

NO MÁS MUERTES INNECESARIAS

Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna



IIMMHR
INTERNATIONAL INITIATIVE
ON MATERNAL MORTALITY
AND HUMAN RIGHTS

Abreviaturas

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 18 de diciembre de 1979)

AOEm: Atención obstétrica de emergencia

OG 14: Observación General 14 sobre el derecho al más alto nivel posible de salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 4 de Julio de 2000)

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966)

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966)

© 2009 International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights

Impreso en los Estados Unidos
Diseño: alarm sarl

Foto de Carátula: Alejandrina Condori Zamata, mujer líder y Agente de Salud Comunitaria de la comunidad Asillo Pampa Grande presentando sus ideas en el taller “Conociendo nuestro cuerpo, conociendo nuestros derechos” en la provincia de Azángaro, Región Puno, Perú.

Fotografía: Luz Estrada, Programa Derechos en Salud, CARE Perú

No más muertes innecesarias es una publicación de la Iniciativa Internacional de Mortalidad Materna y Derechos Humanos (IIMMHR, por su sigla en inglés). Fue escrita por Joanne Csete en consulta con los miembros del Comité Directivo de IIMMHR. Esta publicación fue posible gracias al apoyo del Ministerio de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID).

IIMMHR es el primer esfuerzo de la sociedad civil en cuanto a derechos humanos orientado a disminuir la mortalidad materna. Si desea más información, visite www.righttomaternalhealth.org.

Más de 500.000 mujeres mueren al año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo el parto y el puerperio. Estas muertes trágicas y evitables son el punto más extremo de las violaciones a los derechos humanos de mujeres y niñas en muchos aspectos de sus vidas y en todos los niveles en cuanto a sus decisiones en materia de salud. Acabar con estas violaciones a los derechos humanos de las mujeres es fundamental para prevenir las muertes maternas.

Las mujeres tienen derecho a no morir innecesariamente en el proceso de dar a luz. Los gobiernos de todo el mundo se han comprometido a disminuir la mortalidad materna y proteger a las mujeres del abuso a los derechos humanos que subyace a estas muertes. No obstante, la tasa de mortalidad materna nivel mundial no ha cambiado mucho con los años.

Más del 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo y en comunidades de escasos recursos. En general, los problemas de salud son más frecuentes y graves entre las personas que viven en pobreza que entre aquellas que gozan de una mejor posición económica. La mortalidad materna refleja esta disparidad de manera significativa. Las mujeres de los países ricos enfrentan un riesgo de mortalidad materna de aproximadamente 1 en de 7.000; en contraste, 1 de cada 22 mujeres en África y 1 de cada 7 en los países más pobres del mundo muere debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas sorprendentes estadísticas son resultado, entre otras cosas, de la discriminación extrema y de la falta de empoderamiento de las mujeres pobres.

Aproximadamente el 80% de las muertes maternas se deben principalmente a cinco tipos de emergencias obstétricas: infección, hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos (como la eclampsia), parto obstruido o prolongado, y complicaciones por abortos realizados en condiciones de riesgo. Por cada mujer que muere, aproximadamente 30 sobreviven para después sufrir algún tipo de lesión o discapacidad que en la mayoría de los casos es permanente. Hoy existen intervenciones de salud que se ha comprobado pueden impedir que las emergencias obstétricas

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

“

El número anual de muertes [maternas] no ha cambiado en treinta años. Pueden apostar a que si existiera algo llamado mortalidad paterna, las cifras no se mantendrían congeladas en el tiempo por tres décadas.

”

–Stephen Lewis, ex enviado especial de la ONU sobre VIH/SIDA en África, 26 de abril de 2005

devengan en la muerte o en lesiones. No obstante, para ser eficaces, los servicios de salud deben ser accesibles, asequibles, de buena calidad y culturalmente apropiados. Las causas de la mortalidad y la morbilidad materna van más allá de las emergencias obstétricas y responden a factores estructurales que conducen a embarazos no planeados y que reflejan las diversas maneras en las que la subordinación de las mujeres les impide hacer uso de los servicios de salud, tomar decisiones relacionadas con su propia salud, o simplemente hacerse escuchar en los corredores del poder político.

Algunos países de escasos recursos han disminuido la mortalidad materna mediante inversión estratégica y dirigida a que la atención calificada al parto sea accesible y disponible para la mayoría de las mujeres. Esto incluye la atención obstétrica de emergencia (AOEm) de buena calidad y la promoción de la participación de las mujeres y sus comunidades en la toma de decisiones respecto de la organización, manejo y provisión de los servicios de salud.

Es tiempo de que los gobiernos cumplan con su compromiso de respetar, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres y garantizar que éstas no mueran por causas relacionadas con la maternidad. Este llamado a la acción, respaldado por el comité directivo de la Iniciativa Internacional de Mortalidad Materna y Derechos Humanos, enfatiza la importancia de considerar las violaciones de los derechos humanos que subyacen a la mortalidad materna y propone acciones necesarias para abordarlas y hacer de la maternidad sin riesgos una prioridad.

El hecho de que tantos millones de mujeres hayan muerto o puedan morir debido a la falta de atención materna de buena calidad es un escándalo en materia de derechos humanos; estas muertes innecesarias deben terminar. Sin acciones concretas en favor de los derechos humanos de las mujeres, las lesiones y las muertes relacionadas con la maternidad continuarán ocurriendo.

Cinco razones que justifican por qué es fundamental **garantizar los derechos humanos de las mujeres y así eliminar la mortalidad y la morbilidad materna.**

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

1

La muerte materna es evitable. Las mujeres tienen derecho a acceder a las intervenciones de atención en salud necesarias para salvar sus vidas.

