

SEXO

y el hemisferio

LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO
Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

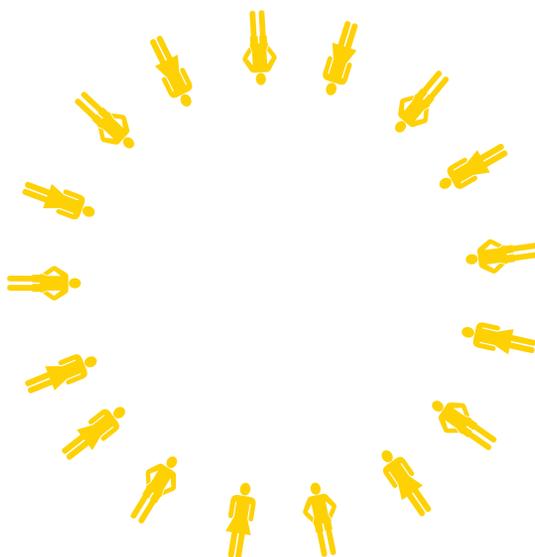


INFORME DE DOS SIMPOSIOS

SEXO

y el hemisferio

LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO
Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE



INFORME DE DOS SIMPOSIOS

Nueva York, 20 de octubre de 2004
Río de Janeiro, 30 de noviembre de 2004



International
Planned
Parenthood
Federation

FEDERACION INTERNACIONAL DE
PLANIFICACION DE LA FAMILIA
REGION DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL, INC.



SEXO

y el hemisferio:

Las Metas de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica y el Caribe

Informe de dos simposios

Realizados en Nueva York, 20 de octubre de 2004

y en Río de Janeiro, 30 de noviembre de 2004



Convocados como parte de la Iniciativa Cuenta Regresiva 2015 por

La Federación Internacional de Planificación Familiar/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)

La Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (Red CDD)

La Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDLAC) y

La Asociación Caribeña para la Investigación y Acción Feministas (CAFRA)

En colaboración con BEMFAM, Population Action International y Family Care International

Con el generoso apoyo de:



Fondo de Población de las Naciones Unidas



La Fundación de la ONU



La Unión Europea *

Comité del Programa: Adrienne Germain, Lynn Freedman, Carmen Barroso, Françoise Girard

Escrito por: Françoise Girard, consultora para la IPPF/RHO

* Los Simposios sobre las MDM y la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe se organizaron con el apoyo de la Unión Europea. El contenido y los resultados de los Simposios son la responsabilidad de la Campaña Cuenta Regresiva 2015 y de ninguna manera deben ser consideradas como una representación de las opiniones de la Unión Europea.

Índice

Prólogo	5
Aspectos relevantes	6
Introducción	7
Las Metas de Desarrollo del Milenio y el Programa de Acción de la CIPD: poniendo énfasis en las similitudes, resolviendo las diferencias	10
Salud sexual y reproductiva y pobreza en Latinoamérica y el Caribe: enfoque en la gente más pobre	20
¿Cómo puede contribuir la salud sexual y reproductiva al logro de las MDM?	22
¿Qué políticas aseguran el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva?	25
Derechos humanos, salud sexual y reproductiva y las MDM	29
Reforma del sector salud, política macroeconómica, salud sexual y reproductiva y las MDM	33
¿Cuánto cuesta asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los beneficios?	38
Estrategias de la sociedad civil para superar los obstáculos para la implementación de las MDM	41
Conclusión	45



Índice *continuado*

Cuadros:

Cuadro 1 Metas de Desarrollo del Milenio, objetivos e indicadores	11
Cuadro 2 Programa de Acción de la CIPD y de la CIPD+5: Metas y Objetivos	14
Cuadro 3 Recomendaciones del Proyecto del Milenio de la ONU y sus Grupos de Trabajo sobre salud sexual y reproductiva	17
Cuadro 4 Las MDM no reemplazan los acuerdos internacionales previos	19
Cuadro 5 Resoluciones recientes que afirman la importancia de la salud sexual y reproductiva para el logro de las MDM	24

