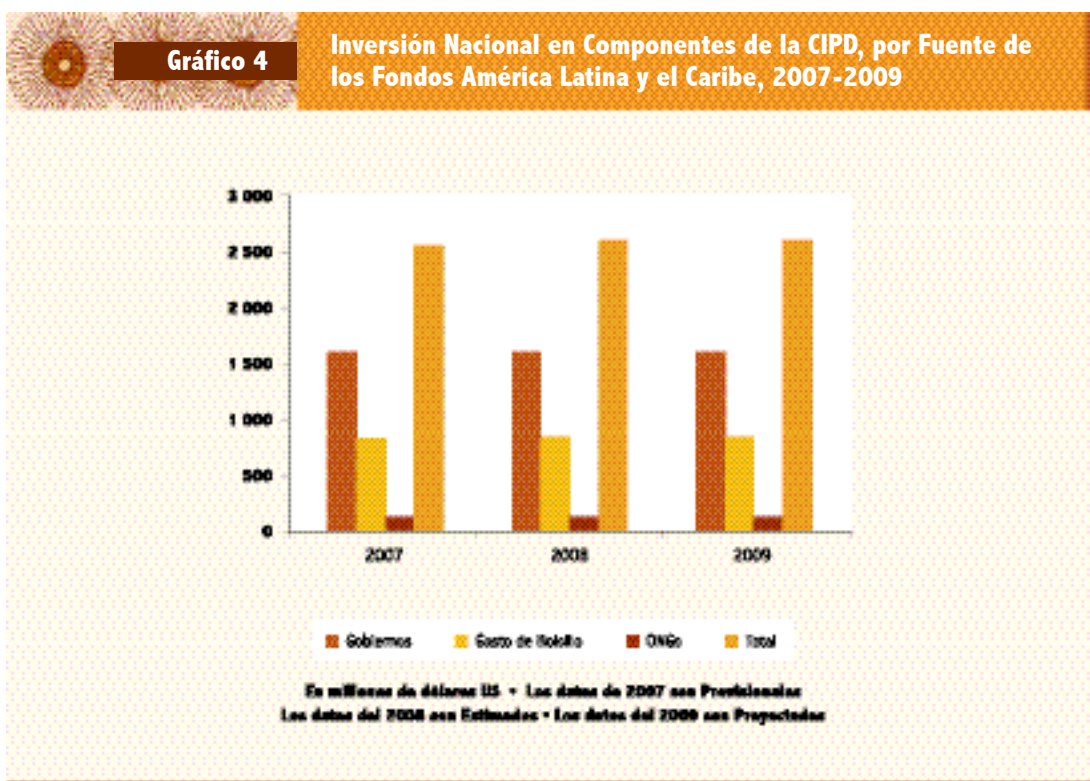


Fuente: UNFPA

El monto invertido por la comunidad internacional en 2007 (US\$ 395 millones) corresponde a sólo 4,5% de la ayuda total internacional para actividades de población y desarrollo. El 39% fue canalizado a través de programas bilaterales, el 34% a través de organismos multilaterales y el 27% por ONG internacionales. Alrededor del 33% de la ayuda en 2007 estaba vinculada a acciones de inversión en Haití. Los países de mayor recepción de ayuda en ese mismo año fueron Nicaragua, Perú, Guyana, Guatemala y Bolivia.

Es importante notar que en 1997, el 40% de los recursos a nivel mundial y el 49% a nivel de América Latina y el Caribe se invertía en servicios de planificación familiar, mientras que en 2007, esta inversión se redujo a 5% y 9%, respectivamente. Es necesario también notar la fuerte inversión dirigida a VIH/SIDA, si bien ésta se orienta fundamentalmente a la atención y no a la prevención, área en la que existe una fuerte vinculación con la salud reproductiva.

El gráfico 4 muestra la inversión nacional en los componentes de la CIPD por fuente de fondos. Se estima que los países de América Latina y el Caribe invirtieron en el 2007 más de US\$ 2.500 millones en la CIPD; la fuente del 63% de estos recursos fueron los gobiernos y del 32%, el gasto de bolsillo, lo que significa que son los hogares los que pagan por sus propios servicios de salud reproductiva. En los quintiles más bajos, cualquier cobro significa limitar a ese hogar en otros gastos, generalmente en alimentación.



Fuente: UNFPA

Es importante reconocer que los Estados han venido haciendo un esfuerzo por invertir en salud y han venido asumiendo un compromiso, aunque no de manera suficiente. El cuadro 2 muestra cómo de los US\$ 3.132 millones que necesitaba la región para los dos componentes más directamente vinculados con el ODM5, sólo se logró movilizar US\$ 746 entre la inversión nacional y la ayuda internacional, es decir, escasamente un 24%. De cara al 2015, debemos asegurar que uno de los mensajes a transmitir es que se requiere voluntad política, pero sólo será posible obtener logros si se asignan los recursos necesarios, y estos recursos requieren cuadruplicarse.



<b>Cuadro 2 Compromiso de financiamiento del ODM 5: países de América Latina y el Caribe y países donantes. Porcentaje invertido y Brecha</b>			
	<b>Gasto Doméstico</b>	<b>Asistencia Internacional</b>	<b>TOTAL</b>
Inversión Estimada en 2007 (ODM 5)	US\$ 591 millones	US\$ 155 millones	US\$ 746 millones
Inversión Requerida para 2009 (ODM 5)	US\$ 2.067 millones	US\$ 1.065 millones	US\$ 3.132 millones
Porcentaje Invertido y Brecha	29% <b>6,7</b>	3,4 <b>24%</b>	15% <b>4,2</b>

Fuente: UNFPA

Debemos reconocer que de los recursos a los que se comprometieron los estados (2/3 del total), se ha logrado cumplir con alrededor del 30% -aunque aquí es necesario tener en cuenta el gasto de bolsillo en términos de la responsabilidad que está siendo trasladada a las personas. Esto contrasta con el aporte de la comunidad internacional (1/3 del total), que sólo ha cumplido con el 15% de lo ofrecido, situación que no sólo depende de la crisis actual, sino de la capacidad de los estados de proteger a su ciudadanía y de atender de mejor manera a su población más excluida.

Es importante garantizar, finalmente, que se reduzca la carga financiera en los hogares y las madres, la misma que constituye una fuerte limitante al acceso a los servicios de salud reproductiva y a la disminución de la mortalidad materna.



## Mesa de diálogo 3:

### Mobilización de Recursos para la Sostenibilidad Financiera del ODM 5

#### Preguntas orientadoras

1. ¿Qué tipo de intervención puede llevar a cabo el sector en el que usted participa (sector público, sector privado, sector social) para promover que el poder legislativo se enfoque prioritariamente a mejorar el acceso universal a la salud reproductiva, especialmente la atención calificada del parto y la prevención del embarazo adolescente, mediante asignaciones presupuestales y legislaciones específicas?
2. ¿Desde el sector en donde usted participa (sector público, sector privado, sector social) nos interesa conocer cuáles son las estrategias que pueden desarrollarse para promover la creación y diseño de una política pública pertinente para atender, de manera permanente, sin presión de las ideologías que limitan la garantía de derechos reproductivos asumidos por los estados en los compromisos internacionales, temas específicos como la anticoncepción a y la salud reproductiva de las adolescentes?
3. El gasto en salud en general se ha incrementado en América Latina y el Caribe en los últimos años. Sin embargo, este incremento no necesariamente se ha destinado a mejorar el acceso universal a la salud reproductiva, de manera homogénea en todos sus rubros. ¿Cuáles deberían ser las estrategias seguidas por las mujeres líderes de cada país y sector en el que se encuentren involucradas para demandar una política de equidad, gasto con transparencia y rendición de cuentas, para atender aspectos concretos como la atención calificada de parto y la prevención del embarazo adolescente?
4. Se ha hecho énfasis especial respecto de que en la región de América Latina y el Caribe el problema principal no tiene que ver con el nivel de gasto en salud, sino con el financiamiento del mismo. Esto implica que son los hogares, vía gasto directo de su ingreso, los que están financiando un porcentaje significativo de la salud materna, así como la prevención del embarazo. ¿Qué tipo de estrategias es necesario plantearse para transparentar los distintos tipos de gasto (público, privado) y las diferentes fuentes de financiamiento (público, privado, de bolsillo) y con ello garantizar el acceso universal a la salud reproductiva?
5. ¿Desde el sector donde usted participa (sector público, sector privado, sector social) qué mecanismos de monitoreo y control deberían adoptarse para hacer eficiente el gasto público en salud y con ello garantizar la sostenibilidad de las políticas?
6. ¿Cómo incrementar y orientar los recursos económicos para atender las necesidades diferenciales de grupos poblacionales particulares, por ejemplo los jóvenes, las mujeres indígenas y las afro descendientes, en los temas de atención calificada del parto y prevención del embarazo?
7. ¿De qué manera se pueden establecer sinergias intersectoriales (sociedad civil- Estado-empresarios) para priorizar la atención de los temas relacionados con el acceso universal a la salud reproductiva?
8. ¿Cómo orientar la asignación de fondos para la generación de conocimientos, en los temas de planificación familiar y anticoncepción, como una manera de asegurar que se llame la atención sobre ellos y se logre una mejor toma de decisiones?

## Carolina Chang

### Ex Ministra de Salud, Ecuador

---

El Ecuador vive un proceso de transformación sectorial que convirtió a la salud en un eje estratégico del desarrollo nacional. Según el Barómetro Iberoamericano de Gobernabilidad 2010, Ecuador ocupa el primer lugar en gestión de salud (71%), lo que muestra el avance logrado a pesar de estar conscientes que es sólo el inicio de un proceso y que necesitamos garantizar la continuidad de las acciones.

Este proceso requiere no sólo de voluntad política y un compromiso de acción sino de financiamiento. Ecuador duplicó su presupuesto en salud en tres años de gestión (de 560 a 1.200 millones), enfocándose en el desarrollo de políticas públicas enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo, en las cuales se inscriben algunos de los ODM — tales como la reducción de la mortalidad materna, la prevención de embarazos tempranos, la ampliación del periodo de lactancia y la prevención de las ITS/VIH. La nueva Constitución explicita el derecho fundamental del ser humano a la salud y garantiza el acceso universal y la gratuidad en todos los servicios de la red pública, así como un acceso progresivo por enfermedades catastróficas y discapacidades. Previa a 2007, la Ley de Maternidad Gratuita, conseguida a través de la lucha exitosa de mujeres organizadas, dependía fundamentalmente de las utilidades de las empresas públicas a través de un Fondo de Solidaridad y no del presupuesto general del Estado. A partir de ese año, se garantiza los fondos a este programa y se incrementa progresivamente su presupuesto, pasando de 17 a 26 millones en el 2010. Esta inversión se traduce en un modelo de atención nuevo, integral, familiar, con énfasis en la atención primaria y una perspectiva intercultural. Nada de esto es posible sin la existencia de políticas, que requieren ser implementadas y monitoreadas con participación ciudadana, a través de comités de usuarias y usuarios veedores de la calidad de atención, que permitan garantizar la calidad de gasto y trabajar por la transparencia en la aplicación de los recursos.