Las causas de la muerte materna y las maneras más eficaces para prevenirla y evitarla se conocen desde hace muchos años. Para las mujeres ricas o que cuentan con acceso a servicios de salud de calidad, la mortalidad materna no representa un problema de salud. Hoy por hoy existe consenso a nivel internacional sobre las intervenciones en salud y los pasos concretos a seguir para evitar las muertes maternas. Los gobiernos que no utilizan los recursos disponibles en beneficio de la implementación de estas medidas ya comprobadas, demuestran su despreocupación por proteger los derechos y la condición humana de las mujeres.

El derecho de las mujeres a la vida no debe de comprometerse solo por el hecho de estar embarazada. El derecho a no ser discriminadas incluye también el derecho a la atención obstétrica básica y de emergencia. La falla de los gobiernos en lo que respecta a la protección de estos derechos se debe a las profundas desigualdades de poder entre hombres y mujeres, ricos y pobres y entre zonas urbanas y rurales. Destinar recursos públicos suficientes y adecuados a los servicios de salud materna y de salud sexual y reproductiva debe ser una acción concreta por parte de los gobiernos si es que éstos pretenden cumplir con el compromiso de proteger los derechos de las mujeres.

Sin embargo, disminuir la mortalidad materna también representa un desafío para los gobiernos, especialmente en los países de bajos ingresos. Por ejemplo, medir con exactitud las tasas de mortalidad materna es complejo ya que algunas muertes ocurren en el hogar y no en los hospitales, o bien hay casos en que mujeres mueren cuando van en camino al hospital. No obstante, la dificultad de medir la mortalidad materna no es una excusa para la inacción. Los gobiernos pueden avanzar si implementan las estrategias y servicios ya conocidos y basados en la evidencia para garantizar acceso al continuo de la atención en salud materna, así como en medidas más amplias para proteger los derechos de las mujeres.

Recuadro 1

INDICADORES DE PROCESO DE LA ONU PARA PREVENIR LA MORTALIDAD MATERNA

- Garantizar que por cada 500.000 personas existan al menos cuatro unidades con servicios de AOEm básicos y una con servicios de AOEm integrales (ver glosario), y asegurar que éstas se distribuyan de manera adecuada entre diferentes distritos.
- Garantizar que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas puedan acceder y ser atendidas en unidades que garanticen la AOEm.
- Garantizar que la tasa de mortalidad sea menor al 1% en mujeres que presentan emergencias obstétricas en una unidad de atención de salud determinada.
- Alcanzar una tasa de parto por cesárea que represente no menos del 5% de todos los partos.
- Garantizar que al menos el 15% de los nacimientos ocurran en unidades que provean servicios de AOEm.

Fuente: UNICEF, OMS y UNFPA. *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 1997. Disponible en <http://www.amddprogram.org/resources/UNGuidelinesSP.pdf>.

Es ampliamente reconocido que todos los nacimientos deben ocurrir en presencia de un/a asistente de parto calificado/a. En el año 2000, los estados miembros de la ONU reunidos en la Cumbre del Milenio, acordaron que la atención calificada del parto es un indicador clave para medir el avance de los gobiernos en materia de reducción de la mortalidad materna. Un/a asistente calificado/a es un médico, enfermera o enfermera obstétrica que puede manejar partos normales así como diagnosticar y referir las emergencias obstétricas a los centros de salud que cuenten con la tecnología necesaria para evitar que éstas deriven en lesiones o muertes maternas. Proteger el derecho de las mujeres a evitar los embarazos no deseados debe ser un elemento central para disminuir el riesgo de la mortalidad y la morbilidad materna (ver punto 4, más abajo).

La Organización de las Naciones Unidas ha establecido una serie de indicadores de “proceso” con respecto a la AOEm (ver Recuadro 1).

Los indicadores de proceso respaldados por la ONU han sido implementados en algunos países de escasos recursos. Dichos países han logrado avances a pesar de las condiciones de pobreza (ver Recuadro 2).

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

Garantizar estándares mínimos de servicio para el acceso a anticoncepción, atención calificada del parto y AOEm, constituye una obligación clave que los gobiernos deben cumplir en materia de derechos humanos en tanto que se trata de factores fundamentales para la protección de la vida y la salud de las mujeres. Los gobiernos deben cumplir con estas obligaciones de manera progresiva tal y como lo establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, utilizando “el máximo de los recursos disponibles”. Si bien no se puede esperar que un país en desarrollo transforme su sistema de salud y garantice la maternidad sin riesgos de la noche a la mañana, si se espera que el derecho a la salud se garantice “progresivamente”. Esto implica que los gobiernos avancen de manera continua y en la dirección correcta, que están usando todos los recursos disponibles y que cuentan con planes y programas concretos mismos que se deben reflejar en el presupuesto público. También significa esfuerzos progresivos para garantizar un número adecuado de asistentes de parto calificados/as, mayor acceso a AOEm de calidad así como la implementación de intervenciones basadas en la evidencia administradas de manera respetuosa y competente. Por otro lado, si la cooperación internacional pretende contribuir a que en los países en desarrollo se garantice el derecho a una maternidad sin riesgo, éstos deben de coadyuvar a los gobiernos de dichos países a encontrar la manera de garantizar a todas las mujeres el acceso a la salud.

Si bien las intervenciones en materia de atención en salud son decisivas, la mortalidad y morbilidad maternas solo serán resueltas si los gobiernos se comprometen a salvaguardar los derechos humanos de las mujeres más ampliamente. Un gobierno que expresa su intención por disminuir la mortalidad materna, no puede hacerlo sin antes crear leyes y diseñar políticas públicas concretas a través de las cuales se garantice el derecho de todas las mujeres al acceso a servicios de salud integrales, incluida la anticoncepción. Así mismo, el gobierno debe llevar a cabo acciones para erradicar la violencia de género, la subordinación y la discriminación en contra de las mujeres. Finalmente, se debe garantizar la igualdad de las mujeres en todos los niveles relacionados con la toma de decisiones políticas. Abordar la mortalidad materna desde una perspectiva de derechos implica, a su vez, generar mecanismos a través de los

cuales se garantice la reparación legal a las mujeres a quienes se les niega el acceso a servicios, así como acciones de rendición de cuentas encabezadas por la sociedad civil.