Anexos:

Anexo 1 Programas de Nueva York y Río de Janeiro	46
Anexo 2 Organizaciones co-convocadoras	47
Anexo 3 Biografías de oradores y moderadores	48
Anexo 4 Participantes, Nueva York y Río de Janeiro	52



Prólogo

En la Cumbre del Milenio en septiembre del año 2000, las y los líderes del mundo adoptaron la Declaración del Milenio y comprometieron a sus respectivas naciones a una alianza global para reducir la pobreza extrema, mejorar la salud y promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad ambiental. Ha llegado la hora de que las naciones hagan efectivas estas históricas promesas y expandan los esfuerzos que son esenciales para terminar con la pobreza extrema.

De manera muy importante, las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) señalan un fuerte compromiso renovado con los importantes resultados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, y sirven para promover la visión, aspiraciones y metas de aquel trascendental evento. El logro de algunas Metas –incluyendo el mejoramiento de la salud materna, la reducción de la mortalidad infantil, la promoción de la igualdad de género y el combate al VIH/SIDA– dependen directamente de asegurar el acceso generalizado a los servicios de salud sexual y reproductiva. Otras MDM, como la reducción de la pobreza extrema y el alcanzar la sostenibilidad ambiental, comparten una relación menos directa –aunque, de todas formas, importante– con la salud sexual y reproductiva.

El Proyecto del Milenio de la ONU *“Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir las Metas de Desarrollo del Milenio”*, así como los informes de sus Grupos de Trabajo, han hecho enérgicas recomendaciones relacionadas con la importancia crítica de realizar mayores inversiones en salud básica, educación e infraestructura para el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio. Los temas de población y salud sexual y reproductiva son centrales para estos esfuerzos. Los mensajes de los informes indican que:

- Asegurar el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar voluntaria, es esencial para el logro de las MDM.
- La igualdad de género es esencial para el logro de las MDM, y no puede ser alcanzada sin garantizar la salud y los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas.

- El acelerado crecimiento poblacional, la alta fecundidad y los embarazos a destiempo, pueden dejar a las naciones en una trampa demográfica y, de ese modo, perpetuar la pobreza.
- Los sistemas de salud efectivos son necesarios para asegurar el acceso universal a los servicios de salud; y los programas de salud sexual y reproductiva deben ser integrados a los sistemas de salud funcionales.

Estos dos importantes Simposios subrayan varios temas fundamentales que enfrentan las naciones latinoamericanas y caribeñas conforme trabajan hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio. Dadas las severas desigualdades en la región, alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio requerirá un esfuerzo concentrado en el mejoramiento de los servicios básicos de tal manera que lleguen a las poblaciones pobres, marginadas y, de otra forma, insuficientemente atendidas. En el caso de los servicios de salud sexual y reproductiva, esto es especialmente importante, dado que la gente pobre tiene tasas mucho más altas de crecimiento poblacional, embarazo adolescente y mortalidad materna. Las estrategias de reducción de la pobreza basadas en las MDM deben, por lo tanto, orientarse específicamente a las regiones y poblaciones empobrecidas y marginadas, e incluir un enfoque integral para atender la gama completa de preocupaciones en materia de salud reproductiva, incluyendo el acceso a la planificación familiar, el parto seguro y la atención obstétrica de emergencia, así como la prevención, el tratamiento y la atención que son necesarios para atender el VIH/SIDA.

La Iniciativa Cuenta Regresiva 2015, merece elogios por organizar estos simposios y por atraer la atención al importante rol que tiene la salud sexual y reproductiva en el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio.

Stan Bernstein

Asesor Senior sobre Políticas de Salud Sexual y Reproductiva, Proyecto del Milenio de la ONU

Jeffrey D. Sachs

Director, Proyecto del Milenio de la ONU

Director, Earth Institute, Universidad de Columbia

Abril 2005



Aspectos relevantes

Las discusiones sostenidas en los simposios de Nueva York y Río sobre las Metas de Desarrollo del Milenio¹ y la salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe, fueron estimulantes y re-energizantes para la comunidad de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la región.