## Carolina Benavides

### Nexos Voluntarios, Perú

---

Crecientemente, las empresas internacionales, especialmente europeas, están empezando a pensar en modelos de gestión sostenible, no sólo enfocados en las ganancias y la rentabilidad, sino modelos que permitan incorporar los impactos sociales y am-

bientales. Existen iniciativas de las NN.UU. para promover este tipo de experiencias e instituciones que están ayudando a sistematizar la medición de desempeño en estos aspectos.

En el caso del Perú, es indispensable empezar con una labor de internalización de los derechos humanos fundamentales. Hay todavía muchas resistencias al cambio, a pensar en temas de planificación familiar y sexualidad de manera más abierta. La mortalidad materna lamentablemente, se ubica en ese grupo de temas aún difíciles de abordar.

¿Cómo empezamos a plantear estos temas a las empresas privadas? Sería posible un mayor acceso a empresas que tengan entre sus empleadas o clientes una población mayoritariamente femenina. Una vez identificado este grupo de potenciales empresas sería posible pensar en mensajes susceptibles de coincidir con las políticas de responsabilidad social de cada empresa, a partir del diseño de una propuesta marco capaz de adaptarse a cada una de las instituciones, de manera que sea posible incorporar gradualmente asuntos como la mortalidad materna, difíciles de incorporar en políticas de responsabilidad social salvo en rubros específicos como las farmacéuticas

## Segundina Flores

### **Asambleísta, Bolivia**

Bolivia está actualmente en un proceso de cambio. Desde la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas Originarias de Bolivia “Bartolina Sisa” que yo represento, hemos empezado recientemente a asumir el tema de salud sexual y reproductiva, que no había sido trabajado en sus 30 años de existencia. La muerte materna en Bolivia crece porque muchas veces no se asumen las responsabilidades desde el área que corresponde, y existen dificultades para llegar a todas las provincias del país con los servicios de salud y el equipamiento necesario.

Esperamos trabajar como gobierno por mejorar la salud, con apoyo de los cooperantes. Desde la Asamblea, trabajaremos para reducir la muerte materna en Bolivia.

Tenemos en Bolivia el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que trabaja con apoyo presupuestario departamental y municipal, aunque muchas mujeres no tienen un certificado de nacimiento ni carnet de identidad y no pueden acceder al SUMI. Se ha planteado como propuesta un bono a las mujeres embarazadas con la intención de que puedan acceder a la atención médica. Es necesario, sin embargo, que como organizaciones hagamos un control social de estas acciones.



## Jennifer Westford

### Ministra de Servicio Público, Guyana

---

Hemos escuchado mucho sobre mortalidad materna en los últimos dos días. Yo quiero ser controversial. Conocemos los problemas que impiden a muchos de nuestros países alcanzar la meta planteada. Sabemos por qué nuestras madres se mueren. El tema de esta conferencia es: “Romparamos el silencio”. Yo creo más bien que hemos estado hablando demasiado. Es el momento de actuar.

Nuestras madres están muriendo a nivel global. Necesitamos recursos para alcanzar nuestras metas, y también necesitamos dejar esta conferencia con una clara comprensión de cómo podremos conseguirlos. Estamos en una conferencia regional de mujeres líderes, por lo que no me sorprendió ver a muy pocos hombres. ¿Pero es la mortalidad materna un problema de mujeres? No lo es. Es un problema de todos: hombres y mujeres líderes. ¿Por qué estamos asumiéndolo como un problema personal para las mujeres?

Las instituciones que pueden proporcionar los recursos que necesitamos están lideradas por hombres. Ésas son las fuerzas con las que debemos sentarnos a conversar. Podemos hablar entre nosotras, pero no lograremos ni los recursos ni la influencia para conseguirlos. Se han conseguido muchos recursos para el tema de VIH/SIDA porque los líderes están involucrados en todas las reuniones de alto nivel.

Debemos dejar de hablar entre nosotras e involucrar a quienes toman las decisiones. Si se tratara de mortalidad paterna, nosotras estaríamos tratando de asegurar que nuestros hombres no murieran, porque ellos se hubieran asegurado que estuviéramos ahí. Hemos luchado por años para lograr la igualdad. Mostremos que somos iguales y luchemos juntos.



## María Inés Restrepo

### **Directora Ejecutiva, Caja de Compensación Familiar de Antioquia, Colombia**

---

En la década de 1950 se dio en Colombia un pacto regional entre los principales industriales y sindicatos del país denominado Comfama, en un contexto de serias dificultades políticas, económicas y sociales que hicieron que estos actores se sentaran a discutir cómo abordar la problemática de sus trabajadores y sus familias.

Dos años después, el gobierno evaluó el impacto de Comfama y estableció por ley la obligatoriedad de que ese pacto que nació en Antioquia, se expanda a nivel nacional. Hoy existen 55 empresas de carácter idéntico con la responsabilidad de brindar servicios básicos a las familias colombianas.

El aporte del 4% mensual del valor de la nómina de las empresas permite financiar las actividades, entre ellas las de salud, que representan US \$300 anuales aportados por 44.000 empresas —70% de ellas con menos de 10 trabajadores. Los aportes de las empresas para la financiación de la inversión social constituyen un modelo redistributivo del ingreso y la riqueza. Los servicios de educación, salud, recreación, vivienda y micro crédito llegan a 3 millones de personas en la región antioqueña.

En 1990, se produce una transformación en el sistema de seguridad social en Colombia que permite cumplir el objetivo constitucional de participación del sector privado en el otorgamiento de los servicios de salud.

De esta manera, los presupuestos públicos recolectados a través de los impuestos son trasladados a nuestra empresa para brindar atención a la familia en condiciones de pobreza y alta vulnerabilidad.

Como aseguradora, tenemos alianzas con aseguradoras privadas para administrar los servicios de salud. La razón de mortalidad materna en Colombia es 75 por 100.000 nacidos vivos, la misma se reduce a 42 en Antioquia y a 0,45 en Comfama.





**Síntesis del debate  
en las mesas de diálogo**

En este acápite, presentamos una síntesis de los principales puntos emergentes en la discusión en torno a los tres ejes abordados en la reunión.

## **Sobre el acceso universal a los servicios de salud**

- Se acordó la necesidad de reivindicar el concepto de universalidad de los derechos humanos, insistiendo en que la mortalidad materna constituye una afrenta a estos derechos —a la salud sexual y reproductiva, a la salud mental y emocional, a desarrollar el propio proyecto de vida, a decidir libremente sobre la maternidad, a acceder a los servicios sin que las condiciones socioeconómicas o culturales de cada mujer supongan un menoscabo o limitación de sus derechos. Dos principios rectores son, en este sentido, la no discriminación y la igualdad, trascendiendo la noción de equidad y propugnando por una igualdad sustantiva de mujeres y hombres en la sociedad.
- Ubicar a la mortalidad materna como un asunto de derechos humanos implica centrarse en las obligaciones y responsabilidades del Estado a garantizar el derecho a la salud y brindar una atención integral y de calidad, vigilando su cumplimiento desde una perspectiva de exigibilidad y rendición de cuentas. En este contexto, se acordó la necesidad de exigir a los Estados el cumplimiento de los compromisos internacionales adoptados en torno a la reducción de la mortalidad materna y evidenciar su no cumplimiento, a través de informes alternativos desde la sociedad civil que permitan contrastar la información oficial y señalar los vacíos y carencias existentes.
- El empoderamiento de las mujeres es un elemento crítico para que sean ellas quienes asuman la defensa de sus derechos, de manera de asegurar una atención de calidad y un trato digno, lo que implica fortalecer su capacidad para la vigilancia y para exigir una rendición de cuentas de parte de los Estados. En este sentido, las líderes convinieron en la necesidad de generar —tanto desde las mujeres en posiciones de poder como desde aquellas ubicadas en los espacios de la sociedad civil— acciones de incidencia para asegurar el cumplimiento de la legislación existente y la modificación de aquella que atenta contra los derechos de las mujeres, así como para garantizar una efectiva implementación de las políticas públicas.
- Es necesario recuperar la integralidad de la salud sexual y reproductiva, buscando superar la desarticulación de una agenda en la que el embarazo no deseado y la



prevención del aborto inseguro se constituyen en temas claves que han sido profundamente silenciados, siendo este último uno de los principales factores de la morbilidad materna severa en América Latina. Existen algunas experiencias importantes a nivel de la región; en el caso de la ciudad de México, la despenalización del aborto en años recientes ha permitido a los servicios de salud responder con calidad y respeto a las necesidades de las mujeres, evitando su estigmatización y asegurando que sean tratadas como ciudadanas.

- Con relación a la población adolescente y joven, se acordó la necesidad de enfatizar en el tema de la educación sexual integral en todos los niveles educativos, así como en la capacitación de los proveedores de salud para que estén en condiciones de brindar una atención integral y de calidad. En América Latina, la primera relación sexual constituye hoy un riesgo —a un embarazo no deseado, a contraer una infección de transmisión sexual o el VIH, a desarrollar un cáncer de cuello uterino. Una oportuna intervención contribuirá a romper patrones de subordinación en una edad temprana que de otra manera persistirían hasta la edad adulta, así como evitar que se atente contra el derecho a la educación de las jóvenes o se restrinjan sus oportunidades laborales.
- En la perspectiva de garantizar un acceso universal a servicios de salud de calidad, que asegure un trato digno a las personas, se requiere generar mecanismos efectivos para escuchar las voces de las usuarias y usuarios de los servicios. El principio de la participación es central al concepto de calidad y a la noción de derechos en salud; en este sentido es necesario insistir en el desarrollo y fortalecimiento de espacios de diálogo que aseguren que los servicios respondan a las necesidades y demandas de la población a la que atienden.



## Sobre los determinantes sociales y la igualdad de género

- Uno de los principales desafíos en el tema de la mortalidad materna es lograr su visibilización en espacios y sectores más amplios de la sociedad, introduciéndolo como un tema de interés ciudadano susceptible de transformarse en una demanda social. Existe entre las líderes un consenso en que esta acción debe plantearse tanto a nivel de las élites -actores con capacidad de incidir en sus sectores de intervención- como en el ámbito de la discusión ciudadana.
- El esfuerzo de colocar este tema en la agenda pública implica la articulación de actores, así como una capacidad de negociación —de contenidos, prioridades, lenguaje— para lograr que otros sectores se apropien de él. Esto implica un esfuerzo por trascender una élite técnica en salud y alcanzar élites en muchos niveles e instancias: partidos políticos, parlamentos, sector privado y movimientos sociales, incluyendo el movimiento feminista y las organizaciones de mujeres, que no han asumido la bandera de la mortalidad materna como una prioridad dentro de su agenda.
- A nivel de la discusión ciudadana, se adoptó el compromiso de desarrollar estrategias de movilización social, a través de campañas y acciones de sensibilización y concientización en espacios públicos y otros. En este contexto, se considera importante acortar la brecha entre las mujeres líderes, con incidencia en la construcción de la agenda, y las mujeres no necesariamente organizadas y que no se involucran activamente en estos asuntos.
- Los medios de comunicación son aliados fundamentales en la tarea de incidencia. Es necesario construir el lenguaje de la mortalidad materna de una manera distinta para favorecer su apropiación por otros sectores. No existe un conocimiento difundido acerca de la multiplicidad de argumentos que se han construido en torno al tema de la mortalidad materna —argumentos médicos, jurídicos, éticos, sociales y de género-, los mismos que deben ser compartidos con los demás actores sociales. Algunos mensajes importantes son, en este sentido, plantear cuál es el costo de la omisión (el costo de no actuar en el tema de la mortalidad materna) y sus implicancias en términos de pérdida de capital humano.
- El involucramiento de la ciudadanía no implica que ésta asuma la responsabilidad del Estado, sino que vigile que éste cumpla con ella. Los conceptos de vigilancia, exigibilidad y no exoneración pueden orientar los esfuerzos para avanzar en este tema —en la medida que los gobiernos no pueden ser exonerados de su falta de compro-

miso con las mujeres-, promoviendo el desarrollo de actos públicos de rendición de cuentas en torno a los avances en la reducción de la mortalidad materna. El desafío es plantearse una agenda de exigibilidad y ejercer vigilancia desde la sociedad civil.

