



NACIONES UNIDAS



SEDE SUBREGIONAL EN MÉXICO

Distr.  
LIMITADA

LC/MEX/L.931 (SEM.189/2)  
12 de octubre de 2009

ORIGINAL: ESPAÑOL

---

**INFORME DE LA REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE LOS  
DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA EN  
MÉXICO Y AMÉRICA CENTRAL: HACIA UN  
ENFOQUE MULTISECTORIAL**

*México, D. F., 12 y 13 de agosto de 2009*

Este documento no ha sido sometido a revisión editorial.

09-10-33

## Índice

	<u>Página</u>
ANTECEDENTES .....	1
A. ASISTENCIA Y ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES .....	3
1. Lugar y fecha.....	3
2. Asistencia .....	3
3. Organización de las actividades .....	3
4. Sesión inaugural .....	4
5. Sesión de clausura .....	7
B. EXPOSICIONES, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	8
Los determinantes de mortalidad materna: Un marco de derechos.....	8
1. Perspectivas y experiencias de los organismos internacionales de los determinantes de mortalidad materna en la región .....	8
2. Perspectivas internacionales .....	9
3. La mortalidad materna en México .....	10
4. Mesa redonda de discusión .....	12
5. Trabajo en grupo para definir determinantes según características compartidas por países .....	13
Buenas prácticas y políticas multisectoriales .....	13
6. Introducción al día.....	13
7. Ejemplos de buenas prácticas de los gobiernos de la región .....	15
8. Ejemplos de buenas prácticas de la sociedad civil de la región.....	17
9. Sesión de discusión .....	17
10. Trabajo en grupo para definir recomendaciones para la formulación y contenido de políticas multisectoriales .....	18
11. Recomendaciones para líneas estratégicas compartidas y trabajo en común: los pasos siguientes .....	19
<u>Anexos:</u>	
I Lista de participantes.....	23
II Relatoría de la mesa de la sociedad civil.....	25
III Relatoría de la mesa de gobierno .....	30

## ANTECEDENTES

1. La mortalidad materna se define como cualquier muerte de una mujer por razones relacionadas con el embarazo o el parto que se observa durante los 42 días de dar a luz o de haber estado embarazada. La Razón de Mortalidad Materna global (RMM) alcanza la cifra de 400 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, pero puede llegar a rebasar las 1.800 muertes en Nigeria y Afganistán (OMS, 2007). En comparación, el promedio para Latinoamérica y el Caribe (LAC) puede parecer relativamente bajo al ser de 190 (ibídem). México cuenta con una RMM de 60 (OPS, 2007). Costa Rica y Cuba por su parte cuentan con razones de 30,5 y 39 respectivamente, siendo unas de las más de las más bajas de toda la región de América Latina, superadas sólo por Chile y Uruguay (OPS, 2005). Haití cuenta con la RMM más alta de toda América Latina (523 por 100.000 nacidos vivos). El Salvador y Guatemala presentan las razones más altas de Centroamérica (173 y 153 por 1.000 nacidos vivos), a las cuales les sigue Honduras y Nicaragua (con 108 y 82, respectivamente).

2. Más aún, la RMM de mortalidad materna para las regiones desarrolladas del mundo es sólo de 11 y la mortalidad materna es casi totalmente prevenible por medio de intervenciones médicas simples y conocidas. Por lo anterior, la mortalidad materna constituye un indicador claro de las desigualdades entre regiones, así como del contexto más amplio tanto social como de desarrollo económico, y del bajo estatus de las mujeres. Mientras que la atención mundial en torno al tema de mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe (LAC) ha sido negligente debido a su relativamente baja tasa de mortalidad materna a niveles nacionales, LAC constituye una de las regiones con más desigualdades en el mundo. Las desigualdades estructurales (incluyendo aquellas relacionadas con la pobreza, el género y la etnicidad) se traducen en diferencias extremas en las capacidades y oportunidades entre diferentes grupos sociales dentro de estos países, y también se reflejan a nivel nacional en diferentes grados de vulnerabilidad a la mortalidad materna que no necesariamente son plasmados en las cifras de los países.

3. Esta vulnerabilidad es reconocida cada vez más dentro de la región. No obstante, el Objetivo N° 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (NU), establecidos en el 2000, reside en la “mejora de la salud materna” mediante la reducción de la Razón de Mortalidad Materna en un 75% para el 2015, en relación con las cifras registradas en el año 1990. La región LAC en su conjunto redujo su RMM promedio en sólo un 26,3% entre 1990 y 2005 (OPS, 2007) con focos rojos de mortalidad materna persistentemente altos que han experimentado disminuciones leves, situando a la región Latinoamericana en una lucha cuesta arriba por alcanzar la meta del decrecimiento del 75% planteada para el año 2015.

4. Las causas biomédicas son diversas y varían de acuerdo con el nivel de desarrollo de un país; incluyen hemorragia; infección; aborto inseguro; problemas relacionados con hipertensión y parto obstruido. Sin embargo, las causas sociales llegan a niveles mucho más profundos. La mortalidad materna representa un problema grave de salud pública que pone de manifiesto desigualdades profundas tanto de género como de etnia, el cual se vincula directamente al disfrute de derechos de las mujeres. Por lo tanto, resulta claro que el fenómeno tiene una relación importante con el desarrollo social del país y el desarrollo humano a nivel individual.

5. Además de las causas directas mencionadas arriba, existen problemas socioculturales e institucionales a diferentes niveles en los sistemas de salud y a nivel comunitario. También, en muchos casos muestra la inadecuación de servicios públicos y/o fallas en el desarrollo de perspectivas comunales y sus mecanismos de coordinación entre diferentes sectores. De acuerdo con la CEPAL (2008) a principios de la presente década, en El Salvador y en Honduras no se contaba con centros de cuidado

obstétrico dotados de los servicios básicos recomendados por las Naciones Unidas y en los niveles de atención calificada al parto (la cual se identifica por la OMS como el indicador más importante para evitar la mortalidad materna sobre todo relacionado con muertes durante el parto<sup>1</sup>). Además, en comunidades indígenas existe un gran reto en cuanto a la integración de los sistemas de salud tradicionales (como el uso de parteras tradicionales).

6. La combinación de estos determinantes sociales, culturales y médicos señala la necesidad de enfoques multidisciplinarios, para los cuales subsisten diversos retos en Latinoamérica. Por ejemplo, varias intervenciones comunes adoptan una posición “práctica” en relación con los obstáculos de corto plazo relacionados al género y la etnicidad, en lugar de una estrategia más inclusiva y sustentable. Con mayor razón, aún aquellos que reconocen las desigualdades estructurales a menudo buscan trabajar alrededor de dichos obstáculos más que intentar ocuparse de éstos. Sin embargo, con el fin de reducir a largo plazo las razones de mortalidad materna persistentes en el contexto de extrema desigualdad en América Latina, se requieren estrategias multisectoriales. Las políticas de salud pública que apuntan hacia la reducción de los decesos maternos deben ser diseñadas en conjunto con otras políticas que busquen reducir y eliminar las desigualdades, así como los obstáculos institucionales y estructurales diversos.

7. Los objetivos de la reunión fueron el promover el diálogo entre las diferentes agencias de la ONU, los distintos sectores gubernamentales y la sociedad civil acerca de los determinantes múltiples (sociales, culturales y médicos) de la mortalidad materna en la región; identificar factores en común y diferenciados por contexto entre los diferentes países de la región; formular recomendaciones para líneas estratégicas compartidas y para el trabajo en común por las agencias de la región para la asistencia técnica relacionada con la formulación e implementación de políticas multisectoriales con enfoque de derechos; establecer algunos puntos de encuentro para la futura cooperación Sur-Sur entre los países en el tema de políticas multisectoriales para la salud materna con enfoque de derechos en la región; intercambiar, considerar y retroalimentar los resultados y recomendaciones del estudio regional de CEPAL, en conjunto con las experiencias y recomendaciones de las demás agencias, otros actores de los sectores gubernamentales y de la sociedad civil relacionadas con la salud materna en la región.

---

<sup>1</sup> World Health Organization (2006), *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*, World Health Organization, Ginebra.

## A. ASISTENCIA Y ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

### 1. Lugar y fecha

8. La reunión de expertos sobre Mortalidad Materna se llevó a cabo en el hotel Camino Real Polanco, Salón *Rouge*, Mariano Escobedo No. 700, Colonia Anzures, México, D. F., los días 12 y 13 de agosto de 2009.

### 2. Asistencia<sup>2</sup>

9. Participaron especialistas de los distintos países de la región, expertos internacionales, representantes de autoridades gubernamentales y de la sociedad civil, así como representantes nacionales y regionales de las agencias de la ONU.

### 3. Organización de las actividades

10. Se adoptó la siguiente agenda de trabajo:

Los determinantes de mortalidad materna: Un marco de derechos

1. Perspectivas y experiencias de los organismos internacionales de los determinantes de mortalidad materna en la región
2. Perspectivas internacionales
3. La mortalidad materna en México
4. Mesa redonda de discusión: Perspectivas de los países de los determinantes de mortalidad materna en la región
5. Trabajo en grupo para definir determinantes según características compartidas por países

Buenas prácticas y políticas multisectoriales

6. Introducción al día. Resumen del día anterior y presentación a la dinámica del día
7. Ejemplos de buenas prácticas de los gobiernos de la región
8. Ejemplos de buenas prácticas de la sociedad civil de la región
9. Sesión de discusión
10. Trabajo en grupo para definir recomendaciones para la formulación y contenido de políticas multisectoriales
11. Recomendaciones para líneas estratégicas compartidas y trabajo en común: Los pasos siguientes
12. Clausura

---

<sup>2</sup> Véase la lista de participantes en el anexo I.

#### 4. Sesión inaugural

11. El protocolo de la Sesión de inauguración oficial fue el siguiente:

- Teresa Rodríguez, Directora Regional, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Agradece a Anna Coates y agradece en nombre de la Jefa Regional, Gladis Acosta. Expresa la importancia para UNIFEM del combate de la Mortalidad Materna, ubicándola como una responsabilidad de Estado. Señala que los países deben garantizar los derechos de las mujeres, así como los del niño y que la mortalidad materna es parte de la violencia hacia las mujeres, insistiendo sobre el diseño de políticas públicas adecuadas en torno a la multiculturalidad y la distribución de recursos, los cuales determinan de forma importante la mortalidad materna. Siendo el Día de la Juventud, insiste la importancia de considerar la violencia hacia las adolescentes embarazadas y llama la atención a la necesidad de contar con una atención digna del parto. Señala que este tipo de debates es muy importante en vista de cumplir con el combate hacia la reducción de la mortalidad materna y con el Objetivo del Milenio en este asunto particular.