Las organizaciones de la sociedad civil—tanto a nivel nacional como comunitario—pueden desempeñar un papel importante para presionar a los gobiernos a que rindan cuentas en lo que respecta al cumplimiento de sus obligaciones en materia de garantizar la salud materna a todas las mujeres. Por ejemplo, las organizaciones pueden monitorear el acceso a servicios de salud, sobre todo en las comunidades más vulnerables. Los gobiernos para quienes la mortalidad y la morbilidad materna no es una prioridad, están desatendiendo los derechos humanos que ellos mismos se han comprometido a defender. Esto implica la posibilidad de que estos gobiernos sean llamados a responder por esta negligencia ante, por ejemplo, comisiones de derechos humanos u otro tipo de autoridades. En muchos países la sociedad civil ha desarrollado la capacidad para poder acompañar y/o facilitar este tipo de procesos.

Los gobiernos están obligados a promover, respetar y garantizar los derechos humanos relacionados con el acceso universal a servicios de salud necesarios para prevenir y evitar las lesiones y muertes maternas:

- ***Las mujeres tienen derecho a la vida (PIDCP, artículo 6).***
- ***Las mujeres tienen derecho al más alto nivel posible de salud, así como a servicios de salud que sean accesibles, de costo asequible, aceptables y de alta calidad (PIDESC, artículo 12; CEDAW, artículo 12).***
- ***Las mujeres tienen derecho a no ser discriminadas por motivos de sexo, raza, nacionalidad, ingresos o propiedad, religión, condición de salud, origen o cualquier otra condición social; también en lo que respecta a la provisión de servicios de salud (PIDCP, artículo 2).***
- ***Las mujeres tienen derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, también en el área de la atención obstétrica de emergencia (PIDESC, artículo 15).***
- ***En países de escasos recursos, la ayuda y cooperación internacionales deben formar parte del logro progresivo del derecho a servicios de salud (PIDESC, artículo 2).***

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

CREAR UNA BASE SÓLIDA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA BÁSICA Y DE EMERGENCIA EN LAS COMUNIDADES DE ESCASOS RECURSOS

En Bangladesh, uno de los países más pobres del mundo, más del 90% de los nacimientos ocurre en el hogar, lo que representa una barrera para garantizar el acceso a atención calificada, incluida la AOEm. Las acciones emprendidas por el gobierno, no obstante, apuntan a que sí se puede lograr un avance para disminuir la mortalidad materna a pesar de la pobreza. Con la ayuda del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las autoridades nacionales invirtieron en atención obstétrica a nivel distrital en los Centros de Bienestar para la Madre y el Niño (MCWC, por su siglas en inglés), mismos que anteriormente proporcionaban la mayoría de los anticonceptivos y atención pediátrica básica. Se entregaron los suministros básicos para estos centros, incluyendo camas y equipos médicos, y se rediseñaron los espacios de trabajo de los MCWC incluyendo salas para el trabajo de parto.

El mayor desafío fue capacitar al personal en AOEm y establecer un proceso confiable de referencia de pacientes a hospitales más centralizados para que se les realizaran procedimientos que no estaban disponibles en los MCWC. Se construyeron instalaciones residenciales para que el personal de MCWC pudiera brindar atención las 24 horas, y se entregaron incentivos al personal para que éstos adquirieran nuevas responsabilidades. Estas medidas a nivel de los MCWC y el mejoramiento de la AOEm a nivel más centralizado elevaron al triple la tasa de nacimientos asistidos en un establecimiento de salud en los distritos de cobertura y aumentó la calidad de los servicios obstétricos y no-obstétricos.

Sri Lanka era un país de ingresos muy bajos cuando se dispuso a disminuir las muertes maternas a fines de la década del 50. El gobierno invirtió estratégicamente en capacitación para las enfermeras obstétricas y las ubicó a nivel comunitario donde podían ganarse la confianza de las personas y, con el tiempo, ayudar a crear conciencia acerca de las emergencias obstétricas. Las enfermeras obstétricas podían confiar en un sistema sólido de referencia de pacientes para que éstas recibieran los procedimientos que ellas no podían realizar. Las cargas de trabajo de las enfermeras obstétricas eran manejables y

sus salarios adecuados, con lo cual se logró prevenir la alta rotación de personal. Altos funcionarios de Sri Lanka se sintieron muy motivados a garantizar acceso a servicios de salud en establecimientos descentralizados ya que para permanecer en su puesto necesitaban los votos de las zonas rurales. Con el continuo apoyo para mantener los servicios y motivar a los y las profesionales de salud de primera línea, la mortalidad materna en Sri Lanka cayó de aproximadamente 1.076 por 100.000 nacidos vivos en 1949 a 27 por 100.000 nacidos vivos en 1992.

Fuentes: J. Liljestrand and I. Pathmanathan. "Reducing maternal mortality: Can we derive policy guidance from developing country experiences?" *Journal of Public Health Policy* 2004; 25(3/4): 299–314.
Z. Gill and J.U. Ahmed. "Averting maternal death and disability—Experience from Bangladesh: Implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004; 85: 213–220.

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

“

Existen limitaciones importantes en cuanto a la disponibilidad y calidad de la información como para describir confiadamente el problema [de la mortalidad materna].... Algunas de estas restricciones pueden parecer abrumadoras, y su reflexión continua puede dar la falsa impresión de que no se sabe nada. Claramente, sabemos lo suficiente como para actuar.

”

–Carine Ronsman y Wendy J. Graham,
The Lancet, 30 de sept., 2006

2.

Las mujeres más pobres y vulnerables enfrentan las mayores barreras para acceder a la atención en salud.