Estos simposios fueron una ocasión única para examinar los esfuerzos orientados a impulsar la agenda de la salud sexual y reproductiva en un contexto más amplio –el de la erradicación de la pobreza– que el que comúnmente ha enmarcado las discusiones, desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994. Paradójicamente, debemos esta oportunidad a la Declaración del Milenio y a las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM). Las MDM han causado cierta decepción entre la comunidad de la salud reproductiva; sin embargo, han generado una atención renovada y debates acerca de la situación apremiante de la gente más pobre en el mundo en desarrollo, y sobre la mejor forma de atender sus necesidades.

Mientras que el formato de los Simposios no permitió la adopción de una declaración formal, las siguientes conclusiones fundamentales surgieron de los trabajos:

1. La salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la plena implementación del Programa de Acción de la CIPD y de la CIPD+5, son esenciales para erradicar la pobreza y alcanzar las MDM. Esto ha sido establecido enfáticamente por seis de los Grupos de Trabajo del Proyecto del Milenio de la ONU y por el mismo Informe Final del Proyecto.

2. La desigualdad es el más grande desafío para erradicar la pobreza y asegurar la salud en Latinoamérica y el Caribe. Los niveles relativamente altos de ingreso per cápita enmascaran la apremiante situación de la gente más pobre en la región. Hay una necesidad urgente de un renovado

enfoque en las medidas de justicia social y políticas de redistribución a nivel nacional, y para un gasto presupuestal que llegue a la gente más pobre.

3. Las políticas macroeconómicas existentes deben ser llamadas a cuentas por su falta de preocupación en inversiones en sectores sociales y el bienestar de los pueblos. En general, la privatización de los sistemas de salud y las medidas de “recuperación de costos” han tenido impactos negativos en la gente más pobre en Latinoamérica y el Caribe, y especialmente en las mujeres. El énfasis actual en los recortes presupuestales, la liberalización de mercados y la promoción del monopolio de los derechos intelectuales, restringen severamente la capacidad de los gobiernos para lograr las MDM.

4. Un paquete completo de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el tratamiento del VIH, representa una considerable inversión, pero tiene importantes beneficios en la salud y la economía. Los costos de no actuar son grandes y deben ser tomados en cuenta al evaluar los costos netos, ya sea en el campo del VIH/SIDA o en relación con la mortalidad materna. Un obstáculo fundamental para una cobertura total en países como Colombia, es el costo de medicamentos y suministros, que es impuesto por tratados bilaterales con los Estados Unidos.

¹Nota del Traductor. El concepto de “Metas de Desarrollo del Milenio” (Millennium Development Goals o MDGs) también se traduce como “Objetivos de Desarrollo del Milenio” en numerosos documentos de la ONU, inclusive “Invirtiendo en el desarrollo” del Proyecto del Milenio. Sin embargo, en apego a la metodología del marco lógico y el orden que establece de los elementos normativos en términos de: Metas – Objetivos – Actividades (Goals – Objectives – Activities), numerosas referencias incluyendo el propio PNUD y los documentos en español de la IPPF, interpretan “Goals” como “Metas”.



Introducción

Las Metas de Desarrollo del Milenio, especialmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, no pueden ser alcanzadas si no se aborda la problemática de población y salud reproductiva como es debido. Y eso significa mayores esfuerzos para promover los derechos de la mujer, así como una mayor inversión en educación y salud, incluyendo la salud reproductiva y la planificación familiar.

**Kofi Annan, Secretario General de la ONU,
16 de diciembre de 2002**

En septiembre del año 2000, la Asamblea General de la ONU adoptó la Declaración del Milenio como plan maestro con la finalidad de reducir a la mitad, para el año 2015, el número de personas que viven en pobreza extrema. La Declaración del Milenio no retomó la meta general de hacer “accesible, a través del sistema de atención primaria a la salud, la salud reproductiva para todas las personas de edades apropiadas tan pronto como sea posible y a más tardar para el año 2015”, establecida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994. Sin embargo, la Declaración especificaba que la acción debería tomarse para reducir la mortalidad infantil y materna, revertir la propagación del SIDA, promover la igualdad de género y combatir la violencia en contra de las mujeres –todos ellos temas centrales de la CIPD.