- Arie Hoekman, Representante, Fondo de Población de las Naciones Unidas, México. Agradece en nombre de Marcela Suazo, Directora Regional del Fondo de Población para América Latina y el Caribe. Expresa su preocupación porque cada minuto una mujer muere dando a luz en el mundo lo que significa más de medio millón anualmente y otras muchas que sobreviven al parto con secuelas que afectan permanentemente su estado de salud y calidad de vida. Para detener esta tragedia los gobiernos nacionales y sus aliados deben invertir en la salud reproductiva de manera prioritaria y para cumplir efectivamente con el compromiso de asegurar la salud de todas las mujeres deben garantizar servicios de planificación familiar, atención calificada del parto y emergencia obstétrica además de la atención a los factores socioculturales que contribuyen a la mortalidad y morbilidad materna. En América Latina y el Caribe, aunque la reducción de la mortalidad materna es una prioridad regional, la implementación de acciones en los niveles nacionales representa todavía un reto enorme al mismo tiempo que se observa progresos en ciertas áreas, el déficit de financiamiento y la falta de políticas articuladas impide atender adecuada y oportunamente las diversas necesidades. Por ejemplo, si bien muchos países han instituido políticas públicas amigables a la maternidad y que han sido puestos en operación, no necesariamente están enfocadas a la maternidad segura ni comprenden estrategias de intervención efectiva. Para ello diversas áreas estratégicas necesitan ser fortalecidas pero en esta ocasión deseo hacer énfasis en una que considero sumamente importante y creo que también oportuna, la reforma del sector salud. Dentro de la subregión, bajo diferentes modalidades, todos los países están atravesando por procesos de reforma del sector salud o por lo menos de varios de sus subsistemas. Sin duda hay una necesidad imperiosa de integrar algunos componentes claves de la salud reproductiva tanto en los procesos de reforma como en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza, deben identificarse las principales limitaciones o barreras para el ejercicio de los derechos reproductivos, deben analizarse las políticas públicas en la materia y deben aprovecharse las lecciones aprendidas y prácticas exitosas de algunos países; es decir los tomadores de decisiones y los responsables de la planeación deben asegurar que la salud reproductiva y específicamente los temas relacionados a la salud materna sean adecuadamente incorporados en el diseño de las futuras políticas, reformas y planes nacionales de salud. También resulta fundamental incrementar el conocimiento sobre la operación de los sistemas de la salud, incluyendo leyes y reglamentos, indicadores socioeconómicos y sociodemográficos, parámetros de graduación de la funcionalidad de los propios sistemas con el propósito central de desarrollar e instrumentar mejores programas de salud reproductiva que atienden eficientemente los diferentes determinantes que condicionan la morbilidad y mortalidad materna. En el contexto de las reformas a los sistemas de salud hay una clara necesidad de que los esfuerzos se enfoquen a la atención de las necesidades de las poblaciones en situación de marginación y pobreza, es evidente que son las mujeres pobres las que sufren con mayor intensidad la afectación en su

estado de salud debido a su incapacidad para solventar los gastos que requieren los cuidados obstétricos de emergencia. Y finalmente en este contexto de las reformas del sector salud, la calidad de los servicios de salud materna con un enfoque intercultural y desde una perspectiva de género debe ser garantizada para todas las mujeres, para alcanzar este objetivo hay una importante necesidad de apoyar a los países en la definición de sus propios estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva que consideren los diferentes determinantes sociales y que contribuyan al pleno ejercicio de los derechos de todas las mujeres. La meta de reducir la razón de la mortalidad materna en un 75% es factible pero probablemente no se alcanzará para el año 2015, especialmente para los países más pobres de la región donde la magnitud del problema todavía es muy grande. Por ello la colaboración interagencial, no solamente entre las agencias del sistema de las Naciones Unidas, sino de otros organismos internacionales debe ser considerada prioritaria en la reducción de la mortalidad materna. Esta colaboración que se manifiesta en la reunión contribuirá a la construcción del fortalecimiento del compromiso internacional y nacional a favor de la maternidad segura.

- Susana Sottoli, Representante Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, México. Agradece en nombre de UNICEF por la invitación. Considera que el Sistema de Naciones Unidas ha reconocido un tema muy importante en salud y felicita a los organizadores de la reunión. Agradece a los participantes de UNICEF, particularmente al señor Enrique Paz. Reconoce como un tema clave la reducción de la mortalidad materna, no solo en México pero en el mundo. Lo considera como un foco rojo y un hecho grave a nivel de los derechos humanos. Reconoce como injustificable que una mujer pueda morir por dar a luz y comparte que el “Informe del Estado Mundial de la Infancia” de este año aborda el tema de la salud materno-infantil, tema vinculado desde un enfoque de derechos, prioritario para garantizar el derecho a la vida de las madres y los niños y niñas. Expresa su preocupación de que los niños de madres que mueren dando a luz tienen muchas más posibilidades de morir en los meses subsiguientes a su nacimiento de modo que desencadena una situación desoladora para muchas personas. Explica que el tema es un reflejo de desigualdades, que son desgraciadamente “la marca de fábrica” de la región, que perpetúa desigualdades de género que se conecta con otras en la base de muchas otras problemáticas. Resalta el hecho de que la muerte materna de mujeres jóvenes es muy importante para UNICEF ya que en México un 13% de las defunciones maternas corresponden a mujeres menores de 20 años y que las mujeres indígenas tienen tres veces más posibilidades de morir dando a luz que el resto de las mujeres del país. Lo que hace necesario la desagregación de datos desde el factor edad, indicando la necesidad de una respuesta específica para las adolescentes embarazadas. Reconoce que salvar la vida de las madres y los recién nacidos necesita más que una intervención únicamente médica. Agradece la reunión ya que reconoce la necesidad de esfuerzos multisectoriales para diseñar acciones eficaces. Reconoce igualmente el ámbito escolar, reforzar soluciones tempranas para que se logre que todas las mujeres tengan información relacionada a la salud sexual y reproductiva oportunamente.

- Jorge Máttar, Oficial a Cargo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Sede Subregional en México. Reconoce el ejercicio anual con doce agencias del sistema para dar seguimiento a los avances y desafíos en la ruta al cumplimiento de los Objetivos del Milenio y resalta la relevancia del tema de la región. La mortalidad materna claramente ilustra la necesidad de un enfoque integral y la significancia de desigualdades a la salud y al desarrollo. La salud materna es casi completamente evitable con intervenciones médicas simples y bien conocidas, y por lo tanto en sí es un indicador de desigualdades, del contexto más amplio del desarrollo económico y social y del estatus bajo de mujeres. Las desigualdades estructurales de América Latina que marcan diferencias extremas en capacidades y oportunidades entre diferentes grupos sociales dentro de los países también implican diferencias en la vulnerabilidad a la muerte materna. Tales desigualdades corren el riesgo de incluso empeorar en estos tiempos. La configuración de sistemas de salud en la región tiene la tendencia a depender de sistemas contributivos de la protección social, relacionada con la participación en el mercado de trabajo formal.

Este hecho deja a las poblaciones en un estado sumamente vulnerable ahora. En años de estabilidad económica, esta configuración de acceso a salud es problemática, sobre todo en las áreas de Latina América donde la actividad en el sector informal es alta. Por lo tanto, en este sentido, la crisis destaca y esta empeorando los problemas ya existentes. La región de América Latina en su totalidad redujo la razón de mortalidad materna solamente en alrededor de 28% entre 1990 y 2005. Los grandes retos que enfrentan los países para lograr la reducción de 75% especificado por el ODM 5 para 2015 requiere una visión integrada de desarrollo y de salud a largo plazo. Esta visión necesita confrontar las desigualdades sociales y económicas y tratar la funcionalidad y eficiencia del sistema de salud en su totalidad. Además de los problemas relacionados con desigualdades que se relacionan con la naturaleza regresiva del gasto social y las diferencias profundas en términos de cobertura y las habilidades operacionales entre los diferentes sectores, otros retos se relacionan con desigualdades sociales más amplias, entre diferentes niveles de ingreso y en relación con género e identidad de etnia en las cuales el actual estudio de CEPAL se enfoca. Se hace claro que hay una necesidad, ahora más que nunca, de desarrollar una perspectiva integral de salud, que la ubica dentro de un marco de desarrollo más amplio y que también incluye un enfoque en derechos y ciudadanía y que presta atención a los retos de implementación y regulación, en donde muchas desigualdades realmente se ven. La mortalidad materna es una muestra clara de estos retos. Para evitar una muerte materna el parto institucional o con asistencia capacitada es la estrategia más importante en conjunto con un efectivo funcionamiento de los sistemas de referencia a diferentes niveles del sistema de salud en casos de urgencia. Sin embargo, en la región, existe una variación significativa en relación con la cobertura de servicios de salud materna. Aunque el promedio de asistencia calificada al parto es alrededor de 85% en toda América Latina, en muchos contextos rurales (en su mayoría indígenas), los niveles de parto asistido por personal capacitada son bajos. Sin embargo, muchas veces los retos institucionales con raíces estructurales, que se relacionan con los sistemas de referencia y la naturaleza de segmentación de sistemas de salud son los más difíciles de confrontar. Igualmente, la reducción de la mortalidad maternal implica atención a diferentes sectores de desarrollo social, incluyendo tanto infraestructura de carreteras como el contexto más amplio de desarrollo en términos de desigualdades sociales. La desigualdad de género y el estatus bajo de mujeres (incluyendo su sobrerrepresentación entre los más pobres y los grupos que están menos cubiertos por la protección social) se puede asociar con varios causas indirectas de mortalidad materna, incluyendo la violencia intrafamiliar, el suicidio y el aborto inseguro y con barreras al acceso a servicios de salud, por la falta de la toma de decisiones autónomas, restricciones sociales en movilidad fuera del hogar, bajos niveles de educación, y falta de acceso a recursos financieros del hogar para pagar los costos de acceso a los servicios de salud, incluyendo cuotas medicas, medicamentos y transportación. Las desigualdades étnicas también juegan un papel. En América Latina, los grupos indígenas son muchas veces económica, social, política, y culturalmente marginados. Son generalmente los más pobres en términos de ingresos de hogares, y también los que tienen menos acceso a los servicios públicos, incluyendo los de salud. Además los servicios que sí existen muchas veces son culturalmente inapropiados, lo cual afecta la aceptabilidad de tales servicios. Por todas estas razones, esta reunión y su enfoque en perspectivas multidisciplinarias y políticas integrales es sumamente importante para la región, sobre todo en estos tiempos de crisis, para asegurar que la atención no baje sino que se concentre hoy en día y para el 2015 lograr reducir la mortalidad materna de forma sostenible.