En demasiados países, los altos costos de los servicios de salud impiden que las mujeres puedan acceder a la atención obstétrica que puede salvarles la vida. Las cuotas de recuperación (user fees) constituyen un acto de discriminación en contra de las personas pobres. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU—responsable de supervisar que los estados parte implementen el derecho a la salud—establece que los gobiernos están obligados a garantizar la asequibilidad de los servicios de salud para todas las personas, incluidos los “grupos más desfavorecidos”. Las personas que viven en la pobreza no deben ser excluidas de los servicios esenciales ni deben ser sobrecargadas de manera desproporcionada a través de cobros por los servicios de salud. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ampliamente ratificada, obliga a los estados parte a proporcionar servicios gratuitos a las mujeres “cuando fuere necesario” (Artículo 12); este importante compromiso con demasiada frecuencia no se cumple. De manera urgente, los gobiernos deben encontrar maneras de garantizar que las mujeres no mueran debido a la falta de recursos económicos para pagar por atención calificada antes y después del parto, incluyendo la AOEm. A su vez, si los países donantes pretenden cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos, entonces deben ayudar a los gobiernos de los países pobres a lograr este objetivo.

Una serie de estudios realizados en varios países han demostrado que el costo humano de excluir a los más pobres a través de las cuotas de recuperación es mucho mayor a lo que dichas cuotas contribuyen en materia presupuestaria. Sin embargo, eliminar las cuotas en el área de la prevención de lesiones y muertes maternas constituye un desafío porque la atención adecuada requiere de personal y equipo especializado que muchas veces no es financieramente viable para los gobiernos debido a sus

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

restricciones presupuestarias. No obstante, si se quiere garantizar el acceso a los servicios obstétricos y de salud a los que todas las mujeres tienen derecho, es necesario que estas cuotas se eliminen.

Los donantes tienen la obligación de ayudar a que los países de escasos recursos se aseguren de que las mujeres pobres no serán discriminadas en lo que respecta al acceso a la atención en salud. Cuando no es posible eliminar las cuotas de recuperación de forma inmediata, los gobiernos están obligados—con la ayuda de los países donantes—a evitar que las tarifas se conviertan en una barrera de acceso. Los gobiernos, por ejemplo, pueden aprender de los esfuerzos realizados por algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) quienes han implementado una metodología a través de la cual se recaban fondos de emergencia controlados por la comunidad así como programas de subsidios que ayudan a las mujeres pobres a pagar por la AOEm. Las ONG tienen una función muy importante al abogar tanto por las acciones del gobierno en apoyo de estos esfuerzos, como por la asistencia internacional orientada a eliminar todas las barreras económicas que deben enfrentar las mujeres al momento de acceder a servicios de salud.

Durante una emergencia obstétrica, las mujeres dependen de varias cosas: la ayuda de otras personas, el acceso al transporte público y la existencia de un sistema eficiente de referencia para poder obtener la atención médica que les salve la vida. Los gobiernos deben actuar rápidamente para transformar la situación que hace que las mujeres de sectores más acomodados cuenten con acceso a la mejor atención, mientras que las mujeres que viven en la pobreza, en zonas rurales o remotas, o que viven lejos de un hospital mueran por falta de atención. El establecimiento de sistemas de referencia que garantizan el acceso a atención para las mujeres de zonas rurales o que viven lejos de los hospitales es un aspecto fundamental de toda política de salud eficiente. Las mujeres de minorías étnicas o raciales, de castas o clases inferiores, aquellas que sufren de violencia doméstica, o quienes sufren de cualquier tipo de marginación no deben ser olvidadas. Entre los métodos exitosos para abordar las emergencias obstétricas se encuentran la movilización de la comunidad y la creación de planes

y estructuras comunitarias para proporcionar asistencia económica y de transporte a las mujeres que lo requieran (ver Recuadro 3).

No debemos olvidar que las mujeres más vulnerables del mundo— las que viven en países en guerra o que se encuentran en medio de conflictos armados internos—enfrentan grandes riesgos durante el embarazo y el parto. Lo único a lo que pueden acceder estas mujeres es a lo que ofrece la asistencia humanitaria; por lo tanto, es el deber de la comunidad internacional garantizar el derecho de estas mujeres a la salud materna. Desgraciadamente, el rápido aumento en las tasas de mortalidad materna en regiones que se encuentran en conflicto y post-conflicto no recibe la atención que se merece por parte de los donantes internacionales.

La atención obstétrica y los servicios de salud reproductiva asequibles constituyen un derecho de todas las mujeres, sobretodo aquellas en condiciones de pobreza y marginación:

- ***Las mujeres tienen derecho a no ser excluidas de los servicios esenciales de salud por el hecho de ser pobres (OG 14).***
- ***Las mujeres que viven en pobreza tienen derecho a no recibir la carga desproporcionada que implican los costos de los servicios de salud (OG 14).***
- ***Las mujeres embarazadas tienen derecho a servicios de salud sin costo cuando fuere necesario a fin de obtener la atención que requieran (CEDAW, artículo 12).***
- ***Las mujeres tienen derecho a recibir atención médica en caso de enfermedad (PIDESC, artículo 12).***

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

ACCIÓN COMUNITARIA EN LAS RESPUESTAS BASADAS EN LOS DERECHOS HUMANOS

Las comunidades que viven en la pobreza y marginadas por la lejanía geográfica enfrentan muchos desafíos relacionados con la salud. No obstante, en muchas de las comunidades de escasos recursos, los programas han mostrado que las comunidades pueden participar de manera respetuosa y sustentable en la disminución de las muertes maternas.