La octava Meta de Desarrollo del Milenio (MDM), y los objetivos e indicadores adoptados por la Asamblea General en septiembre de 2001 como parte del “Plan de Ruta” para implementar la Declaración del Milenio, siguieron un patrón similar. Las MDM incluyeron tres metas –mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/SIDA– que están directamente relacionadas con la salud sexual y reproductiva; mientras que otras cuatro –erradicar la pobreza extrema y el hambre, alcanzar la educación primaria universal, promover la igualdad de género y el

empoderamiento de la mujer, así como asegurar la sustentabilidad ambiental– tienen toda una estrecha relación con la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, las MDM guardan silencio respecto a tópicos fundamentales como la anticoncepción y planificación familiar, los servicios de salud para adolescentes o la violencia sexual.

Desde entonces, muchos gobiernos y el propio sistema de las Naciones Unidas han reorganizado su trabajo sobre la base de las MDM, con un énfasis especial (y posiblemente demasiado grande) en las metas e indicadores seleccionados para medir su logro. El Banco Mundial ha integrado el marco de referencia de las MDM en sus pautas para la preparación de Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (DERP). De esta forma, las MDM se han convertido en un importante marco de referencia para la erradicación de la pobreza y los esfuerzos para el desarrollo.

Sin embargo, las y los activistas en el campo de la salud sexual y reproductiva han permanecido inseguros de la postura que deben tomar con respecto a las MDM. Algunos las rechazan rotundamente debido a la atención incompleta que dan a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. Otros las critican por constituir una distracción y disolución de acuerdos internacionales previos. Otros piensan que no es probable que sus gobiernos les presten mucha atención y que las MDM no son realmente suficientemente ambiciosas como para ser relevantes respecto a la realidad de los países de medianos ingresos, e inclusive de los países de medianos ingresos más bajos. Esto ha sido un tema especialmente importante para Latinoamérica y el Caribe, en donde solamente unos cuantos gobiernos se han involucrado en el proceso de los DERP. Aún más, las crudas desigualdades socioeconómicas que caracterizan a la mayoría de los países de Latinoamérica, han aumentado la posibilidad de que las MDM podrían ser “alcanzadas” en las estadísticas a nivel nacional, sin atender realmente la apremiante situación de la gente más pobre en cada país.



En el Simposio de Río, de izquierda a derecha: Steven Sinding, Director General, IPPF; Monty Eustace, Presidente, IPPF/Región del Hemisferio Occidental; Carmen Barroso, Directora Regional, IPPF/Región del Hemisferio Occidental.



Caren Grown, Directora de Reducción de Pobreza, Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW) modera el panel sobre los costos y beneficios del acceso universal a la salud sexual y reproductiva en Nueva York.

Frente a estos continuos debates y dudas, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (Red CDD), la Asociación Caribeña para la Investigación y Acción Feministas (CAFRA, siglas en inglés) y la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (RedLAC), decidieron organizar dos simposios sobre las Metas de Desarrollo del Milenio y las salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe. El primer simposio se llevó a cabo en Nueva York el 20 de octubre de 2004, y el segundo en Río de Janeiro, el 20 de noviembre de 2004.

El evento de Río fue precedido por un simposio titulado “Salud Sexual y Reproductiva y las MDM: Desafíos y Nuevas Perspectivas para Brasil”, el cual fue organizado por BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil), y la IPPF/RHO, y que conjuntó a 175 personas responsables de tomar decisiones, activistas de la sociedad civil, académicas y periodistas para discutir el estado de la implementación de las MDM en Brasil y su conexión con el Programa de Acción de la CIPD.