- Gerry Eijkemans, Organización Panamericana de la Salud, México. Comienza explicando que al señor Philippe Lamy ha sido convocado a una reunión con el Secretario de Salud de México y que lamenta el no poder haber asistido. Expresa su preocupación de saber que en esta región hay más de 1.500 mujeres que mueren al año por un acto biológico natural, y que mueren por causas evitables. Reconoce el reto y que quizá será el ODM que no podrá ser alcanzado colectivamente. Hace la comparación entre América Latina en relación con los países con baja mortalidad materna y reconoce que la principal causa de esta diferencia es la inequidad, la cual no es únicamente entre países pero al interior de los países

igualmente ya que esta razón esconde las profundas desigualdades sociales que se viven, entre las mujeres pobres y ricas, las mujeres que viven en el campo y las de la ciudad, etc. Aún sabiendo que América Latina ha reducido el número de muertes maternas también reconoce que esta misma región es la que tiene mayores desigualdades en el mundo. Reconoce la dificultad de reconocer los determinantes sociales de la mortalidad materna, los cuales a su vez determinan los estilos de vida de muchas personas en la región. Estos determinantes son importantes para entender las causas que no serán solucionadas únicamente por el sector salud pero que incluyen temas como pobreza, de acceso económico y que impactan grandemente en mujeres y familias. En términos de infraestructura, los caminos, afectados por fenómenos naturales y que impactan en poblaciones vulnerables determinan igualmente el acceso a atenciones primarias. Menciona que para la OPS-OMS es muy importante reflexionar en este sentido global y espera que esta reunión ayude a comprender mejor estos determinantes y también a entender cuáles son los mejores caminos hacia el cambio. Sin embargo es fundamental pasar de este conocimiento a acciones efectivas. Espera que a partir de los frutos de esta reunión, la coordinación de los diferentes actores y que puedan salir estrategias concretas que puedan concretizar resultados efectivos para alcanzar las metas establecidas.

- Raymundo Canales, Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México. Primeramente da la bienvenida a nombre del Subsecretario Mauricio Hernández quien fue convocado a una reunión y que lamenta no haber podido asistir. Reflexiona sobre los puntos que el Subsecretario quería expresar. El primer punto es que la Secretaría de Salud Pública reconoce la Mortalidad Materna como un reflejo de la inequidad social. Reconoce igualmente los Objetivos del Milenio y sus objetivos en la búsqueda en la mejora en la salud materna como un reflejo de la voluntad política de los gobiernos hacia una cultura de la equidad. Expresa la importancia de integrar a las mujeres en todos los ámbitos de un país en igualdad y expresa que México se ha comprometido a cumplir con los compromisos adquiridos en foros internacionales incluyendo a las Naciones Unidas. Confirma que México se compromete a realizar estudios y acciones acerca de la Mortalidad Materna prevenible bajo una perspectiva de los derechos humanos. Saluda el Gobierno de México esta iniciativa, la del Task Force, manifiesta la coincidencia con sus objetivos y da la bienvenida a los asistentes a la Ciudad de México. Considera la Mortalidad Materna como un problema multicausal y reconoce la necesidad de participación de todas las disciplinas en el combate hacia su reducción. Recapitula sobre la historia exitosa de países que han logrado reducir este problema y explica que no hay una receta única, que se trata de un problema complejo que requiere de un análisis cuidadoso que determinan el fenómeno para articular estrategias. Pero que reuniones como esta podrán contribuir a soluciones en las cuales hay circunstancias y contextos similares para mejorar estrategias e instrumentos. Expresa que México anuncia una nueva estrategia multisectorial que tienen que actuar de manera coordinada con otros actores. Que en algunas regiones habrá que construir carreteras, en otras unidades de cuidados intensivos, etc. Agradece profundamente la invitación a participar en estos esfuerzos y agradece la atención.

## 5. Sesión de clausura

12. Al término de la reunión Anna Coates insistió en la necesidad de revisar las recomendaciones en función de las características de cada país, exhortó a los participantes a diseminar en otros eventos lo que aquí se discutió para llevar las recomendaciones al nivel de la acción. Exploró la posibilidad de organizar foros virtuales sobre temas específicos. Puntualizó que queda mucho trabajo por realizar pero que la voluntad y el compromiso entre los participantes de la reunión es palpable. Las recomendaciones que surgieron de la reunión serán trabajadas a fin de esquematizar los resultados, se ha planeado su publicación y circulación. Los participantes deben hacer propias estas recomendaciones, más allá de sus

propios sectores Hizo circular un formato de evaluación para la reunión y agradeció a todos por su presencia. Por último, reiteró su agradecimiento a todos los participantes por haber asistido, sobre todo a aquellos que viajaron desde sus países de origen e igualmente a los que trabajaron en la organización logística de la reunión.

13. Gerry Eijkemans indicó que CEPAL realizará un documento final de la reunión que será transmitido a los participantes para su retroalimentación. Exhortó a los participantes a continuar la difusión de las recomendaciones en otros espacios, para acercarlas al nivel de acción. Invitó también a los participantes a repensar las recomendaciones, pues éstas quedaron muy cerca de las competencias del sector salud, no se inquirió nada de otras Secretarías, como la de Educación, la de Agricultura o la del Trabajo, así como profundizar en las recomendaciones que nos conciernen como individuos de la sociedad civil. Por último, anunció la reunión que se llevaría a cabo el día siguiente para la construcción del Observatorio para apoyar al gobierno mexicano en la implementación de la estrategia para la reducción de la muerte materna.

14. Teresa Rodríguez, UNIFEM, se sumó a los agradecimientos y reiteró el compromiso de UNIFEM de seguir colaborando en el grupo. Hay diversos determinantes, se tiene presencia en distintos espacios, si se aúna el trabajo de todas las agencias, se podrá lograr la meta de reducir la mortalidad materna. Agradeció las experiencias de los distintos países, la diversidad de los participantes resultó muy valiosa para compartir experiencias diversas políticas públicas.

## **B. EXPOSICIONES, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **LOS DETERMINANTES DE MORTALIDAD MATERNA: UN MARCO DE DERECHOS**

#### **1. Perspectivas y experiencias de los organismos internacionales de los determinantes de mortalidad materna en la región**

15. Anna Coates agradece en nombre del grupo de trabajo del grupo de Mortalidad Materna del Sistema de las Naciones Unidas en México y de la Oficina Subregional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, expresa la más cordial bienvenida a la reunión. Recapitula sobre las raíces iniciales de la idea en la oficina de CEPAL aquí México donde se comenzó un estudio de las políticas de mortalidad materna en la región incluyendo a México, Guatemala, Haití, Honduras y Cuba desde el enfoque en las cuestiones de derechos de género y de diversidad cultural. Comenta el interés de la Presidencia en México, desde donde surgió una llamada de atención al tema de mortalidad materna en México en particular y sobre todo la necesidad de acelerar la reducción de la mortalidad materna. Por lo tanto, señala que el Sistema de la ONU aquí en México creó un Grupo de Trabajo Interagencial sobre el tema. De tal forma comenta que se cuenta con el trabajo de la OPS, quienes están coordinando este grupo de trabajo de Mortalidad Materna con UNICEF, con UNIFEM y con UNFPA. Piensa que en esta reunión se puede lograr el mismo tipo de punto de encuentro multidisciplinario que se ha logrado en este grupo de trabajo y esta es la idea central de esta reunión. Subraya que se considera no para dar prioridad a determinantes ni médicos ni sociales, sino el de dar una visión más integral, más multidisciplinaria y más multisectorial. Espera que durante estos dos días se logre tener una discusión muy fructífera y que se pueda escuchar y ver el tema desde las diferentes perspectivas planteadas.

16. En seguida se presenta Gerry Eijkemans de OPS, y comenta que se ha estado trabajando intensamente otras agencias para definir el trabajo multisectorial y multidisciplinario que es necesario

para poder reducir la Mortalidad Materna, que es una prioridad para todos los países y que antes de comenzar a ver cuales son los objetivos y cómo lo vamos a intentar lograr, solicita que los participantes se presenten muy brevemente. Comienza ronda de presentaciones. Procede a describir los cinco objetivos que promueve la reunión. El primero es promover el diálogo, entre las diferentes agencias del Sistema de Naciones Unidas, también entre los diferentes sectores intergubernamentales y la sociedad civil y entre los diferentes países. Esto con la intención de acercarnos a qué significan estos determinantes de la mortalidad materna, sociales, culturales. Por otra parte comenta la intención de identificar factores en común y también factores diferenciados por contexto entre los diferentes países de la región, comentando que incluso nos acompañan expertos de fuera de la región. Subraya que se busca llegar a una formulación de recomendaciones, o por lo menos a los primeros pasos para líneas estratégicas compartidas y para el trabajo en común, esto por las agencias de Naciones Unidas pero también por todos los sectores que están representados en la reunión. Otro objetivo es el de establecer algunos puntos de encuentro para la futura cooperación Sur-Sur, Norte-Sur, Sur-Norte ya que hay mucho que aprender de las diferentes experiencias locales, nacionales, regionales. Finalmente hace mención del estudio que hizo la CEPAL del cual Anna Coates referirá más detalles durante el desarrollo de la Reunión.

17. La sesión de la mesa principal de Agencias de las Naciones Unidas dio inicio con la presentación de Javier Domínguez, de UNFPA, con el título “Reducción de la morbilidad y mortalidad materna”. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/JavierDominguezReduccionMorbilidadyMortalidadMaterna.pdf>.

18. Continuó con la sesión el señor Enrique Paz, de UNICEF, con la presentación titulada “UNICEF en la revitalización de atención primaria: reducción de disparidades en salud”. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/EnriquePazRevitalizacionAPSreducirDisparidades.pdf>.

19. A esta presentación le siguió “Los determinantes de la Mortalidad Materna: un marco de derechos” por Bremen de Mucio, de OPS-OMS. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/BremenDeMucioDeterminantesMortalidadMaterna.pdf>.

20. Para cerrar esta sesión, Anna Coates, Jefa de la Unidad de Desarrollo Social, CEPAL Sede Subregional en México, realizó la presentación “Género, etnia y el riesgo a la mortalidad materna en México, Guatemala, Honduras, Haití y Cuba: Un marco de derechos”. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/AnnaCoatesGeneroDiversidadPolíticasSaludMaterna.pdf>.

21. Teresa Rodríguez agradece la participación de los ponentes y reconoce el esfuerzo de coordinación. Propone un receso para organizar la inauguración oficial con los representantes de agencia invitados.

## 2. Perspectivas internacionales

22. La sesión inició con la presentación de Alicia Yamin, experta de la Escuela de Leyes de la Universidad de Harvard, titulada “Reducción de la mortalidad materna; enfoque desde los derechos humanos” <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/AliciaYaminReduccionMortalidadMaternaEnfoqueDDHH.pdf>.

23. A continuación, el señor Vincent de Brouwere, Director del *Institut de Recherche pour le Développement*, presentó la exposición “Determinantes relacionados con el acceso a servicios obstétricos de calidad *'Unmet Obstetric Need'*; Perspectivas Internacionales” <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/VincentDeBrouwereNecesidadObstetricaNoCubierta.pdf>.