- La mortalidad materna es el efecto de un poder fáctico en la región, por lo que las acciones difícilmente lograrán los avances esperados si no se deconstruye este poder simbólico, que tiene un impacto en el control de la subjetividad de las mujeres, la expropiación de su cuerpo y su desvalorización como sujetos. En el mismo sentido, es necesario reconocer la existencia de fuerzas contrarias en torno a este tema, que consideran a la maternidad como un destino inexorable de las mujeres que implica dolor, sacrificio y muerte, lo que provoca una colisión de valores y formas de entender esta problemática.
- Se considera crítico levantar el tema del Estado laico dado que las iglesias constituyen un obstáculo importante para avanzar en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en la región. Se plantea también, sin embargo, considerar la posibilidad de sensibilizar e involucrar a los representantes locales de las iglesias, estableciendo alianzas estratégicas a favor de la reducción de la mortalidad materna.
- Las líderes coincidieron en señalar que es necesario superar la visión de las mujeres pobres e indígenas como grupos vulnerables para considerarlas sujetas de derechos. Ello no excluye, sin embargo, la necesidad de exigir que la información estadística incluya la categoría de etnicidad a fin de visibilizar las especificidades de los distintos grupos de mujeres (tales como indígenas y afrodescendientes). Esfuerzos como el de Brasil, que incluyó información desagregada por etnia en las estadísticas de salud, permitió visibilizar la situación de las mujeres negras, cuyo riesgo de muerte materna es dos veces mayor que el de las mujeres no negras.
- Es fundamental impulsar un abordaje integral de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres. Las consideraciones tácticas no deben llevar a invisibilizar esta integralidad para no perder lo avanzado. En el caso del aborto, por ejemplo, es importante insistir en el aborto libre más allá del ordenamiento jurídico de cada país.

## Sobre la movilización de recursos

- Las experiencias de países como Ecuador muestran que es posible avanzar para lograr un acceso universal a la salud. Algunas medidas adoptadas en este país son: un incremento progresivo del presupuesto en salud y educación como porcentaje del PBI por mandato constitucional, y una gratuidad progresiva de los servicios que



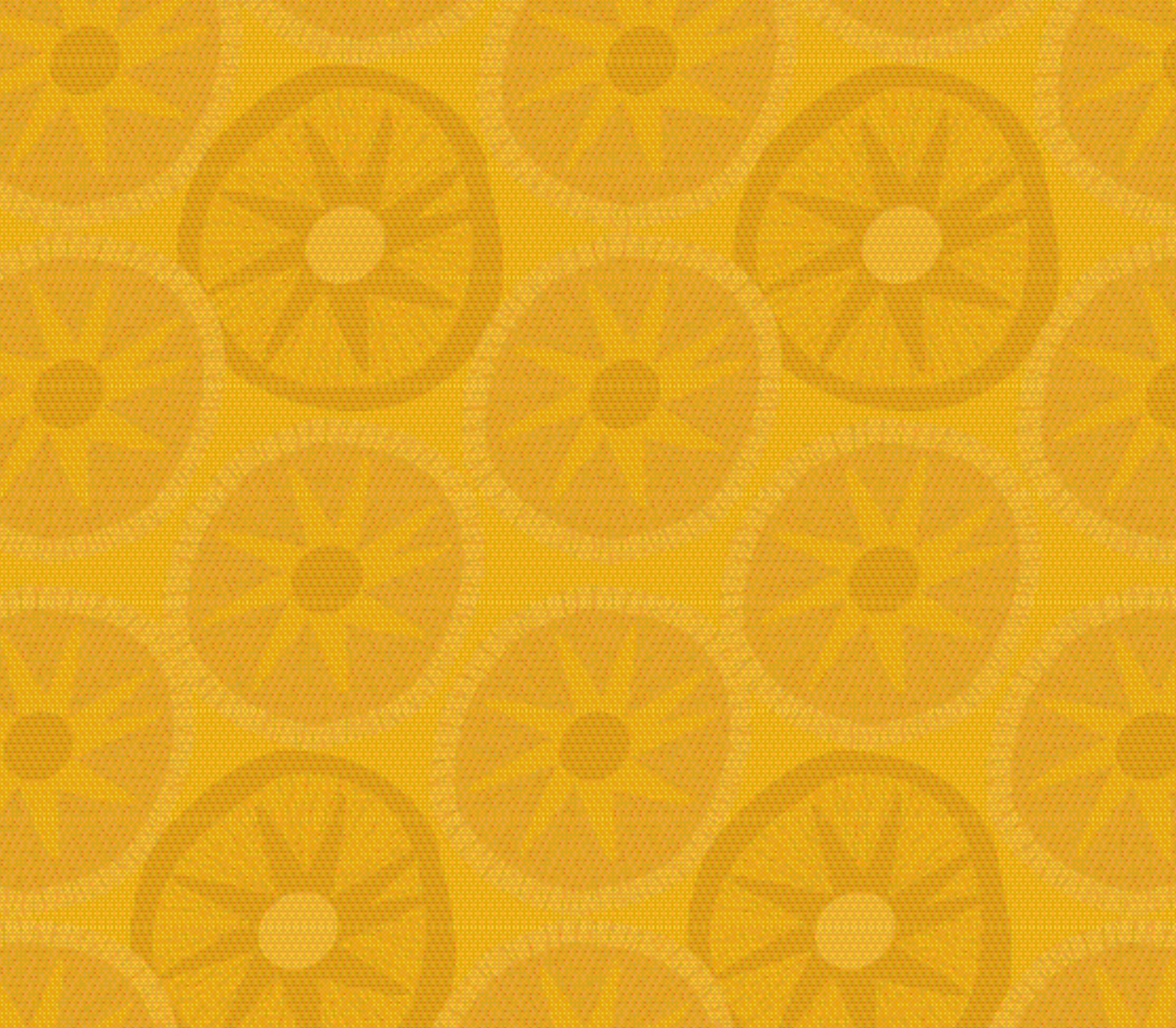
redunda en una reducción significativa del gasto de bolsillo; una asignación de fondos específicos para programas regulares; un cambio en el sistema financiero que establece una cuenta única que asigna recursos a los ministerios de acuerdo a su capacidad de ejecución.

- Los presupuestos sensibles al género son una herramienta para asegurar la asignación de recursos a temas como mortalidad materna y embarazo adolescente, lo que permite transitar de programas de atención a la salud de la mujer, a políticas con sostenibilidad en los presupuestos ordinarios de los países. Es posible impulsar cuentas en salud reproductiva e implementar metodologías de monitoreo del gasto, como ha ocurrido en el caso de México.
- Es importante desarrollar medidas que permitan una movilización de recursos a nivel del sector privado, tanto en el ámbito legislativo como a través de acciones de incidencia más amplias. En Brasil, se logró que el sector empresarial orientara una parte de su impuesto a la renta para financiar proyectos, logrando hacer efectiva una modalidad contemplada en la legislación —aunque no implementada previamente—, lo que ha permitido contar con recursos para abordar temas como violencia contra la mujer y salud reproductiva.
- El problema de la mortalidad materna no puede atribuirse sólo a la falta de recursos, sino a su dispersión y uso ineficiente. Existen recursos disponibles que no llegan a transformarse en políticas integradoras bajo la autoridad sanitaria ni en servicios de salud de calidad. Es necesario ser capaces de ejercer gobernabilidad



sobre estos recursos, eliminando la fragmentación de aquellos que provienen tanto de fuentes externas como internas.

- Desde la cooperación internacional, es necesario reformular las alianzas, trabajando con los gobiernos como establece su mandato, pero también con otros interlocutores, como los movimientos de mujeres y las organizaciones privadas para el logro de objetivos comunes.
- Con relación a los pueblos indígenas, existen algunas iniciativas interesantes como la Ley 100 en Colombia, que planteó un modelo de salud que significó una oportunidad para los pueblos indígenas para administrar sus propias empresas e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), lo que permitió avanzar en modelos de salud intercultural y servicios de calidad.
- Es necesario que las políticas y acciones para reducir la mortalidad materna no estén enfocados exclusivamente en el cumplimiento de las metas de desarrollo del Milenio sino en un marco de respeto a los derechos de las mujeres. El slogan ¿Después del 2015, qué? puede contribuir a la reflexión de cuáles serán las acciones para garantizar que este tema se mantenga en la agenda después del 2015, en el que algunos países no habrán cumplido con la meta y el impulso corra el riesgo de perderse.



# Productos de la conferencia

En este acápite, presentamos los principales resultados de la Conferencia: la Declaración suscrita por las mujeres líderes de los distintos países; la inclusión de las conclusiones del evento a la agenda de la segunda conferencia “Women Deliver”; y la definición de un mecanismo de seguimiento a la conferencia en los niveles regionales y locales.

## Declaración

A partir del debate, el Comité Impulsor Regional trabajó en la articulación de una Declaración en borrador que se compartió en plenaria al final del segundo día.

Se consideró en plenaria que la Declaración en borrador reflejaba las conclusiones y recomendaciones prioritarias planteadas en la conferencia, y se hizo una serie de sugerencias en esta sesión que fueron luego incorporadas al borrador por el Comité Impulsor Regional. Se acordó también que la Declaración en borrador revisada sería compartida por el lapso de un mes con todas las participantes del evento antes de ser colocada en la página web y difundida más ampliamente. La agencia de noticias CIMAC, con base en México, asumiría la función de recopilar y revisar las recomendaciones y de incorporarlas a una versión final de la Declaración. El GTR se comprometió, a su vez, a traducir la Declaración al inglés y al francés para su mayor difusión. En Anexo 3 incluimos el borrador de la Declaración —en proceso de revisión por las participantes. La versión final será publicada en la página web de la conferencia.

## Seguimiento en la conferencia “Women Deliver”

En el marco de la segunda conferencia “Women Deliver”, llevada a cabo en Washington del 7 al 9 de junio, el GTR organizó un almuerzo de trabajo con más de 100 participantes provenientes de América Latina y el Caribe, entre los cuales se encontraban algunas de las líderes que estuvieron presentes en la Conferencia Regional de Mujeres Líderes en Lima. Uno de los propósitos del almuerzo fue compartir los avances y compromisos generados en dicha conferencia. Este momento constituyó uno de los pocos espacios en Women Deliver que permitió visibilizar los retos a enfrentar para el avance de la agenda de salud materna en América Latina y el Caribe, y promover la discusión en español entre los participantes. En este contexto, se leyó la Declaración de Lima, sin difundirla dado que aún no había sido aprobada por las participantes en su versión final. Se generó un gran interés por las recomendaciones de la Conferencia de Lima y por sumarse a los esfuerzos de incidencia propulsados por el GTR.