Los simposios fueron parte de una serie de reuniones y eventos realizados alrededor del mundo bajo el paraguas de Cuenta Regresiva 2015, para conmemorar el décimo aniversario de la CIPD y vigorizar la implementación del Programa de Acción de la CIPD. Los eventos fueron organizados bajo los auspicios de la IPPF, Family Care International y Population Action International, con un amplio comité directivo compuesto por diversas ONGs.

Cada simposio reunió a más de 250 participantes, incluyendo a responsables de formular políticas, como las y los representantes de gobiernos de Latinoamérica y el Caribe y agencias de la ONU, así como a la sociedad civil, la academia



y la prensa. Las discusiones en Nueva York se centraron en la contribución de las intervenciones de salud sexual y reproductiva para alcanzar las MDM, con una cuidadosa revisión de cuáles son las políticas que pueden asegurar un acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva, cuánto cuestan esas medidas y cuáles son sus beneficios. Las discusiones de Río tomaron como base los resultados de Nueva York para abordar a una mayor profundidad la interacción entre las MDM, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, la reforma del sector salud y las políticas macroeconómicas en Latinoamérica y el Caribe. También fueron debatidas las estrategias de la sociedad civil para enfrentar los desafíos que presenta la implementación de las MDM en la región.

Nuestros objetivos para estos simposios fueron aumentar el conocimiento y fomentar una mayor movilización de la sociedad civil, así como de las y los tomadores de decisiones respecto a las oportunidades que ofrecen las MDM. También esperábamos que los simposios generaran un compromiso más intenso de quienes formulan las políticas con las MDM, para asegurar que la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean una parte integral de este marco de referencia para el desarrollo. El informe del Proyecto de Desarrollo del Milenio de la ONU publicado el 17 de enero de 2005, el cual refleja el excelente trabajo de investigación y políticas realizado por los Grupos de Trabajo del Proyecto, efectivamente incluye destacadas recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, como elementos esenciales de la planeación para el desarrollo y la reducción de la pobreza.



Silvia Pimentel del Comité de la ONU sobre la Eliminación de Discriminación contra la Mujer contribuye al diálogo en Nueva York.

Nos gustaría pensar que los simposios contribuyeron en alguna medida a crear un clima de apoyo para estas recomendaciones. Esperamos que el presente informe ayude a asegurar que el buen trabajo del Proyecto se refleje en el Plan de Acción a ser aprobado por la Asamblea General de la ONU en septiembre de 2005, en su cumbre de alto nivel para revisar la implementación de la Declaración del Milenio. Adicionalmente esperamos que este informe genere discusiones permanentes para informar sobre nuestro trabajo, conforme nos esforzamos por erradicar la pobreza y proporcionar información y servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas para el año 2015.



Participantes del Uruguay en el Simposio de Río. De izquierda a derecha: Margarita Percovich, Parlamentaria; Mónica Xavier, Senadora; Lilian Abracinskas, Mujer y Salud Uruguay; Cristina Grela, Directora del Programa Mujer y Salud del Ministerio de Salud Pública; Miguel Fernández Galeano, Director de Salud y Programas Sociales, Intendencia Municipal de Montevideo.



Las Metas de Desarrollo del Milenio y el Programa de Acción de la CIPD: poniendo énfasis en las similitudes, resolviendo las diferencias

Steven W. Sinding, Director General de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y Carmen Barroso, Directora Regional de la Región del Hemisferio Occidental de la IPPF, dieron inicio a ambos Simposios poniendo énfasis en que las MDM tienen muchos aspectos en común con la visión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. Desde su punto de vista, hay por lo tanto mucho que ganar al poner énfasis en las similitudes entre ambos marcos de referencia, mientras que se encuentran formas efectivas y productivas de resolver las diferencias entre los dos esquemas.