24. Fabián Rodríguez, Ministerio de Salud de Uruguay. Expresa su interés en compartir tres puntos, uno sobre el tema del subregistro el cual tiene una importante relación con el tema de mortalidad materna. Comparte que en Uruguay cuentan con un sistema de subregistro comparable al del Primer Mundo y sin embargo cuando involucraron a la Sociedad Civil en la denuncia de casos los casos de mortalidad maternas se duplicaron. Se dan cuenta que muchos casos de suicidio en adolescentes son vinculados a abortos y embarazos, muchas veces en los registros estas muertes son consideradas únicamente suicidios habiendo un importante número de muertes maternas. Encuentran también que en algunos casos para no estigmatizar a las familias, el personal médico no registra la muerte vinculada a un aborto por ejemplo, generando problemas estadísticos para los gobiernos. En esta evolución en donde el sistema de registro se mejora, el número de muertes maternas se eleva, complicando el alcanzar la 5ta. Meta del Milenio. Comenta que lo importante es poder tener información real y no la búsqueda de ningún galardón, es por esto que se felicita de contar con mejores herramientas de obtención de datos. Ahora, comenta que después de una muerte violenta en mujeres se realiza una autopsia para eventualmente identificar embarazos. Expresa su preocupación para aquellos países que tienen los mayores problemas de registro, los cuales tienen regularmente también las razones mas altas en muertes maternas, y en los cuales probablemente tengan aun más casos de muertes maternas que las que se piensa. Habla de las distintas realidades de la región, reconociendo que las acciones en Haití deberán ser distintas a las de Chile por ejemplo. Matiza que a pesar que hay países comparables a los del Primer Mundo en razones de mortalidad materna, recuerda que no somos Primer Mundo y que las inequidades sociales están presentes en todos los países de la región. Así, comenta, las soluciones de Haití podrán servir a poblaciones en Chile o Uruguay y viceversa. Concluye destacando la gran importancia que tienen las agencias internacionales en esta temática y la sociedad civil organizada, la cual puede aportar a visibilizar problemáticas. Destaca igualmente el peso específico de las gestiones de agencias internacionales y considera que reuniones de este tipo son fundamentales, no solo por lo que se aprende en ellas sino para jerarquizar importancias. Menciona el apoyo de la OPS al CAAP, fundamental en el caso de Uruguay.

25. René Castro, Ministerio de Salud de Chile. Desea compartir su comentario sobre la interagencialidad, sobre la multisectorialidad y la creación de alianzas el cual considera como un espacio privilegiado de reflexión, felicitando a la reunión. Primeramente se expresa sobre la paradoja situacional de la mujer, la cual cuenta con una fortaleza natural, que su capacidad reproductora es igualmente su mayor debilidad. Esto lo lleva a lo que él reconoce, por lo menos en las sociedades occidentales, como un doble discurso. Por una parte se dice valorar mucho la reproducción y en la vida cotidiana las mujeres enfrentan muchas dificultades para vivir. Comenta que hay un costo biológico y social para las mujeres en el cumplir con esta función, comenta un ejemplo, en el cual en su país no han podido aún extender el período de descanso postnatal de las mujeres para cumplir igualmente con un período de lactancia adecuado. Entrando en temas más polémicos comenta sobre la fuerte resistencia conservadora en los países de la región, tanto del mundo político como del religioso. Comenta que es curioso que estos actores se califican de “Pro vida” y viendo las dificultades que generan cuando se oponen a reformas provocando un costo alto en vidas humanas. Se pregunta sobre lo que hacen los gobiernos de la región para proteger la vida de estas mujeres, y sobre todo su relación con la Iglesia a la que muchas veces considera en sus enfoques por interés político. Se pregunta igualmente lo que sucede cuando los gobiernos no cumplen los compromisos internacionales pactados. Concluye admirando el modelo uruguayo por su carácter laico, el cual propone acciones concretas aun cuando esto moleste los intereses de la Iglesia en ese país.

### 3. La mortalidad materna en México

26. La sesión inició con la presentación de Graciela Freyermuth, del Comité por una Maternidad sin Riesgos <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/GracielaFreyermuth-BuenasPracticasSociedadCivil.pdf>.

27. David Meléndez, del Comité por una Maternidad sin Riesgos, reflexionó que la Mortalidad Materna se ha convertido no solamente en un indicador de salud sino en un indicador de estado y sobre todo en un indicador de un desempeño de una administración por esa traducción de un indicador de salud a un indicador del desempeño de un Estado, lo cual lo convierte en un indicador político. La traducción de un indicador político ejerce presión sobre las regiones, sobre las jurisdicciones y sobre todo en el último eslabón de un sistema de salud que es el que te produce la información, que es el que te produce los datos en salud, que es precisamente los prestadores de servicios. En México tenemos casos documentados en el cual deliberadamente se subregistra la Mortalidad Materna y va a ser muy complicado identificarla incluso por métodos muy conocidos como el RAMOS (*Reproductive Age Mortality Survey* – por sus siglas en inglés). Esa es una preocupación que tenemos desde el ámbito de la sociedad civil en el seguimiento a la Razón de Mortalidad Materna (RMM). Aunque se sabe que no habría que concentrar los esfuerzos exclusivamente en la RMM, se tendría que tener un ejercicio o esporádicamente algunos ejercicios sobre todo en regiones que presentan reducciones espectaculares; a nivel Latinoamérica tenemos el caso conocido de Guatemala recientemente con una reducción espectacular en donde sus indicadores de proceso no corresponden, no tienen congruencia con la reducción en la RMM. A nivel de país en México existen ejemplos muy claros de zonas geográficas con reducciones espectaculares en donde la mejoría de recursos humanos por ejemplo ha sido de un ginecólogo en cinco años. Entonces hay que tener ejercicios de seguimiento y monitoreo de ese indicador.

28. Ricardo Fescina, de OPS, expresa, en relación con los comentarios de Fabián Rodríguez en la sesión anterior, que Fabián Rodríguez fue muy generoso con las agencias internacionales pero que debe comentarle que en realidad el mandato de OPS es al revés. OPS no guía la política sino que OPS sigue y trata de impulsar la política que los Ministerios de Salud reunidos anualmente en el Consejo pactan. En respuesta al comentario de René Castro comentó que la propia Organización Panamericana de Salud tiene un equipo que trabaja en derechos humanos y que ya se ha ocupado en otras oportunidades abordando temas de salud reproductiva. En las ocasiones en que la sociedad civil o algunos otros agentes, que pueden ser hasta los propios Ministerios de Salud de los propios gobiernos, detectan el incumplimiento de algún compromiso por parte del gobierno, existe la posibilidad de hacer lo que se llama los Informes sombra, son informes que se preparan y que son discutidos a nivel de la OEA, de hecho por ejemplo uno que pudo comentar ocurrido hace unos pocos años atrás consistió en que la sociedad civil de República Dominicana reclamó el compromiso que República Dominicana había firmado del acceso universal gratuito a los métodos, a los tratamiento antirretrovirales; con base en eso hubo un reclamo de la sociedad civil, OPS lo canalizó, llegó a la OEA y cuando se le presentó al país, República Dominicana accedió a cumplir con lo que estaba en falta.

29. A pregunta expresa sobre la normativa 046, Graciela Freyermuth comentó que en la versión inicial si la joven violada llegaba antes de las 72 horas el prestador de servicios estaba obligado a darle información sobre la píldora de emergencia, o sea, sobre la anticoncepción de emergencia y además si habían pasado más tiempo, menos de tres meses, el prestador de salud estaba obligado a darle información de que la joven tenía derecho a interrumpir su embarazo, dependiendo de las reglamentaciones estatales. Para esa época es muy importante destacar que en el país prácticamente en todos los estados estaba despenalizado el aborto por violación. Entonces esta norma era un avance a la norma anterior (en donde nada más se hablaba de violencia doméstica dejando totalmente de lado la violencia sexual) en que se incluye la violencia sexual como un elemento de atención. Por lo tanto esa norma fue un gran avance pero creó un gran debate. Después se dieron algunas modificaciones a la norma inicialmente aprobada y ahora ha tenido una reacción que más que nada es de tipo político y se ha utilizado más con fines electorales, es decir, se ha puesto este tema en el debate que pues tristemente va a haber en México más problemas sobre eso en términos de aborto.

**30.** Ante este comentario, el señor Bremen de Mucio, de OPS-OMS, aclaró que le parecía importante clarificar y más entre los participantes, el término, garantizar el aborto y garantizar la anticoncepción de emergencia que son dos cosas diametralmente opuestas. Muchas veces se utiliza aquel viejo tercer mecanismo de los anticonceptivos de emergencia como aborto aún hoy sabiendo que no existe un mecanismo abortivo de la anticoncepción de emergencia. Se ha utilizado, y se han emitido leyes al respecto, el argumento de su función abortiva como método para oponerse al uso de la anticoncepción de emergencia en algunos países.

**31.** La representante de Casas de Salud, María Angélica Rodríguez, de México comentó que, más allá de todas las necesidades que se requieren en un hospital que se han mencionado, en un centro de salud lo más importante que se requiere es la traducción para mujeres indígenas porque se sabe que por eso muchas mujeres no acuden ya que ¿cómo se comunica una mujer con una doctora, con una enfermera con el médico cuando no sabe hablar el español? Entonces las Casas, como asociación civil, insisten que siempre debe haber un traductor oficial del hospital porque se sabe que llegan compañeras mujeres que son golpeadas y no saben dónde dirigirse ni como expresar desde muy dentro de ellas a la licenciada, a la que esté apoyando en el hospital, para que se de una buena atención a la compañera. Las Casas de Salud han estado trabajando para que tenga una buena atención como ella merece porque se sabe de la discriminación que existe; por ejemplo, que hay compañeras que van a muy temprana hora a hacer fila mientras hay gente que, por ser profesionista vaya bien vestida, y pueda acceder sin tener que hacer fila. Las Casas de Salud están en contra de eso y trabajan en el tema y con compañeras las tres lenguas: amuzga, mixteca y tlapaneca. Cuando llega una compañera, se la acompaña. La organización insiste que se requiere una traductora las 24 horas, no es suficiente con el turno de nueve a tres de la tarde porque el parto no tiene hora. Hay dependencias e instituciones que están viendo eso y sería muy importante ver más allá, las comunidades que están muy retiradas, ir más allá para ver cuáles son las necesidades de las mujeres indígenas y ver qué se puede hacer.

**32.** Graciela Freyermuth concluyó la sesión explicando que en una evaluación que se hizo en 2004, se dieron cuenta que los médicos no podían resolver un problema de urgencia obstétrica, no contaban con los elementos básicos para responder a esos problemas, y algo que ocurre en las áreas rurales, remotas e indígenas es el recambio constante que se tiene de médico. Se ha propuesto al sector salud es fortalecer la formación de la población local, es decir, como las mujeres de las casas de salud de la mujer, de parteras de la misma localidad, porque ese es el personal que se va a quedar ahí. En segundo lugar, el médico que quiera cambiarse de lugar tenga que cubrir una serie de requisitos, incluso exámenes, si llega a un lugar indígena y que no solo que sean sensibles, sino capacitados. Ahora ha habido un deterioro muy importante de las Facultades de Medicina, hay facultades patitas, que no tienen la calidad que debieran y es un problema en términos de habilidades técnicas. Consolidar a los recursos locales es una de las opciones a más mediano plazo.