## Seguimiento regional y nacional

*No estamos haciendo una campaña... Estamos en campaña*

En el momento final de la conferencia, las participantes asumieron el compromiso individual de dar seguimiento a los compromisos generados en el foro, explorando nuevas oportunidades y sinergias para difundirlas.

Se acordó que las estrategias de incidencia serían contextualizadas a la realidad de cada país, considerando factores como antecedentes de trabajo en el tema, actores involucrados, marcos legales existentes y otros. Se acordó asimismo establecer un espacio de comunicación permanente para facilitar el intercambio entre los distintos países.

- Desde lo regional, las agencias que integran el GTR se comprometen a dar seguimiento a la difusión de la Declaración y de los compromisos generados en la conferencia, movilizándolo a estas acciones de manera conjunta.
- En el ámbito nacional, se construirá una alianza entre las participantes a la reunión que representan a distintos sectores —técnico, político, empresarial, medios de comunicación— asumiendo el desafío de involucrar a otros actores a favor de la reducción de la mortalidad materna, y trabajando a partir del valor agregado que aporta un enfoque intersectorial. Esta alianza puede constituirse a partir de principios y objetivos básicos, buscando una incidencia y sensibilización a través de los medios de comunicación y la exigencia de resultados como sociedad civil.
- UNFPA y OPS, a través de las oficinas país y la oficina regional, en consulta con las otras agencias del GTR, se comprometen a establecer una base de comunicación con los grupos técnicos que trabajan a favor de la maternidad segura y la reducción de la mortalidad materna en cada país. Las líderes participantes a la reunión se pondrán en contacto con estas oficinas a fin de desarrollar estrategias que permitan generar sinergias e impulsar acciones conjuntas de incidencia.
- Replicar encuentros similares a nivel nacional con el fin de amplificar los liderazgos y lograr el involucramiento de otros sectores, buscando en los casos en que sea posible, descentralizar las reuniones a los niveles regional y local en cada país.
- Dar seguimiento desde redes regionales sectoriales tales como el Enlace Continental de Mujeres Indígenas, el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), grupos regionales de medios, entre otras, para impulsar acciones de seguimiento intersectoriales.
- Mantener una comunicación virtual permanente, utilizando un soporte tecnológico que permita el intercambio de propuestas e iniciativas para la labor de incidencia



en cada país, así como el seguimiento a las acciones que se impulsan desde el grupo de mujeres líderes. La Secretaría Técnica del GTR se compromete a mantener la página web [www.conferenciademujereslideres.com](http://www.conferenciademujereslideres.com) y promover su continuidad cuando la siguiente secretaria técnica sea elegida. La Declaración y el informe de la conferencia se difundirán vía este medio.

- Mantener un enlace entre las periodistas de los distintos países para promover el intercambio de información y estrategias a ser trabajadas en los ámbitos nacionales. Se propone realizar un taller que permita profundizar el conocimiento del tema y facilitar la difusión de mensajes de manera asertiva y efectiva.

## Palabras finales

### Socorro Gross

#### **Subdirectora, Organización panamericana de la salud, OPS/OMS**

---

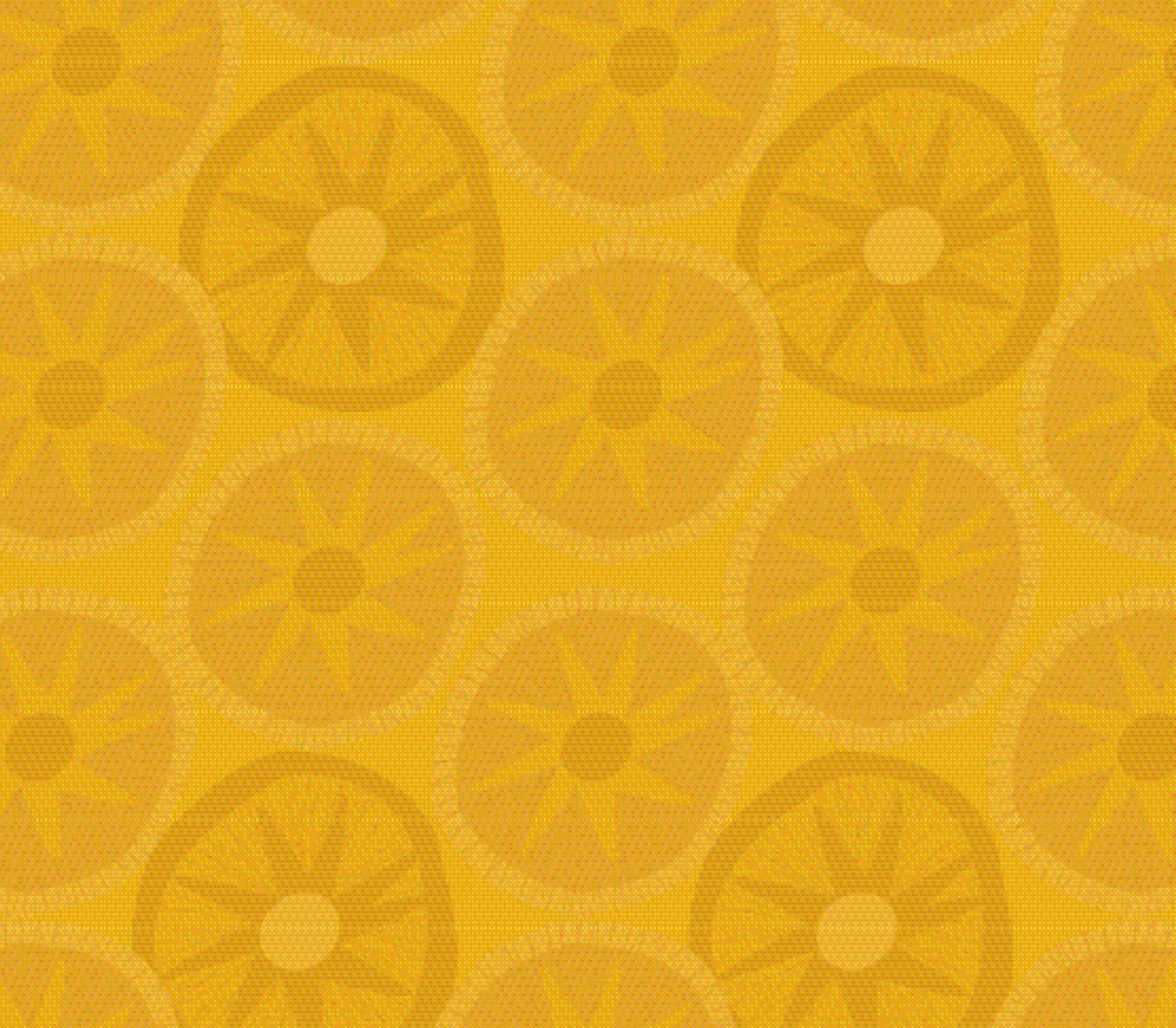
Este evento nos ha permitido compartir experiencias y tener conclusiones muy importantes; cada una de nosotras volverá a la organización, comunidad o grupo que representa y se asegurará de que la maternidad segura sea incluida como prioridad en la agenda de trabajo.

Salimos de aquí convencidas de que la mortalidad materna es intolerable y comprometidas a que debemos lograr que la sociedad –tanto mujeres como hombres– reclame a nuestras mujeres. Debemos también buscar a otras agrupaciones fuertes como los y las jóvenes, que se encuentran en todos los espacios de la sociedad, con gran capacidad de producir cambios.

El GTR debe mantenerse como un espacio abierto, desde el cual debemos hacer un seguimiento a las acciones impulsadas en el marco de este movimiento de tolerancia cero a la mortalidad materna. Debemos continuar trabajando por el derecho que tenemos hombres y mujeres a cambiar la injusticia que persiste en nuestra región, y al pleno ejercicio de nuestros derechos.

Partimos hoy con un gran desafío; que requerirá la unión de nuestras fuerzas; solo así podremos acelerar el cambio y vencer barreras, incluso una de las más difíciles, la barrera para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el tema de los embarazos no deseados y el aborto inseguro.

La Organización Panamericana de la Salud reitera el compromiso en la región, por la gran cruzada para una maternidad segura.



# Declaración de la Conferencia

## Declaración de la conferencia regional de mujeres líderes muerte materna: romper el silencio, sumar nuestras voces y actuar

**Lima, Perú, mayo 27 y 28, 2010**

Nosotras líderes sociales, académicas, periodistas, políticas, indígenas, juezas y empresarias de América Latina y el Caribe, de diferentes etnias, culturas y edades, con diferentes idiomas y lenguas, con maternidad y sin maternidad, en ambos casos por decisión, reunidas en el marco de la conmemoración del 28 de mayo “Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”, asumimos el compromiso de romper el silencio, elevar nuestra voz e impulsar acciones para detener la muerte materna.

Conscientes de que nuestros liderazgos, unidos, pueden incidir para transformar la realidad y romper las inercias históricas que han permitido la muerte de miles de mujeres por embarazo, parto, puerperio y aborto inseguro, a pesar de los esfuerzos que se han realizado para evitarlas.

Originarias de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú acordamos que los compromisos y acciones propuestas en esta declaración serán la guía para que nuestra voz se amplifique socialmente y nuestros liderazgos actúen a favor de la salud materna y todos los derechos de las mujeres en el marco de los tratados y compromisos internacionales de derechos humanos.

### Considerando que:

**PRIMERO.** Las mujeres líderes, desde sus distintos lugares de inserción e incidencia, vienen impulsando el desarrollo de acciones y el compromiso político con la salud de las mujeres y sus derechos.

**SEGUNDO.** El insuficiente reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, en particular la violación de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, afecta su vida, su salud, su autonomía, su cuerpo y su libertad para tomar decisiones.

**TERCERO.** La mortalidad materna es inaceptable no sólo porque es evitable, sino también porque más allá de los costos que genera cada muerte, importan los impactos e implicaciones de no evitarla: el costo de la omisión. Una sola muerte materna evitable es intolerable.



**CUARTO.** La mortalidad materna es expresión de la discriminación, la injusticia y la violencia que generan las distintas formas de desigualdad social y en particular, la desigualdad de género.

**QUINTO.** La mortalidad materna afecta a mujeres de todas las etnias, edades, regiones y condiciones sociales y particularmente las mujeres adolescentes que se enfrentan a embarazos no deseados, cuya vida y salud corre mayor riesgo.

**SEXTO.** Miles de mujeres sufren enfermedades o discapacidades severas o permanentes como resultado de abortos inseguros, embarazos sin control y partos mal atendidos.

**SÉPTIMO.** Los esfuerzos financieros y políticos en nuestra región para abatir la muerte materna son insuficientes y que pese a los compromisos adquiridos con el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 no se cumplirán las metas establecidas para 2015.

**OCTAVO.** Los Estados tienen la responsabilidad de promover el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres, en particular, el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

### **Nos comprometemos a:**

Elevar nuestras voces en contra de las muertes maternas evitables para darle la más amplia visibilidad a este grave problema social y promover compromisos a todos los niveles de la sociedad: mujeres y hombres políticos, empresarios, periodistas, jueces, proveedores de salud, líderes indígenas, sindicalistas, académicos, cooperantes, activistas sociales y a la población en general.