El Programa ReproSalud en Perú ha disminuido las muertes maternas mediante los logros sobresalientes de más de 240 organizaciones comunitarias que llegan a más de 200.000 mujeres de escasos recursos y al 10% de los distritos del país. Liderado por la organización *Movimiento Manuela Ramos*, el programa no se centra en la provisión de servicios, sino en empoderar a las mujeres y a las comunidades para que hagan valer su derecho de acceder a los servicios de salud materna. ReproSalud ayuda a las comunidades a enfrentar las barreras de acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida la violencia doméstica y otros abusos en el hogar, el trato irrespetuoso de las mujeres pobres por parte de los profesionales de la salud, e información errónea sobre salud reproductiva. También ayuda a las comunidades a establecer bancos comunitarios en los pueblos y fondos para atender las emergencias obstétricas.

Al otro lado del mundo, en el desierto del Sahara en Mauritania, donde miles de mujeres viven en condiciones de pobreza y a grandes distancias de los hospitales con servicios de maternidad, un programa financiado por USAID apoya a organizaciones locales y regionales que combaten las muertes maternas en los pueblos y aldeas. Las personas mayores de las aldeas participan creando conciencia respecto de las causas y los síntomas de las emergencias obstétricas y de la importancia de contar con un plan para manejar las emergencias. Los pueblos crean cuentas de ahorro comunales que servirían a las mujeres para pagar el transporte y otros costos en caso de una emergencia obstétrica. Este tipo de movilización puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte para las mujeres que viven en las remotas zonas rurales de Mauritania.

El Proyecto *Warmi* (que significa “mujer” en dos de las lenguas locales) en Bolivia—programa participativo de salud materna enfocado en el fortalecimiento de la voz de las mujeres en las actividades de salud comunitarias—fue instituido a principios de la década de los noventa por Save the Children y sostenido por grupos de mujeres locales. A pesar de que no fue posible medir los cambios en los indicadores de mortalidad materna en las 500 comunidades que con el tiempo se integraron al programa, los resultados que sí pueden ser medidos, como la proporción de nacimientos que se atendieron en los hospitales, mostraron una mejora notable. Entre 2001 y 2003 la metodología empleada por el proyecto *Warmi* fueron adaptadas a una comunidad muy diferente—24 aldeas en las montañas de Nepal. Allí, estableciendo comités de desarrollo en las aldeas gracias a una ONG local y generando conciencia entre los grupos de mujeres, la movilización comunitaria contribuyó a una importante disminución de la mortalidad materna, principalmente a través mejores relaciones entre los hospitales con maternidad y la comunidad, y mejores sistemas de transporte y referencia.

Fuentes: “Comprometiendo a las Comunidades Guatemaltecas para Salvar a las Madres”. *Movilización de Impacto* (informativo del programa de Salud Materno-Neonatal de JHPIEGO), Mayo de 2006. Disponible en www.jhucp.org/pubs/cp/mobilizing/Mobilizing_sp.pdf. USAID y el Grupo de Trabajo del Programa de Movilización Comunitaria ACCESS. *Demystifying community mobilization: An effective strategy to improve maternal and newborn health*. Washington, D.C., 2007.
A-B Coe. *Salud, Derechos y Realidades de las Mujeres en el Perú: Un Análisis del Proyecto Reprosalud*. Takoma Park, Md.: Centro para la Salud y la Equidad de Género, 2001.
USAID y el Proyecto AWARE. “Mauritians improve obstetric care through trainings, community mobilization.” Disponible en inglés en www.aware-rh.org.

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

3.

Para salvar la vida de las mujeres, los establecimientos de salud deben respetar su dignidad y sus derechos.

Las mujeres que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y en el parto son vulnerables y necesitan atención calificada. Las mujeres embarazadas que presentan hemorragia profusa, fiebre alta a causa de una infección, o la dolorosa agonía de un parto prolongado se encuentran en una situación extremadamente vulnerable, y sus vidas dependen de las acciones de otros. Las mujeres que viven la pobreza, las mujeres jóvenes y aquellas que tienen poca educación formal son potencialmente las más vulnerables de todas y en muchos casos quienes menos posibilidades tienen de exigir servicios y relacionarse con el personal de salud. Las mujeres con VIH/SIDA, las mujeres con cicatrices a causa de la mutilación genital femenina y las mujeres que son víctima de violencia doméstica enfrentan un mayor riesgo de emergencias obstétricas y necesitan de atención especial.

Varias ONG e investigadores del tema de mortalidad materna han documentado los horribles maltratos a los que se somete a las mujeres en algunos establecimientos de salud materna de varios países. Las mujeres son tratadas de manera irrespetuosa, no se les hace ninguna pregunta o involucra, o se les insulta y trata de “ignorantes”. En casos extremos, las mujeres sufren de abusos físicos cometidos por los propios servidores de salud. En algunos países, los/as médicos/as y otros miembros del personal en los centros de atención materna no hablan el idioma o dialecto de las mujeres a las que atienden a la vez que no existe la posibilidad de que alguien funga como traductor. Algunos de los centros de atención de salud no muestran respeto por las prácticas culturales y las creencias relacionadas con el parto—por ejemplo, que la mujer dé a luz en posición recostada mientras que la costumbre heredada de sus ancestros es hacerlo sentada o en cuclillas. Es posible que las mujeres de algunas culturas no se sientan cómodas con la idea de recibir determinados procedimientos de parte de un médico o

enfermero de sexo masculino, no obstante, no se les ofrece otra alternativa. Una vez que han llegado a una unidad que brinda AOEm, es posible que haya retrasos en la atención de urgencia que las mujeres necesitan. No sorprende que en muchos países, los estudios hayan indicado que incluso si existen servicios obstétricos disponibles, las mujeres prefieren dar a luz en sus hogares con la asistencia de alguien a quien ellas conocen y en quien confían.