#### **4. Mesa redonda de discusión**

**33.** La Dirección de Información de la Secretaría de Salud de México intervino explicando que en México ha habido acciones de las que están ya señaladas, las cuales funcionan aunque se ha llegado a un punto en el que cuesta mucho seguir avanzando en la reducción de la Mortalidad Materna. En ese sentido la estrategia nueva para la reducción propone y va a enfocarse en asegurar la atención de las emergencias obstétricas. La razón de mortalidad materna se traduce en indicador para saber si el país está avanzando o no en el tema de la Mortalidad Materna. En el caso de México hay una iniciativa y se ve el compromiso del gobierno federal a una búsqueda de muertes maternas. A partir del 2002, cada año se recuperan 180 muertes que si no se hiciera esa búsqueda quedarían fuera de las estadísticas vitales y la RMM sería

mucho más baja de la que se presenta. Se ha peleado con el área de Salud Reproductiva cuando lo que ellos quieren es que baje el indicador. México está comprometido de continuar con la búsqueda materna, no solamente con el método RAMOS tradicional de buscar 46 causas que pueden encubrir una muerte materna, sino que también se ha ampliado incluso el rango de edades para poder buscar en la base de datos de muertes desde niñas de 10 años por el hecho de que ya se presentan embarazos. En la Dirección de Información se hace una reclasificación de cada muerte, y si la causa básica era una muerte obstétrica indirecta con esta reclasificación se vuelve directa o incluso una que no era materna se vuelve materna. Se necesita resaltar el aspecto de información porque en la región las áreas de información requieren un fortalecimiento de la estadística de la información porque de lo contrario el insumo que se utiliza para evaluar es débil. Con base en este fortalecimiento se puede evaluar y tener indicadores de proceso. Sin embargo, es posible notar que cuando los sistemas de información sufren por la rotación de personal profesional no existe gente adecuadamente capacitada, y obstaculiza lo que requieren para hacer un análisis más específico. Se ha encomendado para incluir otro tipo de variables que vayan enfocadas a otro tipo de determinantes. Sin embargo, la Dirección de Información ya no solo se fija en las causas médicas, sino que va incorporando las causas no médicas en el sistema de información porque están vinculadas al evento de determinación de la muerte. Sin embargo, se insiste en que los Ministerios deben fortalecer su sistema de información y complementar con indicadores que ya no simplemente también hablen de mortalidad, estamos pasando a morbilidad. Se requiere mayor recurso técnico, mayor recurso financiero porque el área de información es ahora básica.

34. La moderadora, Gerry Eijkemans, hizo hincapié en que la información también es importante cuando se trata el tema de las determinantes, hizo énfasis en que se ha escogido no enfocar el tema de la reunión en el tema de sistemas de información de datos aunque es importante y hay un gran reto. Sin embargo, esto no es el objetivo principal de esta reunión.

## **5. Trabajo en grupo para definir determinantes según características compartidas por países**

35. Para terminar el trabajo del día 1, la moderadora encauzó la discusión general a una discusión en grupos para profundizar sobre el tema de determinantes.

## **BUENAS PRÁCTICAS Y POLÍTICAS MULTISECTORIALES**

### **6. Introducción al día**

36. El día comienza con la presentación de las relatorías de los tres grupos del día anterior.

37. Grupo 1.- Relatado por Thelma Cortéz: El grupo también se integró por Patricia Cortes, Liz Marie Déjean, Vincent De Brouwere, Daniela Díaz, Graciela Freyermuth Jessica Lombana, Patricia Mejía y Eva Prado. Hay varios niveles de determinantes, unos pueden ser subyacentes, otros pueden ser estructurales y otros ser inmediatos. Un factor que salió repetidas veces fue el factor de género. Dentro de los factores de género, existen factores relacionados con mejorar la educación, la formación, y el empoderamiento de las mujeres; se hizo referencia a que la mayoría de las mujeres en los países latinoamericanos son las que tienen menos acceso a la educación formal, y que en las áreas indígenas la mayoría de las mujeres son monolingües. También se deben comprender los usos y costumbres que normalmente son diferenciados por región, comprender sin culpabilizar ni juzgar. Es necesario evitar culpabilizar a las mujeres por las cuestiones relacionadas con la crianza y con el género, aún algunas

personas asumen que la construcción del machismo se basa en la familia y por lo tanto en la mujer. El grupo reafirma el papel de la educación en el cambio. Existe evidencia de que aun cuando los factores de género no son equitativos, hay algunos avances aún en las áreas más postergadas. En el tema de la anticoncepción, éste está atravesado por muchos factores, factores ideológicos, los factores de uso, y los factores educativos y por último la responsabilidad del Estado en el mantenimiento de la provisión de insumos de anticoncepción. Se generó el análisis de que en los países de la región, este tema es tabú y no recibe la atención e importancia que otros temas como vacunación e influenza con presupuestos etiquetados y mediciones constantes. En el tema de salud reproductiva aún se están discutiendo y analizando cuáles serían los parámetros para medir el funcionamiento en el tema. No se ha hecho suficiente publicidad, no se tiene presupuesto etiquetado, no se ha dado información, y no se tienen metas claras. Hay que definir la orientación del gasto y valorar la inversión y hay que tener una vinculación real entre estrategias y resultados a través de procesos de monitoreo constantes. El grupo considera que es válido pelear la gratuidad en servicios de salud reproductiva aunque eso corresponda a un mayor gasto. En leyes y políticas se vio que existe un riesgo ante el fortalecimiento de los grupos fundamentalistas religiosos, experiencias en varios lugares y países de la región; precisamente en temas de anticoncepción y aborto, ante esto como estrategia hay que enfocarse en lo positivo de la atención universal del embarazo y parto. Se tocó el tema del rezago social, hay acciones enfocadas como en infraestructura que pueden aliviar este rezago. Se debe analizar aún que este tema no puede ser enfocado desde un solo ángulo, no solo es médico, necesita trabajo multidisciplinario, con alianzas entre Ministerios de un país.

**38.** Grupo 2.- Relatado por David Meléndez- Estuvo constituido por René Castro, Javier Domínguez, Gerry Eijkemans, Jessica Liberman, Enrique Paz, Paola Sesia y Alicia Yamin, Se comentó el caso de éxito de Chile en la reducción de la Mortalidad Materna. La discusión no se quedó en conceptos abstractos como inequidad de género sino cosas muy puntuales y concretas, en ese sentido se propusieron cuatro determinantes. El primer determinante se relaciona con el diseño de políticas públicas como la atención universal obstétrica. El segundo determinante tiene que ver con los sistemas de salud en la región, hay subsistemas de atención como por ejemplo el caso mexicano que están en función de la derechohabencia, el problema es que muchos países están intentando garantizar la atención con independencia de la filiación lo que genera el problema de la recuperación del costo de la atención (facturación cruzada). La tercera recomendación o determinante es que no se podría garantizar la reducción de Mortalidad Materna si no se atiende la disponibilidad de recursos humanos e insumos. El cuarto determinante es que los sistemas de salud deben transformar sus indicadores para monitoreo y seguimiento, indicadores de proceso y cobertura, indicadores que nos den un panorama sobre el esfuerzo que se está haciendo para la reducción de la Mortalidad Materna. Existen otros actores importantes más allá que solo el sector de salud, pero hay problemas para incorporarlos, como por ejemplo el sector educativo para sensibilización. Otro papel es el de las agencias que trabajan el combate a la pobreza. Un determinante fundamental también es el cómo un ciudadano puede exigir el derecho de atención, como hacer valer un derecho, producir la demanda de servicios o de mejora de servicios como mecanismos de contraloría social.

**39.** Grupo 3.- Relatado por Fabián Rodríguez. Constituido por Lourdes Colinas, Anna Coates Aurelia Mora, Martha Murdock, y Jesús Romero. Se realizó una tabla para ordenar la discusión. Dentro de lo estructural los dos grandes temas eran la parte económica y de educación, se pone sobre la mesa el tema de cómo la salud excede lo exclusivamente médico. Dentro de la educación se tienen problemas secundarios como el racismo, el machismo, la equidad de género, y la religión. El tema económico puede funcionar como un catalizador de todos los demás, al tener problemas económicos lo educativo se potencia por ejemplo. El geográfico y el cultural también se encuentran potenciados por lo económico y lo educativo. Secundarios a estos dos estructurales tenemos los subyacentes: lograr servicios de salud de calidad y calidez, adecuado al entorno con el problema de los recursos humanos. Formar recursos

humanos en los equipos de salud, intervenir en la parte educativa, en la academia; en la formación de recursos deben estar presentes los conceptos de respeto y la autonomía de cada individuo. En la formación se debe tener presente el tema de la violencia de género. Igualmente es importante la política sexual y reproductiva basada en derechos, el seguimiento y auditoria de las normas y el trabajo fundamentalmente con la emergencia obstétrica.

**40.** Javier Domínguez de UNFPA resumió el proceso de construcción de recomendaciones, análisis de determinantes y resaltó el propósito de la discusión relacionada con la meta última de la reunión; el poder tener recomendaciones priorizadas a diferentes niveles y para diferentes sectores que permitan atender esas principales determinantes ya sea estructurales, ya sea subyacentes o eventualmente inmediatas que consideramos están incidiendo de manera más fuerte en la morbilidad y la mortalidad materna. Si se pretende acelerar la reducción de la Mortalidad Materna ya no solo para poder cumplir con la ODM sino fundamentalmente para garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad libremente elegida, segura, gozosa, es necesario entonces que se hagan una serie de recomendaciones muy sustantivas. Ahora se pretende que cada uno de los participantes recuerden estas observaciones sobre determinantes y su abordaje para en las siguientes sesiones hacer una priorización de recomendaciones, para esas determinantes más sustantivas vinculadas hacia quiénes queremos hacerles esas recomendaciones, o sea, a qué sector, a qué organización. Estos resultados se van a dirigir a nuestras agencias del SNU aquí presentes para que vayamos reorientando, focalizando, fortaleciendo algunas de nuestras intervenciones y a los gobiernos nacionales, para los mecanismos de gobierno regionales o subregionales que también tienen incidencia en políticas públicas a nivel de esas subregiones, o para las propias instituciones de los diferentes sectores vinculados a la salud materna sin duda serán recomendaciones que serán promovidas y buscará instrumentar.

## **7. Ejemplos de buenas prácticas de los gobiernos de la región**

**41.** La sesión dio arranque con la presentación de René Castro, Encargado del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Chile <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/ReneCastroCHILE.pdf>.

**42.** A continuación Raymundo Canales, Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México realizó su presentación <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RaymundoCanalesMEXICO.pdf>.

**43.** Gerry Eijkemans, sobre la presentación de Raymundo Canales rescató elementos importantes para la discusión como es el cambio del enfoque de riesgo hacia la visualización de las tres demoras y cómo intervenir en estos, un enfoque fuerte en la emergencia obstétrica, el fortalecimiento del control perinatal y cómo el tema de la mortalidad materna ha forzado al sistema fragmentado del sector salud en México a unificarse, el reconocimiento de la necesidad de las parteras profesionales y el hecho de plantearse la estrategia integral que presentó el presidente, el más alto nivel político del país, como un reto que debe traducirse en una estrategia multisectorial y no solo del sector salud.

**44.** Bremen de Mucio, de OPS-OMS, expresó algunos comentarios a la presentación de Raymundo Canales, en lo que respecta al enfoque de riesgo que no consiste exclusivamente en identificar quién tiene más o quién tiene menos riesgo sino asignar los recursos en forma equitativa, le llamó la atención esa contraposición entre lo que es el enfoque de las tres demoras y el enfoque de riesgos que son complementarios y no opuestos, y que se estuviera dando una contradicción dentro de la normatización del proceso asistencial de la mujer embarazada. También subrayó la importancia de establecer qué pasa

después de las 38 semanas pues la experiencia en la región señala que se producen muertes tardías en mujeres que dejan de ser contempladas por el sector asistencial.