Asumir la mortalidad materna como una prioridad en nuestras agendas e impulsar alianzas, estrategias y acciones, locales, nacionales y regionales, intersectoriales e interdisciplinarias que favorezcan la disminución de la mortalidad materna.

Contribuir a la movilización de recursos financieros provenientes del sector público, privado y de la cooperación internacional para favorecer la solidaridad, la gratuidad y la reducción del gasto de bolsillo, para la impostergable reducción de la mortalidad materna.

Promover procesos de monitoreo ciudadano que aseguren la transparencia y la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos y la implementación de las políticas tanto a nivel nacional, regional e internacional.



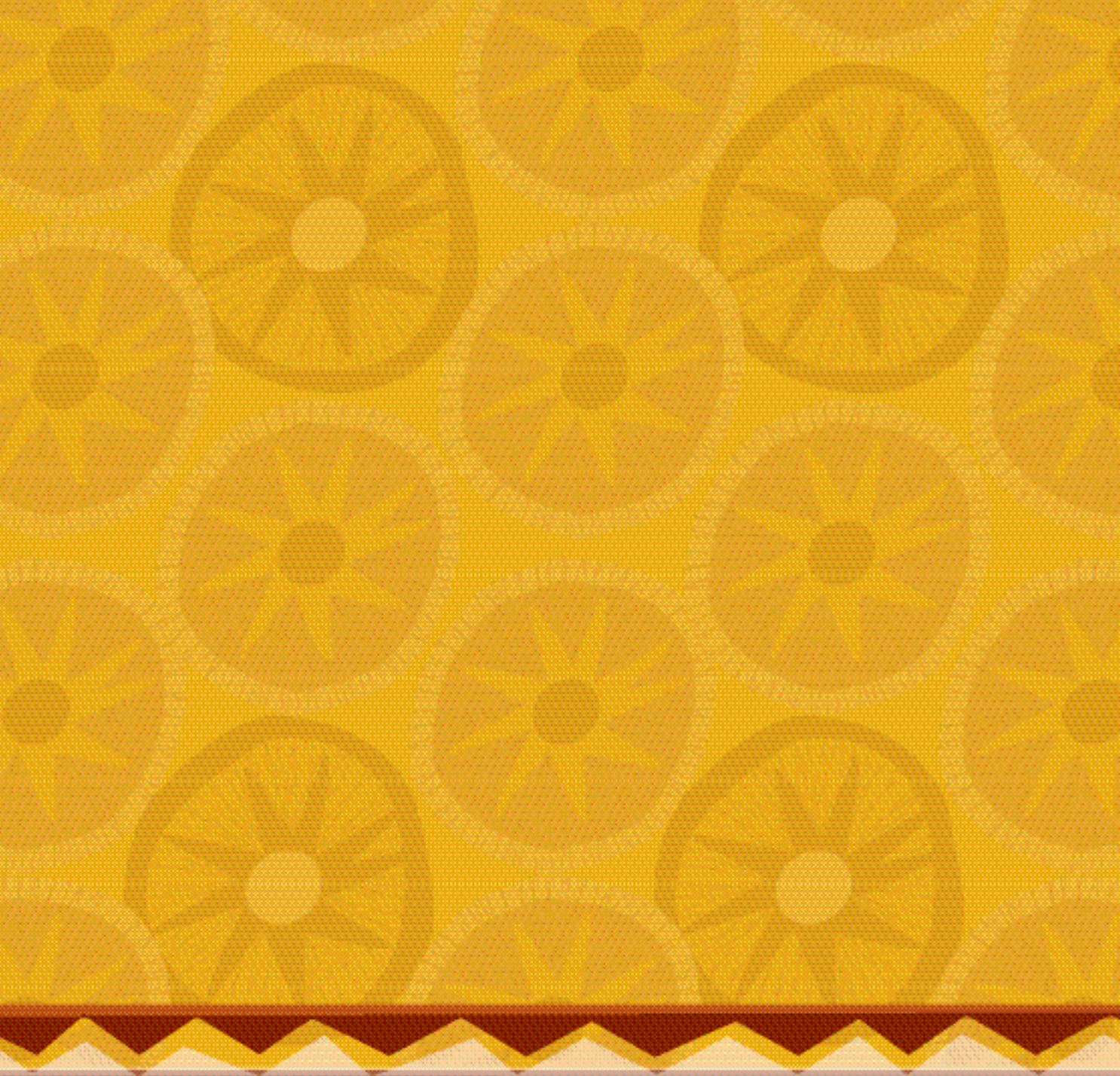
Llevar a cabo campañas para prevenir la muerte materna que promuevan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y particularmente la protección de la vida y la salud de las mujeres, involucrando a los hombres, las familias, comunidades y las sociedades en su conjunto.

### **Proponemos:**

- 1.** Acciones que promuevan el empoderamiento económico, político y sexual de las mujeres, su condición de sujetas de derechos y ciudadanas plenas. Que la prevención de la mortalidad materna, la calidad de vida y la salud de las mujeres sean una prioridad en la agenda pública de nuestros países, congregando el esfuerzo de todos los sectores sociales, políticos y económicos.
- 2.** Decisiones políticas y medidas concretas que respeten y protejan los derechos humanos de las mujeres independientemente de su condición social, etaria y étnica, especialmente el derecho de las mujeres a decidir tener o no tener hijos, cuántos, cuándo y con quién tenerlos.
- 3.** Compromisos, programas y medidas gubernamentales para promover una educación sexual integral a todos los niveles del sistema; el acceso universal a una amplia gama de métodos anticonceptivos asequibles y de calidad; medidas de protección social que permita a las mujeres compatibilizar el ejercicio de una maternidad elegida con su inserción en el mercado de trabajo, y el reconocimiento de la responsabilidad social de la reproducción y la crianza.
- 4.** Promover la redistribución de recursos provenientes del sector público, privado y cooperación internacional con el fin de incrementar el financiamiento de las acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna y la planificación familiar.
- 5.** Generar mecanismos de financiamiento solidario que permitan el acceso universal y sostenible a servicios de salud integrales, de alta calidad, adecuados culturalmente, respetuosos de las mujeres, su etnia, raza y edad, con recursos humanos suficientes y calificados, con tecnologías apropiadas para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio que protejan su salud y su vida y que garanticen el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- 6.** Priorizar el acceso y desarrollo de servicios amigables e integrales en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a la población adolescente, que aborden sus necesidades específicas, incluidos los riesgos particulares frente a la mortalidad materna y las barreras legales que limitan el ejercicio de sus derechos.

7. La no criminalización de las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado, la despenalización del aborto voluntario, la prevención del aborto inseguro, la atención integral y humanizada del aborto y el post-aborto, la promoción de paternidades responsables y el acceso a métodos anticonceptivos modernos de su elección en los servicios de salud.
8. El pleno reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y mecanismos eficaces que garanticen su ejercicio y exigibilidad y definan los distintos niveles y tipos de responsabilidad que compete a todos los actores involucrados en la prestación de los servicios de salud.
9. Que los medios de comunicación se comprometan a difundir e informar sobre medidas de prevención de la mortalidad materna, visibilizar y denunciar las desigualdades e injusticias que afectan a las mujeres y promover la responsabilidad social con la reproducción.
10. La mejora de la calidad de la información sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y estadísticas vitales así como las estadísticas nacionales sobre morbilidad y mortalidad materna que sirvan de insumos para el desarrollo de estrategias eficaces y oportunas para su reducción.
11. El carácter laico de los Estados como garantía para el fortalecimiento de las democracias y el respeto a los derechos humanos.





# Anexos

## Anexo 1: Listado de Participantes

A continuación presentamos los perfiles resumidos de las participantes en la Conferencia.

### Bolivia

**Agreda Rodríguez, Evelin.** De origen Quechua, es activista por los derechos humanos de las mujeres desde hace 25 años, principalmente de mujeres indígenas y de sectores populares. Impulsora y organizadora del Primer Encuentro Feminista Boliviano, ex Viceministra de Género y Asuntos Generacionales de la primera gestión del gobierno de Evo Morales. Actualmente es Coordinadora de UNIFEM en Bolivia.

**Alanes, Zulema** es periodista y activista por los derechos sexuales y reproductivos y los derechos políticos de las mujeres. Es miembro fundador del Foro Político de Mujeres de Bolivia y de la Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos. Conduce varios programas televisivos y es editora del periódico digital sobre migraciones [www.desdelsur.bo](http://www.desdelsur.bo).

**Duchén Cuéllar, María René de los Ángeles** estudió Ingeniería Química y paralelamente Comunicación, con especialización en Comunicación y Microeconomía. Fue candidata a la vicepresidencia de la República por la agrupación ciudadana PODEMOS (Poder Democrático y Social) en las elecciones presidenciales de 2005. Catedrática, conferencista y periodista, actualmente es empresaria y presidenta de la Fundación Nuestra Esperanza, ente sin fines de lucro que se desempeña en Bolivia desarrollando programas y proyectos en beneficio de sectores vulnerables de la sociedad.

**Flores Solomayo, Segundina** trabaja desde hace veinte años en la promoción de la organización de las mujeres y ha ocupado varios cargos importantes: Secretaria Ejecutiva de la Federación Departamental de Mujeres de Chuquisaca; Secretaria de Organización de la Federación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolivia; Secretaria de Hacienda de la Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia - Bartolina Sisa. Actualmente es Asambleísta Nacional por el departamento de Santa Cruz y ha asumido el desafío de promover la aprobación de leyes a favor de los derechos de las mujeres.

**Guasanía Cabao, Mariana** ha desarrollado una intensa labor como activista de los derechos de las mujeres indígenas en Bolivia por más de quince años. Se ha desempeñado como Presidenta de la Central de Mujeres Indígenas de Beni (CMIB), y en la



actualidad es la Secretaria de Género de la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB). Ha trabajado intensamente para promover la participación social y política así como el empoderamiento de las mujeres de las Tierras Bajas, a través de la incidencia política y la organización de reuniones y talleres de capacitación.

**Moreno Cuellar, Amanda** es ginecóloga y docente y se desempeña en el Hospital Materno-Infantil de Trinidad, Beni. Fue Presidenta de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología (SBOG) y es miembro del Comité de Mortalidad Materna Perinatal de la FLASOG en Bolivia. Lideró la interlocución entre organismos internacionales e instituciones nacionales con el fin de actualizar la Norma Nacional de Anticoncepción, y el trabajo para lograr la normatización de la atención calificada del parto y el uso del misoprostol para la disminución del riesgo de muerte materna.

## Brasil

---

**Barbosa Marinho, Lilian** es enfermera de formación, representa a la Red Nacional Feminista de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Comisión Intersectorial de Salud de la Mujer, que asesora al Consejo Nacional de Salud. Trabaja como Vice Coordinadora de la Red Nacional Feminista en Bahía. Ha sido miembro del Consejo Estatal de los Derechos de la Mujeres en Bahía.

**Duarte Takiuti, Albertina** es Doctora en Ginecología de la Universidad de San Pablo. Coordinadora del programa de adolescencia del Estado de San Pablo y responsable del servicio de ginecología adolescente del Hospital de Clínicas. Recibió 12 premios por ser la “Personalidad de la salud de la mujer” en lo municipal, estatal y federal. Fue Presidenta del Comité de Mortalidad Materna y, en 2005, fue una de las 1000 mujeres nominadas para recibir el Premio Nobel de la Paz. Autora de 13 libros, entre ellos “UTOPÍA”, un modelo de atención gratuita para los adolescentes.