Por otro lado, las enfermeras obstétricas, médicos/as y otro personal responsable de prestar los servicios de salud materna, incluida la AOEm, a menudo trabajan en circunstancias extremadamente difíciles y sin la adecuada protección de sus propios derechos. Frecuentemente, los prestadores de servicios de salud, se encuentran sobrecargados de trabajo, reciben compensaciones bajas, no cuentan con la supervisión ni apoyo adecuado, y en muchas ocasiones sus habilidades no son reconocidas ni premiadas. Es importante reconocer, que en muchos casos este personal de salud enfrenta la presión de mejorar los servicios sin contar con los recursos necesarios para lograrlo. A su vez, muchos no tienen tiempo ni la sensibilidad necesaria para relacionarse con los representantes de las comunidades a las que atienden; por ejemplo, es muy común que no cuenten con mecanismos de sensibilización que les ayuden a aplicar un enfoque de atención sensible al género o a la diversidad cultural.

Para cumplir con su obligación de disminuir las lesiones y muertes maternas, los gobiernos deben garantizar que los servicios sean administrados de manera respetuosa y competente por personal de salud que se sienta apoyado y que no se muestre insensible debido a resentimientos por sus condiciones de trabajo. Si las mujeres tienen razones para pensar que van a ser maltratadas, ningún tipo de información sobre la importancia de la atención calificada durante el parto las hará buscar servicios obstétricos que podrían salvarles la vida. Si los profesionales de la salud no son compensados, capacitados, supervisados y respaldados como corresponde, la atención obstétrica será insostenible y de calidad deficiente.

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

Es derecho de todas las mujeres que los servicios obstétricos de buena calidad y otros servicios de salud sean administrados de manera respetuosa:

- ***Las mujeres tienen derecho a servicios de salud apropiados, compasivos y que respeten la perspectiva de género y la cultura (OG 14).***
- ***Los factores determinantes subyacentes a la salud — educación, alimentación, agua, abrigo y la satisfacción de otras necesidades básicas — son parte del derecho de las mujeres al más alto nivel posible de salud (OG 14).***
- ***Las mujeres tienen derecho a recibir protección especial durante un período razonable antes y después del parto (PIDESC, artículo 10).***
- ***Los trabajadores de la salud tienen derecho a una remuneración justa, y las mujeres trabajadoras de la salud tienen derecho a la misma remuneración que los hombres por realizar el mismo trabajo. Todos los trabajadores tienen derecho a descanso, tiempo libre, a un límite razonable de horas de trabajo, y a condiciones de trabajo seguras y saludables (PIDESC, artículo 7).***

4.

Garantizar el derecho de las mujeres a determinar el número y el espaciamiento entre sus hijos y a la autonomía respecto de su vida sexual es fundamental para disminuir la mortalidad materna.

Aproximadamente 200 millones de mujeres en todo el mundo quisieran retrasar o evitar un embarazo, pero no tienen acceso a anticonceptivos eficaces. La ONU estima que la mortalidad materna disminuiría en aproximadamente un tercio si se evitaran los embarazos no deseados. Una mujer tiene derecho a la autonomía en cuanto a buscar y usar servicios de salud reproductiva y anticoncepción, así como el derecho a negarse a tener relaciones sexuales no deseadas. Muy a menudo las mujeres no gozan de esta autonomía.

Es posible que los hombres no quieran que sus esposas o parejas de largo plazo tengan acceso a servicios de anticoncepción o aborto. En algunos lugares, los centros de salud o las normas de la comunidad exigen que la mujer obtenga la autorización de su esposo o de su pareja para acceder a servicios de anticoncepción o aborto seguro y legal. Las mujeres jóvenes son potencialmente sujetos de discriminación en lo que respecta al acceso a servicios de salud reproductiva. En muchos países, la falta de acceso a servicios de aborto seguro y legal es un elemento que contribuye al riesgo de morir a causa de los embarazos no deseados y las complicaciones clínicas que producen emergencias obstétricas. Se estima que anualmente en todo el mundo ocurren entre 19 y 20 millones de abortos que se practican en condiciones de riesgo, lo que provoca aproximadamente 68.000 muertes y miles de lesiones. Muchas mujeres no cuentan con información básica, científicamente correcta y objetiva acerca de la reproducción y los servicios de salud reproductiva a pesar de que esto es un derecho esencial en sí mismo y elemento central de la atención de salud reproductiva. **Toda mujer tiene derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales; no obstante, esto es un sueño lejano para millones de mujeres en todo el mundo.**

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

Muchas mujeres a las que se les niega la posibilidad de buscar y utilizar los servicios de salud reproductiva tampoco tienen control sobre su vida sexual. Algunas mujeres no pueden negarse a tener relaciones sexuales por temor a la violencia o la coacción. Las mujeres pueden sentir temor de desobedecer a una pareja sexual de la cual ellas dependen económicamente—dependencia que a menudo es producto de la discriminación en contra de las mujeres en materia de educación y empleo. Las mujeres jóvenes o las niñas sometidas al matrimonio infantil son particularmente vulnerables a la subordinación sexual. Muchas mujeres no pueden exigir a sus parejas el uso del condón.

La autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad y el acceso a servicios integrales de salud reproductiva son derechos de todas las mujeres. Los esfuerzos por aumentar el acceso de las mujeres a la información, a la educación en materia de salud sexual y reproductiva y el acceso a clínicas seguras deben ir acompañados de medidas para empoderar a las mujeres y protegerlas en contra de la violencia.

La autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad y el acceso a servicios integrales de salud reproductiva son derechos de todas las mujeres:

- ***Las mujeres tienen derecho a decidir el número y el espaciamiento entre sus hijos (CEDAW, artículo 16).***
- ***Las mujeres tienen derecho a estar libres de la violencia doméstica, la violencia sexual y la coacción (Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993).***
- ***Las mujeres tienen el mismo derecho que los hombres de casarse y estar casadas con libre y total consentimiento (CEDAW, artículo 16). La Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (artículo 21) y muchas otras leyes nacionales especifican una edad mínima de 18 años para el matrimonio. CEDAW (artículo 16) también destaca que el compromiso matrimonial de un niño o niña no tiene validez legal.***

5.