45. En respuesta a los comentarios de Bremen de Mucio, Raymundo Canales de la Secretaría de Salud en México, explicó que sí está contemplado que una mujer que tenga comprobadas las 41 semanas debe ser hospitalizada para interrumpir el embarazo, y en cuanto al enfoque de riesgo se trata de que no ocurra lo contrario, que por que a una mujer se le califique de bajo riesgo entonces sea abandonada, argumentó que hay apoyo bibliográfico reciente, que habla de que una buena parte de muertes maternas ocurren en grupos calificados como de bajo riesgo.

46. René Castro, complementando los comentarios de Bremen de Mucio y Raymundo Canales, hizo hincapié en el hecho de estar muy centrados en el esfuerzo de la emergencia obstétrica y no proteger o no transmitir capacidades a la red asistencial. Mencionó que en Chile se tiene justamente ese problema, que médicos generales tienden a derivar pacientes a hospitales de mayor complejidad pues no se sienten competentes aun cuando cuentan con matronas, quienes si poseen la competencia para decidir si un parto puede ser atendido o transferido.

47. Raymundo Canales asintió en que la estrategia contempla la capacitación de los médicos de toda la red hospitalaria del país, incluso de pasantes que están en lugares aislados e insistió en que hace falta establecer sistemas de comunicación bidireccional eficiente a todo lo largo del país, para poner en contacto a esos proveedores de salud con hospitales de mayor complejidad en casos de emergencia obstétrica.

48. A la presentación de México le siguió la presentación de Mercedes Piloto, Ginecobstetra del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública de Cuba <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/MercedesPilotoCUBA.pdf>

49. Sobre la presentación de Mercedes Piloto, Gerry Eijkemans resaltó que el sistema cubano es diferente a la mayoría de los sistemas de la región, un sistema que se basa en la universalidad y la gratuidad, con casi 100% de partos institucionales, y una participación intersectorial que se da de manera histórica, institucional y más fácil que en otros países donde hay que forzar a los sectores para que jueguen su papel en este asunto. Señaló también que es importante tomar en cuenta el hecho de que aunque se cuente con un sistema de salud 100% cubierto cuando hay crisis económicas cada país va a sufrir.

50. La última presentación de la sesión corrió a cargo del Fabián Rodríguez, Encargado del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Uruguay <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/FabianRodriguezURUGUAY.pdf>.

51. Sobre la presentación de Fabián Rodríguez, Ministerio de Salud de Uruguay, destacó la facilidad que tiene un país como Uruguay por la uniformidad demográfica, geográfica, y en cierta forma una menor desigualdad económica. También consideró interesante el planteamiento de no considerar a la mujer como un elemento solamente reproductivo sino como una persona con derechos y un papel productivo, el abordaje de la salud de la mujer como un trabajo continuo, y de los trabajos de aborto y puerperio dando énfasis a la información.

52. Martha Murdock, de *Family Care International*, le preguntó al representante del Ministerio de Salud de Chile cuáles han sido los factores que han mantenido en la agenda pública el tema de la mortalidad materna cuando parece que no está explícitamente definido en las políticas, pero si han tenido

buenos resultados. A lo que René Castro contestó que la verdad ese tema en sí, no estaba en la agenda sino más bien el de la igualdad de género gracias a la constancia y el interés de la Presidenta en ese tema, explicando así el papel que le fue confiado dentro del Partnership de Salud Materna y Neonatal. Agregó que las redes de atención de parto deben estar definidas por niveles de capacidad de resolución.

### **8. Ejemplos de buenas prácticas de la sociedad civil de la región**

**53.** La moderación de la mesa de buenas prácticas de la sociedad civil corrió a cargo de Celia Cruz, consultora de UNIFEM. Señaló que desgraciadamente no se pudo contar con la ponencia de Honduras debido a la situación política por la que atraviesa el país ahora. Recalcó que las experiencias compartidas por el panel antecedente eran útiles para ver cómo los Estados han venido trabajando para erradicar la muerte materna, y contrastó la relativa homogeneidad de esos países contra la complejidad de México, y añadió que el contexto de la problemática debe completarse con la participación de la sociedad civil.

**54.** La sesión dio comienzo con Francisca de la Cruz, Coordinadora de Casas de Salud de la Mujer Indígena de Ometepec, Guerrero, México [http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/Casas\\_Salud\\_OmetepecMexico.pdf](http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/Casas_Salud_OmetepecMexico.pdf).

**55.** Luego del testimonio de Francisca de la Cruz, Celia Cruz enfatizó que la diversidad de causalidades hace difícil la responsabilidad de las entidades que deben responder. Si bien la sociedad civil se organiza para tratar de resolver el problema, el Estado tiene la obligación de garantizar a salud y la no mortalidad materna. Retomó el planteamiento de Francisca sobre la necesidad de una articulación y coordinación para unir esfuerzos entre sociedad civil y las autoridades.

**56.** Por último, Alejandra Centeno, Vicecoordinadora de la Red Nacional de Casas Maternas de Nicaragua <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RedNacionalCasasMaternasNicaragua.pdf>.

**57.** Tras la presentación de Alejandra Centeno, Celia Cruz subrayó que en ambas experiencias las iniciativas surgen de la sociedad civil en lugares donde la atención institucional es prácticamente inexistente, y que se enmarcan en los derechos de las mujeres y se han vuelto centros de atención contra la violencia. Destacó el papel educativo y de prevención de las radios comunitarias así como la necesidad de invertir recursos no solo económicos en estas propuestas de la sociedad civil. Recomendó que se llevara un registro estadístico que le permitiera al gobierno valorar el impacto de sus acciones y trasladar recursos tanto económicos como institucionales a las mismas.

### **9. Sesión de discusión**

**58.** El señor Bremen de Mucio, de OMS-OPS, comentó que él también ha sido testigo de la transformación de las casas maternas que terminan siendo un referente para la salud de la mujer en otros aspectos que no tocan solamente el embarazo y asintió con Thelma Cortéz de la Secretaría Presidencial de la Mujer en Guatemala, acerca de la curva de aprendizaje que se da tanto en las parteras empíricas como en los profesionales gracias a la práctica.

**59.** René Castro, del Ministerio de Salud de Chile, señaló que las experiencias presentadas son una respuesta de la sociedad civil a un Estado ausente o débil. Le hizo pensar que en Chile la proactividad del gobierno también ha fallado por no preguntarle a la sociedad lo que necesita, así que se requiere de un diálogo entre sociedad civil y Estado.

60. Alejandra Centeno, de la Red Nacional de Casas Maternas en Nicaragua, describió que la privatización de la salud en Nicaragua afectó más a las mujeres pobres. El gobierno argumentó que los recortes en el gasto público se deben a la reducción de los impuestos. Por otra parte, felicitó la aceptación del modelo autonómico de salud por el gobierno, ya que ese modelo recoge el saber comunitario.

61. Patricia Soliz, de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud en México, enfatizó que para México es un reto difícil debido a la diversidad cultural y lingüística del territorio que dificulta el abordaje del problema desde el registro y la obtención del indicador, ahora la preocupación del gobierno federal no es solo la razón nacional sino la reducción de la mortalidad materna en los 125 municipios con más alto índice de marginación. Insistió en el fortalecimiento del papel de las organizaciones civiles.

62. Lise Marie Déjean, del Ministerio de Salud Pública en Haití, mencionó que en Haití recientemente se institucionalizaron las comadronas a través de programas de alfabetización y formación de prácticas higiénicas. Mencionó también la experiencia de una organización civil que para resolver el problema del registro, proveía a las comadronas con formularios para registrar los datos del recién nacido, sin embargo debido al factor cultural muchas veces el niño no recibe nombre hasta el mes de nacido para ver si sobrevivirá, el Estado está tomando conciencia de estas prácticas para integrar la medicina tradicional a la convencional en un esfuerzo por disminuir la razón de mortalidad materna en el país.

#### **10. Trabajo en grupo para definir recomendaciones para la formulación y contenido de políticas multisectoriales**

63. Javier Domínguez presentó a tres invitados más que por razones de agenda personal no estuvieron presentes durante la totalidad de la reunión, Rosa Núñez, Beatriz Duarte y Horacio Toro, representantes del Instituto Nacional de Salud Pública. Indicó que por razones de tiempo la sesión de discusión se fusionaría con el trabajo grupal. Para que cada grupo comience su reflexión partiendo de un marco de referencia común. Se invitó a los participantes a servirse de la información revisada a lo largo de la reunión además de apoyarse de tres documentos que les fueron proveídos. Uno contiene las relaciones causa-efecto de los determinantes sociales en salud realizado por la Organización Mundial de la Salud, un segundo documento es el Marco Conceptual de la Morbilidad Materna y Neonatal generado por UNICEF, el tercero es un cuadro que señala quienes son los organismos coordinadores y aliados por componente, que guía la relación de trabajo entre las agencias del sistema de las Naciones Unidas. Se pretende que los grupos identifiquen en sus recomendaciones qué determinante consideran prioritaria para la reducción de la muerte materna, qué estrategia sugieren precisamente se lleve a cabo para su atención, a través de qué responsables, y en qué nivel implementar dichas estrategias.

64. Eva Prado describió la metodología del trabajo grupal que consistiría en dividirse en tres grupos, uno de sociedad civil, otro de gobierno y otro de las agencias de Naciones Unidas; que cada grupo elija un relator que presente las conclusiones del equipo y que máximo se llegue a diez recomendaciones por grupo y al final, de las treinta recomendaciones, se haga una nueva priorización y se pueda depurar esas listas.