## Colombia

---

**Correa, Ruth Stella** es magistrada del Consejo de Estado de Colombia y Presidenta de la Comisión de Género de la misma institución. Abogada por la Universidad Libre, ha sido docente de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de Santo Tomás.

**Restrepo, María Inés** es la Directora Administrativa de CONFAMA, empresa privada que da cobertura con sus acciones a un millón y medio de personas en el Departamento de

mento de Antioquia y que presta anualmente más de 90 millones de servicios de salud, educación, crédito, vivienda, recreación y cultura.

## Ecuador

**Calle, María Augusta** es comunicadora y participó en la Asamblea Constituyente que redactó la Constitución de 2008 y que ratifica los derechos sexuales y reproductivos. Actualmente es Asambleísta de Alianza País, el partido en el Gobierno. Fue consultora del UNFPA en Ecuador.

**Chang, Carolina** ha sido Ministra de Salud de Ecuador durante treintinueve meses - hasta marzo de 2010. Durante su gestión, entre otros logros, se comprometió con un exitoso Plan Acelerado de Reducción de la Muerte Materna y generó políticas para atender de manera especial a las mujeres indígenas (“Guía para el parto culturalmente adecuado”). Además, durante su gestión se hizo realidad la gratuidad de los servicios de salud.

**Mayo, Norma** es ingeniera especialista en administración empresarial. Es actualmente Secretaria de la Mujer de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador-CONAIE. Adicionalmente ocupa el cargo de Secretaria Ejecutiva de Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas. Tiene amplia experiencia con organizaciones indígenas a nivel nacional y regional, apoyando la agenda política de los derechos de las mujeres indígenas, incluyendo la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de la muerte materna.

**Nina, Andrea** ha trabajado en investigación y acción sobre derechos de las mujeres y salud sexual y reproductiva. Cursó las carreras de Comunicación y de Sociología y cuenta con una maestría en Ciencias Políticas, que le permitió vincularse a múltiples organismos pro defensa de mujeres y niños. Ha participado en proyectos a favor de los derechos reproductivos con UNICEF y propuso un plan de maternidad gratuita. Actualmente es Subsecretaria del Ministerio de Cultura y preside el Patronato Municipal de San José. Conoce bien las problemáticas del embarazo adolescente, la muerte materna y la violencia de género.

**Ortiz, Tatiana** es Directora del Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer-CEPAM, en Guayaquil, Ecuador, así como miembro de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y es una de las más activas defensoras de los derechos sexuales y reproductivos desde la sociedad civil. Ha trabajado intensamente en prevención del embarazo adolescente, violencia de género y derecho a la educación sexual y a la anticoncepción de emergencia.

## El Salvador

**Argueta Martínez, Yanira** es una líder feminista, activa participante en la Concertación Feminista Prudencia Ayala, la Confluencia Feminista Mesoamericana “Las Petateras” y asambleísta de la Asociación para la Autodeterminación y el Desarrollo de la Mujer Salvadoreña (AMS). Como Directora Ejecutiva de la AMS, ha diseñado estrategias de participación en mecanismos de política y ciudadanía para las mujeres; ha desarrollado propuestas metodológicas para fortalecer el liderazgo de las mujeres y estrategias locales de organización comunitaria para la implementación de la salud y la prevención de la violencia como un derecho. Es una firme defensora de los derechos de las mujeres.

**Hernández, Higinia** lleva veinticinco años atendiendo partos y posee la licencia de partera capacitada desde 1993. Hace dieciséis años que pertenece a la asociación de parteras “Rosa Andrade”. Profesionalmente, puesto que las nuevas normas del Ministerio de Salud de El Salvador prohíben los partos domiciliarios, su actividad se centra en los controles comunitarios prenatales a embarazadas.

**de Trabanino, Marta** es actualmente Presidenta de la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y ha sido voluntaria de ProFamilia por 37 años. Es integrante de la Junta Directiva de la Federación Internacional para la Planificación de la Familia (IPPF/RHO) desde 1997, puesto en el que lleva dos períodos. Desde sus importantes cargos ha sido una activa defensora y promotora de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar. Ha impulsado el empoderamiento de los y las jóvenes y ha trabajado arduamente para promover los programas de educación en sexualidad en su país.

**Menjívar, Elvia Violeta** se desempeña desde 2009 como Viceministra de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en El Salvador y es integrante de la dirección del partido Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). Estudió Medicina en la Universidad de El Salvador. Durante el conflicto armado trabajó en la atención en salud a combatientes y población civil en las zonas en conflicto de Chalatenango. A partir de 1992 participó en varios proyectos para la reinserción de ex combatientes y dirigió una ONG que trabajaba en atención primaria de salud en comunidades de mayor vulnerabilidad. Fue diputada en la Asamblea Legislativa durante 12 años y en los últimos nueve, integró la Junta Directiva de la Asamblea Legislativa y fue presidenta de la Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública. Fungió como Alcaldesa de San Salvador en el período 2006-2009, siendo la primera mujer en desempeñarse como alcaldesa capitalina desde su fundación en 1525.

**Rusconi Gutiérrez, María Alicia** es actualmente conductora del programa de televisión “De mujer a mujer” que se transmite por señal abierta en canal 33, cuyo contenido especializado se ha convertido en referente sobre la realidad de la mujer salvadoreña. Con formación en pedagogía y ballet clásico, tiene reconocimiento en los medios de comunicación como modelo y locutora de radio. Acumuló más de 10 años de experiencia manejando los temas más importantes sobre género, familia y educación para el hogar, ginecología, cuidados del bebé y consejería.

## Guatemala

**Alamilla, Ileana** es Directora fundadora de CERIGUA (Centro de Reportes Informativos de Guatemala) y ex Presidenta de la Asociación de Periodistas de Guatemala. Abogada y periodista, la Sra. Alamilla es una activista de los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Ha trabajado, entre otros, con UNFPA, OPS y OACNUDH.

**Bethancourt, Miriam** es ginecóloga y obstetra en ejercicio. Participó como asesora ministerial en la reducción de la mortalidad materna y neonatal y ejerce como consultora en salud sexual y reproductiva para el ministerio desde 2009. Ha sido representante del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala desde 2002 hasta la fecha. Actualmente es directora del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud de Guatemala.

**Morales, Hilda** es desde 1997 integrante de la “Red de la No Violencia Contra las Mujeres”, además de ser la Directora General de la Comisión Nacional de Prevención de la Violencia Contra las Mujeres. Abogada, especialista en derechos humanos y docente, fue Viceministra de Trabajo y asesora del gobierno y del organismo judicial, entre otras responsabilidades. Premio Embajadora de Conciencia de Amnistía Internacional en 2004, fue nominada en 2005 para el Premio Nobel de la Paz.

**Palma, Silvia** es la Viceministra del Ministerio de Sanidad Pública y Asistencia Social (entre otros cargos oficiales) cuya misión es impulsar lo referente a salud sexual y reproductiva, incluyendo la disminución de la mortalidad materna y neonatal. Es miembro de la Asociación de Mujeres Médicas. Su principal interés es la salud integral de las mujeres y su participación en la toma de decisiones que las concierne directamente.

**Ponce, Myrna** es Asesora del Congreso de la República y fue Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos. Ha dedicado gran parte de su carrera profesional a diseñar e implementar políticas y programas de gobierno para el mejoramiento de la condición



social y jurídica de las mujeres guatemaltecas y a promover investigaciones, programas de formación y estudios con perspectiva de género y derechos humanos. Participa activamente en el Observatorio Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

## Guyana

**Lawrence, Volda** es Parlamentaria en Guyana por el Congreso Nacional del Pueblo/Reformado (PNCR) y Vicepresidenta del partido, así como miembro del Foro de Parlamentarios del Caribe. Es contable de formación y trabaja de manera muy cercana con el Ministerio de Servicios Humanos y Seguridad Social.

**Mohamed, Paloma** es la Directora de la Unidad de Comunicaciones de la Universidad de Guyana. Escritora, dramaturga y poeta, emergió como una voz importante de la literatura guyanesa a finales de los años 80. Es consultora de las Naciones Unidas en estrategias de comunicaciones en asuntos sociales y de desarrollo humano.

**Nasir, Aleema** es Presidenta de la Comisión Constitucional de los Derechos de los Niños y Niñas de Guyana. Posee un largo historial activista en pro de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil y es miembro del Comité Nacional por la Lactancia Materna. También pertenece al Comité Nacional de Prevención del Suicidio dependiente del Ministerio de Salud. Es Presidenta del área de la Mujer de la mayor organización islámica de Guyana.

**Pearson, Yvonne** es activista indígena y miembro del Consejo Toshao, dependiente del Ministerio de Asuntos Amerindios y ha representado a los pueblos indígenas de Guyana en foros internacionales, regionales y nacionales. Ha trabajado como capacitadora en activismo y derechos humanos. Durante los últimos 16 años ha sido líder comunitaria de su pueblo Mainstay/Whyaka (que quiere decir “primera persona en este lugar”).

**Westford, Jennifer** es médica cirujana especializada en Traumatología y posee formación en medicina tradicional china. Recibió un Master en administración de negocios en Estudios Internacionales por la Universidad de Cambridge, Reino Unido. Ha participado en numerosos talleres sobre salud materno infantil e inmunización dictados por la OPS y la OMS en Trinidad y Tobago y Guyana. También ha trabajado con el Banco Mundial en proyectos sobre reducción de la pobreza y equidad de género. Actualmente, es Ministra de Servicio Público.

## Haití

**Jean, Tim-Valda** trabaja con la radio “Visión 2000” en Puerto Príncipe y representa a los medios y la comunicación de Haití. Es editora de programas educativos en temas sociales y participa activamente en campañas de sensibilización para mujeres y jóvenes en VIH/SIDA y en planificación familiar. Actualmente, trabaja además con el Instituto “Fame Pereo”, que proporciona consejería psicosocial a mujeres VIH positivas, y en prevención de transmisión vertical de VIH. Es miembro de la Coalición Haitiana de Mujeres con SIDA, iniciativa de ONUSIDA en Haití.

**Louis, Nadine** es especialista en población y desarrollo y Presidenta de la Fundación TOYA, organización no gubernamental que busca empoderar a las mujeres en lo referente a su capacidad de acción política y social. La fundación realiza también capacitaciones para mujeres en temas de abogacía y prevención del VIH/SIDA. Colabora de cerca con el Ministerio de Juventud, Deportes y Acción Cívica como responsable de los servicios de promoción y protección social para jóvenes.

**Raymond Charite, Marie Guilaine** es especialista en salud pública y trabaja para el Ministerio de Salud y Población en Haití. Coordina las actividades del área de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la salud materna, la prevención de la violencia y la prevención de la transmisión vertical del VIH, así como el monitoreo de cáncer cervical en mujeres. Coordina todas las actividades tanto del sector público como privado dirigidas a mejorar la salud de mujeres y niñas.

**Suplice Beauzile, Edmonde** es especialista en educación y Senadora de la República de Haití, donde forma parte de la Comisión de Educación y Salud. Fue antes Vicepresidenta del Senado y congresista. Trabajó con UNICEF en Haití donde fue co-responsable del área de educación. En el Ministerio de Educación, logró la introducción de la salud sexual y reproductiva en el currículo de formación de maestros y de los programas de capacitación.