Cuando las mujeres ejerzan su derecho a participar en la vida pública y en la toma de decisiones, el embarazo será más seguro.

Garantizar el acceso a atención obstétrica de emergencia de buena calidad, la presencia de un/a asistente de parto calificado/a durante el parto, y el acceso a todos los servicios de salud reproductiva por sí solos no garantizan la disminución en la tasa de mortalidad materna. Estos esfuerzos deben ser complementados por acciones gubernamentales dirigidas a empoderar social y políticamente a las mujeres. El hecho de que la mortalidad materna siga siendo un problema de grandes dimensiones también es consecuencia de la falta de poder político de las mujeres y no solo de los desafíos técnicos en materia de servicios de salud. Las mujeres no deben quedar fuera de las estructuras de poder solo esperando a que sus derechos sean respetados, sino que deben formar parte de la toma de decisiones políticas en todos los niveles. A su vez, las mujeres deben participar dentro del control de las políticas públicas y programas que afectan su salud y supervivencia. Las mujeres deben jugar un papel más importante en lo que respecta la eliminación de la discriminación de género en el acceso a la educación, la vivienda, la alimentación, el agua y otros factores estructurales determinantes de la salud.

Las comisiones nacionales y sub-nacionales encargadas de los derechos humanos y otras instituciones de justicia deben comprometerse a investigar los casos de exclusión y discriminación que provocan que las mujeres no accedan a los servicios de salud que pueden salvar sus vidas así como a la atención integral en salud reproductiva. El estado no debe obstaculizar la participación de las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de mujeres, que trabajan para garantizar que éstas no pierdan su autonomía a causa de la pobreza, la violencia o la discriminación. Todos los gobiernos deben garantizar que las leyes y políticas

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

“

Si los derechos humanos fueran realmente universales, tendrían que ser aplicados para exigir que los estados tomen medidas efectivas para disminuir la mortalidad materna..., y para permitirle a las mujeres que tengan ellas mismas la capacidad de proteger su salud reproductiva. Los países reconocen [deben hacerlo] que están violando sus propios valores al tolerar la maternidad en condiciones de riesgo.

”

–Rebecca Cook, Universidad de Toronto,
Facultad de Derecho

nacionales aborden de manera sustantiva los derechos de las mujeres, incluido el derecho de la mujer a servicios integrales de salud y a ser protegida en contra de la discriminación. Los países donantes, por su lado, deben hacer algo más que invertir en servicios de atención de salud; deben ayudar a los países de bajos ingresos a encontrar los recursos necesarios para lograr el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos de las mujeres.

Los gobiernos deben asimismo generar mecanismos a través de los cuales sean las propias mujeres quienes encabecen la lucha en contra de la mortalidad materna. Las mujeres deben ser respaldadas y animadas para desarrollar planes comunitarios vinculados al manejo de las emergencias obstétricas y el monitoreo de la provisión de servicios de atención de salud. Se les debe de empoderar también para enfrentar el tema de la subordinación y la discriminación de manera más amplia y contundente.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar que las mujeres estén empoderadas para tomar en sus propias manos la lucha contra el problema de las lesiones y muertes maternas:

- ***Las mujeres tienen derecho a participar en la formulación y la implementación de las políticas del gobierno (CEDAW, artículo 7).***
- ***Las mujeres de zonas rurales tienen derecho a “todas las medidas apropiadas” necesarias para que ellas accedan a los mismos servicios a los que acceden otras mujeres, incluida la participación en la toma de decisiones de políticas públicas (CEDAW, artículo 14).***

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

No puede haber más excusas para que las muertes maternas innecesarias continúen. Los gobiernos deben actuar urgentemente para garantizar el cumplimiento de sus compromisos en materia de salud y derechos humanos para así disminuir la mortalidad materna. Deben comprometerse a que la voz de las mujeres será incorporada en la toma de decisiones en materia de políticas públicas, programas, y otras decisiones políticas. Los donantes deben apoyar estos esfuerzos.

En el año 2000, los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas desarrollaron y acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con el objetivo de guiar los esfuerzos de todos los países en su lucha en contra de la pobreza. Los avances en torno al Objetivo Número 5, “Mejorar la Salud Materna”, serán medidos por medio de la disminución de la tasa de mortalidad materna mediante el indicador del porcentaje de nacimientos en presencia de asistentes de parto calificados/as, así como por medio del cumplimiento de la meta vinculada al acceso a salud reproductiva al año 2015. Este compromiso se basa en promesas hechas en el marco de otras reuniones de la ONU; no obstante, los ODM constituyen una oportunidad excepcional para impulsar una respuesta más amplia y acciones más concretas frente al problema de la mortalidad y la morbilidad materna.

Los informes más recientes sobre el avance en los ODM muestran que el Objetivo 5 es aquel en donde menos se ha avanzado. África y el Sur de Asia—las regiones con el mayor índice de muertes maternas—son las regiones en donde los avances son más lentos. La ONU estima que para reducir las muertes maternas en 75% se requieren recursos financieros adicionales por USD 5,5 mil millones o 6,1 mil millones anualmente hasta el 2015. Este nivel de inversión es factible. La cooperación internacional—actor central en el desarrollo centrado en los derechos humanos—no ha logrado

umentar su apoyo dado que los países donantes no cumplen con su compromiso de destinar el .7% del Producto Interno Bruto a los programas de asistencia internacional. Además, está claro que la mortalidad materna no es una prioridad para muchos países donantes.

Las voces de las mujeres—particularmente de aquellas de los países de escasos recursos—deben de ser tomadas en cuenta dentro del diseño y la implementación de los planes y acciones emprendidas a nivel subnacional, nacional e internacional en torno a la disminución de la mortalidad y la morbilidad materna. Las mujeres cuentan con experiencia suficiente para identificar y eliminar las barreras de acceso a la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, como lo son la pobreza, la marginación y la falta de autodeterminación.