## **11. Recomendaciones para líneas estratégicas compartidas y trabajo en común: los pasos siguientes**

65. Las relatorías correspondientes a los tres grupos de trabajo de la sesión 10 estuvieron encabezadas como se detalla:

- Relator del grupo de sociedad civil, Paola Sesia (véase el anexo II)
- Relator del grupo de gobierno, Fabián Rodríguez (véase el anexo III)
- Relator del grupo de Naciones Unidas, Javier Domínguez

66. Las recomendaciones del grupo de la sociedad civil se resumen del siguiente modo:

a) Relacionada con la legislación restrictiva con respecto al derecho de interrumpir el embarazo no deseado y la inhabilidad de poner la problemática del aborto en la agenda pública como un problema sanitario, estrategias de fondo la despenalización del aborto; promoción en el debate de la visión de que los Estados-Naciones son estados laicos y promoción del respeto a las constituciones nacionales en este sentido y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres las normatividades internacionales suscritas por los diferentes países. Los responsables serán el de acuerdo con el gobierno ejecutivo, legislativo y judicial a nivel nacional pero también de los estados o de otras entidades administrativas políticas de acuerdo con el perfil de cada país.

b) Relacionado con la falta de insumos, entendido en el sentido amplio como recursos, medicamentos, como recursos tanto financieros como humanos, en salud reproductiva desde la anticoncepción hasta la atención materna incluyendo la atención obstétrica de emergencia, la estrategia sería la racionalización y reasignación de los recursos de acuerdo con las necesidades reales, transparencia en la asignación de los recursos de una manera amplia, generalizada, clara y accesible y la rendición de cuentas en el uso y distribución de los recursos. Los responsables serán los gobiernos a nivel ejecutivo y legislativo, los tres niveles de gobierno federal, estatal y municipal en el caso de los países que tengan ese tipo de división político-administrativa pero también como responsables identificamos a las agencias financieras y donantes y los niveles serían nacional y el subnacional.

c) Relacionado con el uso de indicadores inadecuados con demasiado énfasis en la razón de muerte materna, como el porcentaje de partos atendidos en instituciones, indicadores de gastos, la atención calificada al parto, el número de consultas prenatales, la estrategia serán la formulación de nuevos indicadores priorizando indicadores de procesos con énfasis en calidad, que tengan pertinencia cultural y de género, que estén vinculados al enfoque de derechos, que tomen en cuenta la distribución del presupuesto y desagregados a nivel subnacional, con especial énfasis a nivel de género, etnia, clase social. Los responsables los gobiernos, agencias multilaterales y las agencias financieras a niveles nacional, multilateral, global.

d) Relacionada con la falta de información de la población sobre signos de alarma en emergencia obstétrica y sobre sus derechos a acceder a los servicios de salud, las estrategias campañas de difusión, utilizar atención prenatal como espacio de información adecuado, la adopción de enfoque de género, interculturalidad y derechos en la difusión de la información, legalización, promoción y financiamiento para radios comunitarias. Los responsables serán los gobiernos, agencias financieras y donantes, sociedad civil y la comunidad local a niveles nacional, estatal y local.

e) Relacionada con la falta de redes sociales adecuadas a nivel comunitario para la promoción de la salud materna, las estrategias comprenderían un fortalecimiento de redes comunitarias de

acuerdo con las características específicas de cada comunidad, intercambio de experiencias exitosas, transparencia y rendición de cuentas de acciones y uso de recursos en el uso, establecimiento y funcionamiento de esas redes sociales. Los responsables serán los servicios de salud locales, sociedad civil y donantes a nivel local, con sinergias a nivel nacional y estatal.

f) Relacionada con la falta de reconocimiento de la importancia de la atención intercultural en la salud materna atención, la estrategia sería una revisión de currícula universitaria en escuelas de medicina y enfermería, una revisión e implementación de normas y de protocolos existentes que si reconocen en algunos casos la atención intercultural. Los responsables serán las escuelas de medicina enfermería, instituciones de acreditación de las universidades, el gobierno a nivel ejecutivo a nivel nacional y subnacional.

g) Relacionada con la deshumanización del parto y del nacimiento en el parto hospitalario y el ocurrir de prácticas iatrogénicas en atención del parto hospitalario y el bajo perfil que tiene este problema en la agenda pública, las estrategias serían rescindir de las prácticas innecesarias, dañinas y no benéficas en la atención del parto, supervisión, monitoreo y seguimiento en aplicación de normas y protocolos y la implementación de un sistema de vigilancia y contraloría social en este ámbito. Los responsables serían los gobiernos, donantes, la sociedad civil, organismos multilaterales a nivel nacional y subnacional.

h) Relacionada con la falta de mecanismos legales y administrativos de exigibilidad de los derechos en caso de que estos derechos no se respeten, no se promuevan o se vulneren en el caso de la salud materna, las estrategias, establecimiento de mecanismos legales y administrativos en este sentido, vigilancia, monitoreo y acompañamiento de las demandas de las víctimas y litigio estratégico, o sea el litigio de algunos casos de violaciones que tengan amplia visibilidad y posibilidad de ganar la causa. Los responsables gobiernos a nivel ejecutivo, legislativo y judicial, comisiones o estancias públicas de derechos humanos y la sociedad civil a niveles nacional y subnacional.

i) Relacionada con la desnutrición de las mujeres como violación en cumplimiento al derecho a la alimentación y a la buena nutrición, la estrategia sería tener políticas públicas de seguridad alimentaria, transitar de un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos, fortalecer el programa mundial de alimentos para poblaciones en condiciones de vulnerabilidad incluyendo mujeres lactantes y embarazadas, asignar recursos en situaciones de crisis alimentarias y económicas, que no haya regresión y que si haya progresividad en la promoción del derecho a la alimentación y de los programas de políticas públicas en este ámbito, promoción de alimentación equitativa en el ámbito familiar y comunitario sobretodo con la incorporación de la equidad de género en las acciones en el campo nutricional, definir metas adicionales no regresivas y progresivas en cuanto al cumplimiento del derecho a la alimentación. Los responsables gobiernos, agencias multilaterales y los donantes a nivel internacional, nacional, comunitario, familiar.

j) Relacionada con la concentración de la práctica de obstetricia en manos de ginecobstetras y falta de incorporación de parteras profesionales u otros perfiles de personal paramédico no tan medicalizados del sistema de salud, las estrategias serían la implementación y/o ampliación de carreras de obstetricia en la incorporación de este personal en los servicios de salud materna. Los responsables, las universidades y sistemas de acreditación, Ministerios de Educación, de Salud y organismos multilaterales a nivel nacional y subnacional.

k) Relacionada con el presupuesto asignado o no asignado a la salud materna, la estrategia sería tener programas de salud materna que tengan presupuesto específico asignado, y hacer un análisis de

presupuestos multisectorial refiriéndonos al presupuesto en educación, en desarrollo social, en salud, en equidad de género etc., para el cumplimiento de la meta en salud materna. En este caso no se dio tiempo para trabajar en responsables y niveles.

l) Se reconocía la falta de educación sexual y reproductiva de la población y la violencia ejercida contra las mujeres y la necesidad de estrategias al respecto. Sin embargo, no se dio tiempo para trabajar estos temas en detalle.

m) Relacionada con la fragmentación del Sistema de Salud, lo cual implica dificultades en cobertura y dificultad en garantizar el acceso universal y gratuito a servicios de salud, las estrategias conformación de un sistema único, universal y gratuito. La responsabilidad compete a los gobiernos al nivel ejecutivo y legislativo pero también instituciones internacionales financieras.

67. Las recomendaciones del grupo de gobierno se resumen del siguiente modo:

a) Para las poblaciones rurales en donde no hay acceso adecuado a servicios de salud, los médicos, las enfermeras, no quieren trabajar en las poblaciones rurales, entonces deberían desarrollarse incentivos (salarios, vivienda, seguridad y transporte) para que equipos de salud concurren a esos lugares.

b) Formación de parteras profesionales.

c) El Estado tiene que garantizar la salud de la gente independientemente de donde viva y las poblaciones indígenas tenerlas muy presentes para aprender con ellas, para tener sistemas sanitarios que sean efectivos y eficientes, respetuosos de la cultura, la etnia y la forma de pensar.

d) El desarrollo de sistemas de referencia y contrarreferencia,

e) Cobertura los 365 días del año,

f) Intérpretes en aquellas poblaciones que tienen lenguaje o idiomas diferentes al que se profesa en la mayoría de los lugares,

g) Pertinencia cultural,

h) Recursos económicos adecuados

i) Garantía del sistema de traslados.

j) Utilización de canastas gratuitas de alimentos como incentivo para que la mujer integre planes de planificación familiar.

k) Tener más personal capacitado, estrategias claras de funcionamiento, de entender a la mujer embarazada como una prioridad sanitaria.

l) Del punto de vista costo-beneficio conviene más tener diseñada una estrategia de traslado bien definido.

68. Las recomendaciones del grupo de las Naciones Unidas se resumen del siguiente modo:

Dos dimensiones, una de funcionamiento interagencial:

a) Fortalecimiento de la colaboración interagencial, en los ámbitos nacionales y regionales. Mantener un liderazgo técnico en el contexto de nuestras agencias y fortalecimiento de nuestras propias capacidades y nuestros procesos internos de comunicación para responder eficientemente a los gobiernos con los que colaboramos.

b) Revisar la estrategia regional de mortalidad materna, que integre plenamente los enfoques de derechos humanos, de género y de interculturalidad, una vez revisada y fortalecida difundirla como documento de referencia.

c) Difusión de las recomendaciones que se generen en esta reunión, a través: de documentos institucionales, de los diferentes foros que se realizan anualmente sobre temáticas vinculadas a la salud materna, de los mecanismos que nuestro propio sistema de Naciones Unidas tiene ya establecidos y del diálogo político y de abogacía que sistemáticamente realizamos con nuestras contrapartes nacionales y regionales.

d) Integración de taskforce interagenciales, a los cuales podamos compartir estas experiencias y lecciones aprendidas.

e) Acompañamiento *ad hoc* a las estrategias nacionales, contribuir a fortalecer capacidades nacionales tanto de organismos públicos como de la sociedad civil y académicos para que puedan participar a la aceleración de la reducción de la mortalidad materna.

f) Y otra dimensión de recomendaciones a determinantes específicos:

g) Dar prioridad a la atención de aquellas determinantes y estrategias que tanto sociedad civil como gobiernos consideren prioritarios, sumarnos a esos esfuerzos y que nos vean como aliados y acompañantes de estos procesos.

h) Promover políticas transectoriales, en el diseño de instrumentación de políticas públicas.

i) Fortalecimiento de la participación y movilización social, debe ser una condición *sine qua non*.

j) La universalización de la atención, de calidad, con enfoque de interculturalidad, de género, de derechos humanos y la sustentabilidad financiera son áreas donde las agencias del sistema de Naciones Unidas podemos contribuir desde nuestras diferentes miradas y mandatos.

69. De parte de Francisca de la Cruz, de la Casa de Salud “Manos Unidas”, surge la duda de cómo sería un esquema transectorial mencionado por el relator del grupo de Naciones Unidas y surge inquietud acerca del sistema de traslados mencionado por el relator del grupo de gobierno. Javier Domínguez explicó el concepto de transversalidad en el sentido de que se exija la participación de varios sectores en el cumplimiento de políticas públicas. Agregó también que en cuanto a la sustentabilidad financiera no pretende que Naciones Unidas será la que financie las necesidades de las estrategias sino que ayudará a construir capacidades nacionales para que precisamente se disponga de suficientes recursos. Fabián Rodríguez respondió que es más fácil, más económico y trae mejores resultados cuando se cuenta con un buen sistema de traslado más que desarrollar toda una infraestructura sanitaria.