Como lo pusiera en claro el Plan de Ruta para implementar

las MDM que fue adoptado por la Asamblea General en 2001, las MDM y sus objetivos e indicadores asociados no son nuevos; en muchos sentidos, son una reformulación de algunas metas, objetivos e indicadores adoptados por las principales conferencias mundiales en la década de los noventa. Las MDM incluyen metas para mejorar la salud materna y la salud infantil, y para combatir la infección por VIH, con los siguientes objetivos:

1. reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna;
2. reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños/as menores de cinco años;
3. haber detenido hacia 2015 y comenzado a contrarrestar la propagación del VIH/SIDA.



Panel sobre cómo las intervenciones de salud sexual y reproductiva ayudarán a alcanzar las MDM en el Simposio de Nueva York. De izquierda a derecha: Rogelio Fernández-Castilla, Director, Equipo de Apoyo para Latinoamérica y el Caribe, UNFPA; Jeffrey Sachs, Director, Earth Institute en la Universidad de Columbia y Director, Proyecto del Milenio de la ONU; Paulo Teixeira, Coordinador Principal, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo, Brasil; Adrienne Germain (moderadora), Presidenta, Coalición Internacional para la Salud de la Mujer (IWHC).



CUADRO 1

Metas de Desarrollo del Milenio, objetivos e indicadores *

Meta 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 1.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día

Indicadores

1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día [a paridad del poder adquisitivo] (1993 PPA) (Banco Mundial)^a
2. Coeficiente de la brecha de pobreza [la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza] (Banco Mundial)
3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población (Banco Mundial)

Objetivo 2.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen de hambre

Indicadores

4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia de peso (UNICEF-OMS)
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (FAO)

Meta 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3.

Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Indicadores

6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (UNESCO)
7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado (UNESCO)^b
8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años (UNESCO)

Meta 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4.

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015

Indicadores

9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior (UNESCO)
10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años (UNESCO)
11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola (OIT)

12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional (Unión Interparlamentaria)

Meta 4. Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5.

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Indicadores

13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años (UNICEF-OMS)
14. Tasa de mortalidad infantil (UNICEF-OMS)
15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (UNICEF-OMS)

Meta 5. Mejorar la salud materna

Objetivo 6.

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores

16. Tasa de mortalidad materna (UNICEF-OMS)
17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (UNICEF-OMS)

Meta 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7.

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores

18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años (ONUSIDA-OMS-UNICEF)
19. Porcentaje de uso de condones dentro de la tasa de uso de anticonceptivos (División de Población de las Naciones Unidas)^c
 - 19a. Utilización de condones en la última relación sexual de alto riesgo (UNICEF-OMS)
 - 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA (UNICEF-OMS)^d
 - 19c. Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (División de Población de las Naciones Unidas)
20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos en edades de 10 a 14 años (UNICEF, ONUSIDA, OMS)

Objetivo 8.

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Indicadores

21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo (OMS)



- 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de (UNICEF-OMS)^e
- 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis (OMS)
- 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS [Directly Observed Treatment Short Course] (estrategia recomendada internacionalmente para el control de tuberculosis) (OMS)

Meta 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 9.

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e contrarrestar la pérdida de recursos del medio ambiente

Indicadores

- 25. Proporción de la superficie cubierta por bosques (FAO)
- 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total (PNUMA-WCMC)
- 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1.000 dólares del producto interno bruto (PPA) (OIE, Banco Mundial)
- 28. Emisiones de dióxido de carbono per cápita (Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, División de Estadística de las Naciones Unidas) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) (PNUMA-Secretaría del Convenio sobre el Ozono)
- 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos (OMS)

Objetivo 10.

Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Indicadores

- 30. Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS)
- 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales (UNICEF-OMS)

Objetivo 11.

Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Indicadores

- 32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura (ONU-Hábitat)

Meta 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

A continuación figuran los indicadores para las metas 12 a 15 en una lista combinada.

Objetivo 12.

Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Objetivo 13.

Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

Objetivo 14.

Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

Objetivo 15.

Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado.