## Honduras

**Paz, Miriam Yolanda** es licenciada en Enfermería y Viceministra de Salud de Riesgos Poblacionales de la Secretaría de Salud de Honduras. Fue Congresista entre 2006 y 2009, y ha trabajado por más de 30 años con la población rural en el Departamento de Olancho. Fue legisladora del Municipio San Esteban en el período 2002-2005.

**Ponce, Sandra** pertenece a la Fiscalía de los Derechos Humanos del Ministerio Público desde el año 1994. Fiscal asignada en unidades especializadas en la defensa de los derechos humanos (DD.HH.) de las mujeres, niñez, medioambiente y proveedores de salud. Es especialista en DD.HH., diplomada en Transparencia y Evaluación de Políticas Públicas por la Escuela de Administración Pública de París, posee un posgrado en Transparencia, Responsabilidades y Lucha contra la Corrupción por la Universidad de Chile. Es experta invitada en grupos de trabajo para la expansión de servicios legales a personas con VIH/SIDA. Ha sido conferencista internacional en temas relacionados con la justicia y los derechos humanos en Berlín, Alemania, Costa Rica, México y Colombia.

**Simons, Perla** es licenciada en Enfermería y Diputada ante el Honorable Congreso Nacional de la República de Honduras.

**Villeda, Ana María** es periodista y trabaja para la Corporación Televicentro.

## México

---

**De la Peña Gómez, Angélica** es vocal titular de la Junta de Gobierno del Instituto Nacional de las Mujeres y consejera del Consejo Consultivo, así como fundadora y actual miembro de la directiva nacional del Observatorio Ciudadano de Políticas para Infancia y Familia. Es también consultora de UNICEF frente al Senado de la República sobre el tema alusivo a la creación del Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes y Derecho al Debido Proceso de Adolescentes que Infringen la Ley Penal.

**Sánchez Néstor, Martha** es una lideresa indígena de Guerrero, México. Actualmente forma parte de la Directiva Estatal de la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, de la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México y del Consejo Ciudadano para la Promoción y la Defensa de los Derechos Políticos de las Mujeres del INMUJERES, entre otros. Realizó estudios en el Instituto de Liderazgo “Simone de Beauvoir”, en el programa “México, Nación Multicultural” de la UNAM, en el Colegio “Henry Dunant” de Ginebra, y participó en el Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas de Nueva York. En 2003, impulsó un estudio sobre muerte materna en zonas indígenas y creó la Casa de la Salud de Ometepec.

**Serna, María Guadalupe** es Profesora-Investigadora Titular del Instituto de Investigaciones “José María Luis Mora”, Centro Público de Investigación del Sistema CONACYT, en México. Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología

Social por el CIESAS, posee una maestría en Estudios Latinoamericanos por la Universidad de Texas. La Dra. Serna es Vicepresidenta del Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales en México, y se dedica fundamentalmente a la investigación y a la docencia. Se ha interesado, entre otros temas, por la globalización, la formación de redes sociales, y la nueva inserción laboral de las mujeres en los sectores medios y altos empresariales.

## Nicaragua

**Espinoza, Gloria** es Directora Ejecutiva del centro de mujeres IXCHEN. Ha participado en la gestión de políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el abordaje de la violencia, desde una perspectiva de género y derechos humanos. Fue parte del Consejo Nacional de Salud y del Consejo Asesor de UNFPA e integrante de la junta directiva de la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de Nicaragua.

## Paraguay

**Acosta, Zunilda** estudió parte de la carrera de Obstetricia y actualmente cursa tercero de Periodismo en la Universidad del Norte. Ha participado en diversas organizaciones y proyectos, incluyendo Mejoramiento de la Salud Reproductiva en Paraguay de PRIME-USAID. Actualmente produce programas de radio y coordina el Proyecto de Telecentros Comunitarios en Asunción.

**Duarte Benítez**, Josefina es dirigente empresarial. Ha integrado la Cámara Paraguaya de Exportadores, y ha sido Vicepresidenta del Partido Revolucionario Febrerista y Presidenta de la Cooperativa de Mujeres Empresarias Ejecutivas Profesionales, así como de la Red de Mujeres Políticas. En la actualidad es Gerente General del Servicio Asistencial SRL.

**Olmedo, Ángela Flora** es dirigente campesina. Es miembro de diversas organizaciones entre las que destacan el Foro por el Derecho a la Educación así como “Carpas de Vida”, que aglutina a mujeres campesinas, indígenas y de sectores populares que trabajan para incidir en el Estado y lograr una mejor atención a la salud materna.



## Perú

**Añaños, Norma** es Viceministra de la Mujer y Desarrollo Social de Perú. Fue Viceministra de Educación entre 1989 y 1990 y ha trabajado en cooperación con UNESCO, UNFPA y COSUDE. Es graduada en Ciencias de la Educación y posee una Maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales. Además ha sido docente, consultora internacional, y coordinadora y evaluadora de proyectos de desarrollo social, entre otros, de educación, género y desarrollo.

**Benavides, Carolina** es la Directora Ejecutiva de Ne Vo Consultores, empresa especializada en responsabilidad social empresarial y pequeños empresarios en Perú. Es psicóloga clínica y magíster en Teoría Psicoanalítica por el London University College. Brindó asistencia técnica a la implementación del Programa de Tratamiento del Trauma en Refugiados de la Universidad de Harvard en Perú.

**Chuquiruna, Rosario** es una joven lideresa con extensa experiencia en temas de salud sexual y reproductiva y derechos de jóvenes además de trabajo en incidencia política. Fundó y formó parte de organizaciones de jóvenes y redes interinstitucionales a nivel local y nacional. Representante de Perú en el V Foro Latinoamericano de VIH/SIDA e ITS y el UNGASS 2008, recibió un reconocimiento del Ministerio de Salud por su trabajo con jóvenes. Actualmente cursa estudios en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y es miembro del Panel Mundial de Asesores Jóvenes del UNFPA Nueva York.

**Fernán-Zegarra, Eugenia** es abogada y magíster en Derecho Civil por la Universidad Católica de Santa María de Arequipa. Es diplomada en Administración Pública y en Derechos Humanos en Salud y Derechos Humanos y Mujeres. Se ha desempeñado como Catedrática en varias universidades y ha sido Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer dirigiendo supervisiones a los establecimientos de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos.

**Rivera, Tarcila** es una activista dedicada a la defensa, reconocimiento y valoración de los pueblos y culturas indígenas del Perú desde hace más de 20 años. Es presidenta de CHIRAPAQ-Centro de Culturas Indígenas del Perú, el cual desarrolla acciones que responden a las necesidades concretas de los niños, niñas y mujeres indígenas.

**Vilchez Yucra, Nidia** es magíster en Administración de Negocios y PhD en Administración en la Universidad Nacional Federico Villarreal, y ejerce como docente universitaria de la Universidad Continental de Ciencias e Ingeniería. Ha sido Ministra de Vivienda, Congresista electa para 2006-2011 y Presidenta de las Comisiones Agraria y de Economía y Finanzas. Es actual Ministra de la Mujer y Desarrollo Social de Perú.

## Regional

**Chávez, Susana** es obstetra graduada con Maestría en Salud Pública. Ejerce como profesora de la Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y desde 2005 es Directora de la ONG PROMSEX en Lima, Perú. Su experiencia se centra en el desarrollo y veeduría de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en base a los derechos humanos y con perspectiva de género.

**González Vélez, Ana Cristina** es oficial de asuntos sociales en la División de Asuntos de Género de la CEPAL. La Sra. González es médica y tiene una maestría en investigación social en salud. Es experta en salud y derechos sexuales y reproductivos, reformas del sector salud e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas, trabajado como consultora y realizado investigaciones para varias instituciones nacionales e internacionales como la OMS, OPS y UNFPA, entre otras.

**Lagunes Huerta, Lucía** es Directora de la agencia multimedia CIMAC. La Sra. Lagunes es socióloga de profesión y periodista desde hace 19 años, especializada en periodismo no sexista, tallerista y conferencista sobre la imagen de la mujer en los medios de comunicación. Recibió el Premio Nacional de Periodismo “Rosario Castellanos” en 1997, y es integrante del Consejo Directivo del Comité por una Maternidad sin Riesgo; del Comité Directivo Latinoamericano contra la Trata de Mujeres y Niñas; y del Consejo de Programación de la Radio Ciudadana.

**López Gómez, Alejandra** es profesora adjunta de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología, Universidad de la República en Uruguay. Ha integrado las delegaciones de Uruguay en las sesiones de evaluación de las conferencias de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo y sobre la Mujer. Fundadora y directora ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), es investigadora del SIN y miembro del consejo del Foro Mundial de la Investigación para la Salud desde 2004.

**Romero, María Eugenia** es consejera directiva de la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMLAC). Activista feminista, impulsa varias redes mexicanas. Es también Directora de Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia y Presidenta del Consejo Consultivo Ciudadano para la Política de Población de México.

**Uribe Zúñiga, Patricia Estela** es la Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Previamente ocupó diversos puestos en el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y fue Directora General del CONASIDA

(ahora CENSIDA). Médica cirujana de la Universidad Nacional Autónoma de México y especialista en Pediatría Médica e Infectología Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría, ha cursado diversos talleres y diplomados en Alta Dirección y Gerencia. Ha sido Profesora de Ecología Humana en la Facultad de Medicina/UNAM y la Universidad La Salle. También es autora de numerosos libros y artículos.

## Participantes de ONU-GTR

**Acuña, María Cecilia** es actualmente Gerente del Programa de Protección Social en Salud de la OPS/OMS. Es médica-cirujana por la Universidad de Chile, y posee varios posgrados y diplomas en Ciencias de la Salud Pública. A lo largo de su larga carrera ha trabajado con organismos internacionales, agencias de desarrollo y ministerios de salud de distintos estados de la región de América Latina y el Caribe. Su actividad profesional se ha enmarcado en la investigación y diagnóstico comparativo sobre servicios de salud de los distintos países de la región, en relación con los derechos sociales y el derecho a la salud. Además ha publicado múltiples estudios sobre estos temas que incluyen investigaciones en esquemas de protección social en salud, buenas prácticas y lecciones aprendidas para la población materno-infantil en América Latina.

**Barnechea, María Mercedes** es Licenciada en Antropología con Maestría en Sociología y Diploma en Estudios de Género. Posee amplia experiencia y conocimientos en los temas de género y violencia. Fue Coordinadora del Fondo de Igualdad de Género (FIG) en la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional (ACDI). Forma parte de UNFPA desde el 2004, donde inició sus funciones en el cargo de Oficial Nacional de Programa y en la actualidad se desempeña como Representante Auxiliar.

**Borrero, Mercedes** es Antropóloga, con posgrado en Política Social. Estuvo vinculada por más de 20 años al UNFPA- asumiendo diversas posiciones tanto en su país, Colombia, como en la Sede de UNFPA en Nueva York. Hasta el año 2008 ocupó el cargo de Representante del UNFPA en el Ecuador. Actualmente es consultora del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

**Caballero Carrizosa, Esteban** estudió Ciencia Política y Filosofía en la Universidad de Kent, Canterbury, Reino Unido (1977) y tiene una maestría en Ciencias Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México (1980). Ha trabajado como profesor e investigador en Puebla, México y en su país, Paraguay donde actuó como organizador y analista político, dirigiendo el Centro de Estudios Democráticos. Fue electo Convencional Constituyente en 1992 y colaboró en la redacción de la Constitución

del Paraguay de 1992. Tiene escritos varios artículos y capítulos de libros en temas relacionados con partidos políticos, elecciones, descentralización y políticas sociales. Desde 1995 es funcionario del Sistema de Naciones Unidas, ocupando puestos en UNICEF y UNFPA. Actualmente se desempeña como Representante Residente del UNFPA en Perú, y Director de País para Chile y Uruguay.