Anexo I**LISTA DE PARTICIPANTES****1. Organismos de gobierno**

Raymundo Canales, Director General Adjunto de salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México

René Castro, Encargado del Área de Salud sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Chile, Ministerio de Salud, Chile

Thelma Patricia Cortéz, Secretaría Presidencial de la Mujer, SEPREM, Guatemala

Lise Marie Déjean, Raymundo Canales, Consultora del Ministerio de la Condición Femenina y Derechos de las Mujeres, Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes, Haïti

Graciela Hernández Tepichin, CENSIDA, México

Jessica Lombana, Instituto Nacional de las Mujeres, Inmujeres, México

Rufino Luna, Centro nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México

Rosa María Núñez, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, México

Mercedes Piloto Padrón, Ginecobstetra del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Ministerio de Salud Pública de Cuba, Cuba

Fabián Rodríguez, Encargado del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Uruguay

José de Jesús Romero, Instituto de Salud, Secretaría de Salud, Chiapas, México

Nilda Patricia Soliz Sánchez, Dirección General de Información de la Salud, Secretaría de Salud, México

**2. Organismos no gubernamentales**

Natalia Reyes Andrade, Kinal Antzetik, México

Alejandra Centeno, Red Nacional de Casas Maternas, Nicaragua

Francisca de la Cruz Victoria, Casa de Salud “Manos Unidas”, México

Daniela Francisca Díaz Echeverría, FUNDAR, México

Graciela Freyermuth, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México

Sandra G. García, Population Council, México

David Meléndez, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México

Aurelia Mora González, Casa de Salud “Kami Kalli”, México

Martha Murdock, Family Care International, Estados Unidos

María Angélica Rodríguez, Casa de Salud “Kami Kalli”, México

**3. Agencias de las Naciones Unidas**

Celia Aguilar, Consultora UNIFEM, México

Anna Coates, CEPAL, México

Lourdes Colinas, CEPAL, México

Suzanne Cross, CEPAL, México

Bremen de Mucio, OPS

Javier Domínguez, UNFPA, México

Gerry Eijkemans, OPS-OMS, México

Karla Gallo, UNICEF, México

Ana María Guemez, UNICEF, México

Paz López, UNIFEM, México

Jorge Máttar, Oficial a cargo, CEPAL, México

Enrique Paz, UNICEF, México

Erika Poblano, UNIFEM, México

Eva Prado, UNICEF, México

Teresa Rodríguez, Directora Regional UNIFEM, México

Susana Sottoli, Representante UNICEF, México

#### **4. Ámbito académico**

Vincent De Brouwere, IRD- Institut de recherche pour le Développement, Bélgica

Fátima Juárez, El Colegio de México, México

Paola Sesia, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México

Alicia Yamin, Universidad de Harvard, México

Anexo II**RELATORÍA DE LA MESA DE LA SOCIEDAD CIVIL**

Participantes: María Angélica Rodríguez, Alicia Yamin, Daniela Díaz, Natalia Reyes, Aurelia Mora, David Meléndez, Celia Aguilar, Paola Sesia, Alejandra Centeno, Francisca de la Cruz Victoria.

Punto de partida: el enfoque de derechos

Mapeo de actores en la estrategia de reducción de la MM, basada en el modelo de las 3 demoras: hay distintos niveles de responsabilidad de los distintos actores

Mayor responsabilidad al sector público y sector salud.

Queremos cambiar al mundo porque creemos que las utopías son un derecho irrenunciable.

Determinantes	Estrategias	Responsables	Niveles
Fragmentación del sistema de salud, implica dificultades en la cobertura real/dificultad en garantizar el acceso universal y gratuito	Conformación de un sistema único de salud público, universal y gratuito	Gobiernos ejecutivo y legislativo/instituciones internacionales financieras y donantes	Nacional
Legislación restrictiva con respecto al aborto/inhabilidad de poner la problemática en la agenda pública como un problema sanitario	Despenalización del aborto Promoción de los estados laicos y con respecto a las constituciones nacionales Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de acuerdo con las normatividades internacionales suscritas por los países	Gobiernos ejecutivo y legislativo judicial	Nacional Estados
Falta de insumos (recursos financieros como humanos) en salud reproductiva desde la anticoncepción hasta la atención materna (incluyendo AOE)	Racionalización y reasignación de los recursos de acuerdo con las necesidades reales Transparencia en la asignación de los recursos e insumos de manera amplia y generalizada, clara y accesible Rendición de cuentas en su uso y distribución	Gobiernos ejecutivo y legislativo Tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) Donantes/agencias financieras	Nacional y subnacional

/Continúa

Determinantes	Estrategias	Responsables	Niveles
Uso de Indicadores inadecuados o con demasiada énfasis en la RMM y porcentaje de partos institucionales/ indicadores de gastos/atención calificada al parto/número de consultas prenatales	Introducir nuevos indicadores, priorizando indicadores de proceso, con énfasis en la calidad y desempeño de los servicios, con pertinencia cultural y de género, vinculados al enfoque de derechos, que tomen que cuenta la distribución del presupuesto y desagregados a nivel subnacional, género, etnia y clase social	Gobiernos/agencias multilaterales/agencias financieras	Nacional/ multilateral/ global
Falta de información de la población sobre signos de alarmas en emergencia obstétrica y sus derechos a acceder a servicios de salud	Campañas de difusión/atención prenatal como espacio de información/adopción de los enfoques de género/ interculturalidad y derechos en la difusión de la información/ legalización-promoción y financiamiento para las radios comunitarias	Gobiernos/agencias financieras y donantes/ sociedad civil/ comunidad local	Nacional, estatal y local
Falta de redes sociales adecuadas a nivel comunitario para la promoción de la salud materna	Fortalecimiento de las redes sociales comunitarias a nivel local de acuerdo con las características específicas de cada comunidad	Gobierno local/servicios de salud locales/sociedad civil/donantes	Local, pero con sinergias a nivel nacional y estatal
Faltas de medios de comunicación y transporte adecuados a las condiciones locales	Intercambio de experiencias exitosas  Transparencia y rendición de cuenta de las acciones y uso recursos Arriba		
Falta de reconocimiento de la importancia de la atención intercultural de la salud materna	Revisión de la currícula universitaria en escuelas de medicina y enfermería  Revisión e implementación de las normas y los protocolos de atención	Escuelas de medicina y enfermería e instituciones de acreditación/gobierno ejecutivo	Nacional y subnacional

/Continúa

Determinantes	Estrategias	Responsables	Niveles
Deshumanización del parto y nacimiento en parto hospitalario/prácticas iatrogénicas en atención del parto hospitalario /bajo perfil en la agenda pública	Rescindir de las prácticas innecesarias, dañinas y no benéficas en la atención del parto a nivel médico  Supervisión monitoreo y seguimiento de la aplicación de las normas y protocolos/vigilancia y contraloría social	Gobiernos/donantes/sociedad civil/organismos multilaterales	Nacional y subnacional
Falta de mecanismos legales y administrativos de exigibilidad de los derechos en casos de que estos derechos no se respeten, no se promuevan o se vulneren por parte de las instituciones públicas de salud	Establecimiento de los mecanismos legales y administrativos  Vigilancia, monitoreo, acompañamiento de las demandas de las víctimas/litigio estratégico (a nivel de visibilidad y de posibilidad de ganar la causa)	Gobiernos (ejecutivo, legislativo y judicial)  Comisiones o instancias públicas de derechos humanos  Sociedad civil	Nacional y subnacional
Desnutrición de las mujeres como violación e incumplimiento del derecho a la alimentación y a la buena nutrición de las mujeres	Políticas pública de seguridad alimentaria/ transición de un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos  Fortalecimiento del programa mundial de alimentos para poblaciones en condición de vulnerabilidad, incluyendo a mujeres lactantes y embarazadas  Asignar recursos en situaciones de crisis alimentarias y económicas/no regresión y progresividad en la promoción de una alimentación equitativa en el ámbito familiar y comunitario (incorporación de la equidad de género en las políticas y acciones en el campo nutricional)  Definir metas adicionales no regresivas y progresivas en cuanto al cumplimiento del derecho a la alimentación	Gobiernos  Agencias multilaterales  Donantes	Nacional e internacional  Familiar y comunitario

/Continúa

Determinantes	Estrategias	Responsables	Niveles
Concentración de la práctica de la obstetricia en las manos de los ginecoobstetras/Falta de incorporación de las parteras profesionales o de personal no tan medicalizado dentro del sistema de salud	Implementación y/o ampliación de las carreras de obstetricia e incorporación de este personal en las estructura de los servicios de salud materna/	Universidades y sistemas de acreditación Ministerios de educación Ministerios de salud Organismos multilaterales	Nacional y subnacional
Tema del presupuesto asignado o no asignado a la salud materna	Programas de salud materna con presupuesto específico asignado  Análisis del presupuesto multisectorial (educación desarrollo social salud, equidad de género etc.) para el cumplimiento de la meta en salud materna		
Falta de educación sexual y reproductiva de la población			
Violencia ejercida contra las mujeres			

Anexo III

**RELATORÍA DE LA MESA DE GOBIERNO**

Estudiar alternativas pertinentes para la problemática rural y para la problemática urbana.

Metrópolis: concentración poblacional.

Rurales: No hay acceso adecuado a servicios de salud. Personal de salud necesita incentivos (sueldo, vivienda, seguridad, transporte).

Formación de parteras profesionales, formación intercultural de los médicos, desarrollo de sistemas de referencia y contrarreferencia, atención 24 horas al día / 365 días al año, sistemas de traslado. Canastas anticonceptivas gratuitas, atención inmediata y universal a toda mujer embarazada en cualquier institución de salud.

**QUÉ LE PIDE EL SECTOR SALUD A OTROS SECTORES**

**DEL SECTOR SALUD** que provea un sistema de acceso universal a la atención de emergencia obstétrica, con calidad y gratuidad

Que haya planes subregionales según tipología epidemiológica y social, y tipología de los servicios de salud.

Aseguramiento de la capacidad de atención de emergencia obstétrica.

**SECTOR CARRETERAS**

Caminos transitables para las comunidades rurales.

**SOCIAL**

Que la gente toda se entere de sus derechos de acceso a servicios cercanos, gratuitos y de calidad

**SECTOR DE HACIENDA Y PRESUPUESTO**

Mejores salarios para los médicos y enfermeras que van a áreas rurales, pero no es suficiente, se requiere garantizarles vivienda, seguridad y transporte.

Caso de Chile. Que se implementen mecanismos de gestión financiero para las unidades de hospital que incentiven el mejoramiento en la capacidad de atención del parto, del neonato y de emergencia, que atiendan más mujeres con emergencia y con mejores resultados.

**UNIVERSIDADES**

Formación de enfermeras obstetras, parteras profesionales y médicos con particular atención para las poblaciones donde son más necesarios (médicos de familia, rurales, más humanos).

**POLÍTICA SOCIAL**

Incentivo para las mujeres y los hombres que están en programas de PF o se hacen vasectomía. Ejemplo de Uruguay. Canasta de gratuidad para mujeres que se controlan el embarazo.

### COMUNICACIÓN SOCIAL

Que periódicos y televisión diseminen la ubicación precisa de unidades médicas que atienden partos y de los hospitales que atienden emergencia obstétrica como en Cuba.

### SECTOR DERECHOS

Que los comités de seguimiento de pactos internacionales de derecho presionen a los gobiernos para que incrementen el presupuesto del PIB destinado a Salud, Hagan real el acceso universal de las mujeres a la atención de emergencia obstétrica, En especial a aborto seguro

### QUE EL TEMA DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

Se vaya al parlamento no como un tema de debate de aborto sino como un tema de un método más de planificación

### SOCIEDAD CIVIL

Hacer el puente entre comunidad y servicios de salud, por ejemplo

QUIÉN: Iglesias

Asociaciones comunitarias de campesinos, comités de agua, etc.

QUÉ: difundan signos de alarma

Vigilen la calidad de las unidades médicas existentes.