No podemos permanecer en la inacción mientras las mujeres—principalmente las más pobres—siguen muriendo en tal magnitud. Hoy por hoy, sabemos lo que hay que hacer. La desigualdad, la discriminación y el abuso que subyacen a estas muertes son problemas que pueden ser abordados. Cuando la vida de las mujeres sea valorada, se respete su dignidad y se garanticen sus derechos humanos, la promesa del embarazo y parto seguros podrá ser cumplida.

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

Glosario

Atención obstétrica de emergencia básica: Las unidades de AOEm básica proveen los siguientes servicios:

- antibióticos administrados por vía parenteral (intravenoso o por inyección)
- medicamentos oxitócicos administrados por vía parenteral
- anticonvulsivos administrados por vía parenteral
- extracción manual de la placenta
- extracción manual de productos de la concepción retenidos
- parto vaginal asistido (con extracción por vacuum, con fórceps)

Atención obstétrica de emergencia integral: La AOEm integral incluye la AOEm básica más la cesárea y la transfusión de sangre.

Muerte materna: La muerte de una mujer mientras se encuentra embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término del embarazo, independiente de la duración y el lugar de implantación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o fortuitas.

Asistente de parto calificado: Profesional de la salud con habilidades para atender un parto (médico/a, enfermera obstétrica o enfermera) que ha sido capacitado/a para manejar partos normales y para diagnosticar o derivar complicaciones obstétricas.

Referencias y lectura adicional

Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD). *Using the UN process indicators of emergency obstetric services: Questions and answers*. Nueva York: Universidad de Columbia, 2003. Disponible en www.amddprogram.org/resources/UNGuidelinesSP.pdf.

G. Backman et al. "Health systems and the right to health: An assessment of 194 countries." *Lancet* 2008; (Dec 13) 372(9655): 2047-2085.

J. Bueno de Mesquita and P. Hunt. *International assistance and cooperation in sexual and reproductive health: A human rights responsibility for donors*. Colchester, Reino Unido: Universidad de Essex, Centro de Derechos Humanos, 2008. Disponible en inglés en www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/Final%20pdf%20for%20website.pdf.

Centro de Derechos Reproductivos. *Surviving pregnancy and childbirth: An international human right*. Nueva York, Enero de 2005. Disponible en inglés en www.reproductiverights.org.

Centro de Derechos Reproductivos y Association des Juristes Maliennes. *Claiming our rights: Surviving pregnancy and childbirth in Mali*. Nueva York, 2003. Disponible en inglés en www.reproductiverights.org.

Centro de Derechos Reproductivos y Federación de Mujeres Abogadas—Kenya. *Failure to deliver: Violations of women's human rights in Kenyan health facilities*. Nueva York, 2007. Disponible en inglés en www.reproductiverights.org.

Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de Documentación y Recursos de Women Advocates. *Broken promises: Human rights, accountability and maternal death in Nigeria*. Nueva York, 2008. Disponible en inglés www.reproductiverights.org.

R.J. Cook. "Human rights law and safe motherhood." *European Journal of Health Law* 1998; 5(4): 357–375.

P. Hunt and J. Bueno de Mesquita. *Reducing maternal mortality: The contribution of the right to the highest attainable standard of health*. Colchester, Reino Unido: Universidad de Essex, Centro de Derechos

**NO MÁS MUERTES
INNECESARIAS**

**Un llamado a la acción en
materia de derechos humanos
y mortalidad materna**

Humanos, 2007. Disponible en inglés en www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/ReducingMaternalMortality.pdf.

The Kvinna till Kvinna Foundation. *Security on whose terms?* Estocolmo, 2005. Disponible en inglés en www.kvinnatillkvinna.se.

Ministerio de Desarrollo Internacional del Reino Unido. *Working together for better health*. Londres, 2007. Disponible en inglés en www.dfid.gov.uk.

Organización de las Naciones Unidas. *MDG 5—Improve maternal health: Fact sheet*. Disponible en inglés en www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/newsroom/Goal%205%20FINAL.pdf.

Oxfam GB. *The cost of childbirth: How women are paying the price for broken promises on aid*. Londres, 2004. Disponible en inglés en www.oxfam.org.uk.

Physicians for Human Rights. *Demoras Fatales—Mortalidad Materna en el Perú: Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. Cambridge, 2007. Disponible en www.physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/mortalidad-materna-en-peru.pdf.

C. Ronsman and W.J. Graham. “Maternal mortality: Who, when, where and why.” *Lancet* 2006; (Sept 30) 368(9542): 1189–1200.

Save the Children—UK. *Freeing up healthcare: A guide to removing user fees*. Londres, 2008. Disponible en inglés en www.savethechildren.org.uk.

UNICEF, OMS y UNFPA. *Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 1997. Disponible en www.amddprogram.org/resources/UNGuidelinesSP.pdf.

UNFPA. *Facts about safe motherhood*. Disponible en inglés en www.unfpa.org/mothers/facts.htm.

A. Yamin and D. Maine. “Maternal mortality as a human rights issue: Measuring compliance with international treaty obligations.” *Human Rights Quarterly* 1999; 21(3): 563-607.

La Iniciativa Internacional de Mortalidad Materna y Derechos Humanos (IIMMHR) es el primer esfuerzo de la sociedad civil en cuanto a derechos humanos orientado a disminuir la mortalidad materna. Queremos garantizar que las políticas y prácticas de los actores clave aborden la mortalidad materna como un tema de derechos humanos.

Comité Directivo:

- Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas, Universidad de Columbia
- CARE
- Centro por la Justicia y el Derecho Internacional
- Centro de Derechos Reproductivos
- Red Regional para la Equidad en Salud en el Sur de África (EQUINET)
- Family Care International
- Health Equity Group
- Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex
- International Budget Partnership
- The Kvinna till Kvinna Foundation
- Likhaan
- Physicians for Human Rights (Doctores por los Derechos Humanos)
- SAHAYOG