**De Mucio, Bremen** es Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva de la OPS/OMS en el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR y representante de esta organización ante el GTR. Es médico especialista en Ginecología, Obstetricia y Perinatología y magister en Salud Familiar y Comunitaria. Antes de su ingreso a OPS, se dedicó a la práctica clínica de la especialidad, fue docente de las cátedras de Gineco-Obstetricia y Medicina Social y Preventiva de la Universidad de la República y también Director de los Programas Materno-Infantil, de la Mujer y del Niño y de Salud Reproductiva en el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, respectivamente. Es autor de más de 100 artículos científicos y publicaciones en el área de salud reproductiva y perinatal y ha hecho consultorías en temas vinculados a la salud reproductiva en la mayoría de los países de la región.

**Fescina, Ricardo H.** Fescina, Ricardo H. es Director del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR, centro técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Región de las Américas en el tema de la Salud de la Mujer, Reproductiva y Perinatal. Es médico especialista en Ginecología, Obstetricia y Perinatología, Master en Salud Pública y PhD en Medicina. Fue Asesor Internacional en Salud Reproductiva y Familia de la OPS/OMS con sede en Brasilia, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva en Washington DC y Jefe de la Unidad de Salud Materna y de la Mujer en Washington DC. Es autor de más de 250 artículos científicos en el área de Salud Reproductiva y Perinatal y desde 1978 trabaja en forma ininterrumpida y fulltime para la Organización Panamericana de la Salud realizando múltiples consultorías en Latinoamérica y el Caribe.

**Gross-Galiano, Socorro** es Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Tiene a su cargo la supervisión de múltiples programas centrales de la OPS para prestar cooperación técnica a los Estados Miembros. Previamente trabajó como asesora de corto plazo para el Departamento de Enfermedades Crónicas de la OPS, coordinó el grupo técnico básico del INCAP, se desempeñó como asesora en promoción de la salud y finalmente como representante de OPS en República Dominicana y Nicaragua. La Dra. Gross es médica y realizó una maestría en epidemiología. Trabajó como médica clínica y desarrolló una larga carrera en investigación en la Caja Costarricense de Seguro Social, llegando a ser jefa de la sección de investigación sobre los servicios sanitarios y jefa de la Sección de Salud de los Adultos en el Departamento de Medicina



Preventiva de la Caja. También se desempeñó como profesora adjunta en el Departamento de Medicina Preventiva y Tecnología Médica y profesora de Epidemiología de la Universidad de Costa Rica.

**Islam, Quazi Monirul** es Director del Departamento de la OMS para Reducir los Riesgos del Embarazo y especialista en Salud Pública de larga trayectoria profesional. Comenzó su carrera en Hospitales de Distrito de Botswana, y luego trabajó como consultor del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos en asuntos relativos a programas de salud y población. Más tarde se unió al Programa Global de la Lucha contra el SIDA de la OMS, donde estuvo a cargo de la división de Enfermedades de Transmisión Sexual antes de pasar al Programa de Salud Reproductiva como Jefe de la Unidad de Planificación de Familia y Población. En 2002, pasó a ser Director del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria en la Oficina Regional del Sud-Este Asiático de la OMS, donde tuvo bajo su responsabilidad, entre otros, los temas de salud reproductiva e investigación, reducción de los riesgos del embarazo, salud infantil y adolescente, nutrición, enfermería y asistencia al parto.

**Murdock, Martha** es la Directora del programa para América Latina y el Caribe (LAC) de Family Care International (FCI). Miembro fundador del Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la Mortalidad Materna (GTR), ha trabajado intensamente durante los últimos 15 años junto con el equipo de FCI fortaleciendo las alianzas entre la sociedad civil y los gobiernos para promover la salud materna y los derechos en la región, con énfasis en los grupos más vulnerados, incluyendo las mujeres indígenas y las y los jóvenes. Ha trabajado con otras organizaciones internacionales como Engender-Health e IPPF para promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres tanto en Latinoamérica como en el África Subsahariana.

**Mejía, Mary Luz** ha sido asesora en Salud Sexual y Reproductiva en el UNFPA durante los últimos 15 años. Licenciada en Enfermería y magíster en Salud Pública y en Salud Pública Perinatal, es especialista en gestión y evaluación de políticas, calidad de la atención y proyectos de desarrollo, y ha trabajado como tal en el sector público. También ha sido docente a nivel de pregrado y universitario y ha asesorado a la OPS y a la Asociación para la Contracepción Quirúrgica Voluntaria – AVSC.

**Ruiz Salguero, Magda** es asesora regional en demografía e información sobre población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE-División de Población de la CEPAL. La Sra. Ruiz es estadística y doctora en Demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Su especialidad es el análisis de mortalidad y salud,

particularmente salud sexual y reproductiva. Tiene también una trayectoria en el diseño, levantamiento, procesamiento, análisis, evaluación y ajuste de censos, encuestas y estadísticas vitales.

**Suazo, Marcela** es desde 2007 Directora de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNFPA (LACRO). Previamente, y entre otros destacados puestos oficiales, la Sra. Suazo fue Secretaria de Estado del Instituto Nacional de la Mujer (INAM) de Honduras, desde el cual logró avanzar e implementar algunos de los principales compromisos internacionales de Honduras en materia de derechos de las mujeres, fortalecimiento de la institucionalidad de género y transversalización del enfoque de género en el Estado. Se ha desempeñado también como Presidenta de la Secretaría Pro Tempore del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) y Vicepresidenta de la Red Mundial de Ministras de la Mujer. La Sra. Suazo es licenciada y magíster en Ciencias de la Educación.

**Subiría, Gracia** es médica ginecóloga y tiene una maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales. Tras ejercer la medicina en los sectores público y privado, actualmente se desempeña como Representante Auxiliar del UNFPA en Perú. Ha trabajado en organismos nacionales -Ministerio de Salud de Perú- e internacionales -UNFPA, USAID- como evaluadora, coordinadora y consultora en temas de planificación familiar y salud y derechos reproductivos, con el fin de mejorar el acceso de la población en situación de pobreza a servicios de planificación familiar.

## Anexo 2: Programa

JUEVES 27 DE MAYO	
9.00 – 9.45	Sesión Inaugural <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Socorro Gross</i>, Subdirectora, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS</li> <li>• <i>Marcela Suazo</i>, Directora Oficina Regional para América Latina y El Caribe UNFPA/LACRO. Secretariado Técnico del GTR</li> <li>• <i>Norma Añaños Castilla</i>, Viceministra de la Mujer. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES, Perú</li> <li>• <i>Óscar Ugarte</i>, Ministro de Salud, Perú</li> </ul>
9.45 – 10:45	Panel: Tendencias Globales de la Mortalidad Materna <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Monir Islam</i>, Director, Department of Making Pregnancy Safer, OMS/Ginebra</li> <li>• <i>Ricardo Fescina</i>, Director Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), OPS/OMS.</li> <li>• <i>Martha Murdock</i>, Directora de Programas para América Latina y el Caribe, Family Care International (FCI)</li> <li>• <i>Mary Luz Mejía</i>. Asesora en SSR, UNFPA/LACRO</li> </ul>
10.45- 11.15	Receso
<b>EJE 1: ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD</b>	
11:15 – 11:30	Del miedo a la tranquilidad: la importancia del acceso digno a servicios de salud en la vida de las mujeres. Cecilia Acuña, Gerente del Programa de Protección Social en Salud de la OPS/OMS <sup>4</sup>
9.45 – 10:45	Panel <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tarcila Rivera</i>, Directora CHIRAPAQ y Coordinadora enlace continental de Mujeres Indígenas – Eje Sudamérica</li> <li>• <i>Silvia Palma</i>, Viceministra de Salud de Guatemala, miembro de la Asociación de Mujeres Médicas de Guatemala.</li> <li>• <i>Victoria Menjivar</i>, Viceministra de Salud de El Salvador</li> <li>• <i>Evelyn Agreda</i>, Coordinadora UNIFEM, Bolivia</li> <li>• <i>Rosario Chuquiruna</i>, Líder Juvenil, Perú</li> </ul> Moderadora: Patricia Uribe Zúñiga, Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaria de Salud de México Intervención de la Delegación de Haití: Marie Guilaine Raymond Charite, Representante del Ministerio de Salud Pública
12:30 – 13:30	Debate en Grupo
13:30 – 15:00	ALMUERZO

<sup>4</sup> Por problema con el transporte aéreo, la expositora no logró estar presente durante el primer día de la Conferencia.

<b>EJE 2: DETERMINANTES SOCIALES E IGUALDAD DE GÉNERO</b>	
15.00 – 15:15	La mortalidad materna, asunto de interés crítico para los derechos humanos. Ana Cristina González, Oficial de Asuntos Sociales, División de Asuntos de Género, CEPAL
15:15 - 16: 15	Panel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ileana Alamilla, Periodista, Guatemala.</li> <li>• María Augusta Calle, Asambleísta de Ecuador</li> <li>• Martha Sánchez, Coordinadora de la Alianza de Mujeres Indígenas de Centroamérica y México</li> <li>• Mirian Yolanda Paz, Vice Ministra de Salud, Honduras</li> </ul> <p>Moderadora: Alejandra López, Directora Ejecutiva MYSU, Mujer y Salud, Uruguay</p>
12:30 – 13:30	Debate en Grupo
13:30 – 15:00	ALMUERZO
<b>VIERNES 28 DE MAYO</b>	
<b>EJE 3: MOVILIZACION DE RECURSOS PARA LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL ODM 5 Y 5B</b>	
9:00 – 9:30	Aseguremos la inversión financiera para el cumplimiento del ODM5 que está en serio riesgo. Marcela Suazo, Directora para América Latina y el Caribe, UNFPA/LACRO
9:30 – 10:30	Panel <ul style="list-style-type: none"> <li>• María Inés Restrepo, Directora Ejecutiva, Caja de Compensación Familiar de Antioquia (CONFAMA) de Medellín, Colombia</li> <li>• Carolina Chang, Ex Ministra de Salud, Ecuador</li> <li>• Segundina Flores, Asambleísta, Bolivia</li> <li>• Carolina Benavides, Nexos Voluntarios, Perú</li> <li>• Jennifer Westford, Parlamentaria, Guyana</li> </ul> <p>Moderadora: Guadalupe Serna, Profesora-Investigadora, Titular del Instituto de Investigaciones “José María Luis Mora”, México</p>
10:30 - 11:00	Receso
11:00 - 12:30	Debate en Grupo
12:30 - 14:00	ALMUERZO
14: 00 - 15:30	Declaración de Mujeres Líderes de América Latina y El Caribe, para alcanzar el ODM 5 Definición de mecanismos de apropiación y divulgación <b>Grupo Facilitador</b>
15:30 - 16:00	Receso
16:00 - 16:30	CLAUSURA: Representantes de las entidades miembro del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Mortalidad Materna







Grupo de Trabajo Regional para la  
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