Indicadores

Asistencia oficial para el desarrollo (AOD)

- 33. La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de la Asistencia para el desarrollo (CAD) de la OCDE (OCDE)
- 34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento) (OCDE)
- 35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada (OCDE)
- 36. La AOD recibida en los países en desarrollo sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto (OCDE)
- 37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto (OCDE)

Acceso a los mercados

- 38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos



adelantados, admitidas libres de derechos (UNCTAD, OMC, Banco Mundial)

39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo (UNCTAD, OMC, Banco Mundial)

40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (OCDE)

41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial (OCDE, OMC)

Sostenibilidad de la deuda

42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo) (FMI-Banco Mundial)

43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (FMI-Banco Mundial)

44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios (FMI-Banco Mundial)

Objetivo 16.

En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

Indicadores

45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total (OIT) ^f

Objetivo 17.

En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable

Indicadores

46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable (OMS)

Objetivo 18.

En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Indicadores

47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes (UIT)

48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes (UIT)

* Algunos indicadores adicionales reflejan el trabajo permanente del Grupo Inter-agencial y Experto de la ONU sobre indicadores de las Metas de Desarrollo del Milenio.

Fuente: División de Estadísticas de la ONU, 19 de enero de 2005, disponible en http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_goals.aspx?, consultado el 27 de marzo de 2005

Notas:

- a Para supervisar las tendencias de la pobreza en los países deberían utilizarse indicadores basados en el umbral de la pobreza de cada país, si se dispone de ellos.
- b Un indicador alternativo en desarrollo es "La tasa de terminación del nivel escolar primario".
- c Entre los métodos anticonceptivos, solamente los condones son eficaces para prevenir la transmisión del VIH. Puesto que la tasa de uso de condones es solamente medida entre mujeres con una pareja fija, este indicador es complementado por un indicador sobre el uso de condones en la última relación sexual en situaciones de alto riesgo (indicador 19a) y con un indicador sobre los conocimientos relativos al VIH/SIDA (indicador 19b). El indicador 19c (tasa de uso de anticonceptivos) también es útil para conocer los progresos hacia el logro de otros objetivos relacionados con la salud, el género y la pobreza.
- d Este indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar condones y mantener relaciones sexuales sólo con una pareja fiel y no infectada), que rechaza los dos errores más generalizados en el país sobre la transmisión del VIH, y que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. No obstante, como actualmente no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular el indicador definido anteriormente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron dos indicadores adicionales (*proxy indicators*) que representan dos componentes del indicador real. Esos componentes son: (a) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona puede protegerse de la infección del VIH mediante "el uso sistemático de condones"; (b) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Para el informe sobre el año en curso sólo se dispone de datos referentes a mujeres.
- e La prevención se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas; el tratamiento se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que reciben tratamiento adecuado.
- f La Organización Internacional del Trabajo (OIT) está elaborando un método mejorado para cuantificar el objetivo en el futuro.



CUADRO 2

Programa de Acción de la CIPD y de la CIPD+5: Metas y Objetivos

Educación universal, alfabetismo

Se exhorta a todos los países a que, además de alcanzar la meta de la enseñanza primaria universal antes del año 2015, velen por el acceso más amplio y temprano posible de las niñas y las mujeres a la enseñanza secundaria y superior, así como a la formación profesional y técnica, teniendo presente la necesidad de mejorar la calidad e importancia de esa educación. [PdA, CIPD párr. 4.18]

Con asistencia de la comunidad internacional, los gobiernos y la sociedad civil deben alcanzar lo antes posible, y en todo caso antes del año 2015, el objetivo de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de lograr el acceso universal a la enseñanza primaria, eliminar la diferencia entre géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2005 y tratar de conseguir que en el año 2010 la tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria de los niños de ambos sexos sea de al menos el 90%, frente al 85% estimado para el año 2000. [CIPD+5, párr. 34]

Los gobiernos, en particular los de los países en desarrollo, con la asistencia de la comunidad internacional, deben: ...Reducir la tasa de analfabetismo de mujeres y hombres, de modo que llegue por lo menos a la mitad para mujeres y niñas para el año 2005, en comparación con la tasa de 1990. [CIPD+5, párr. 35 (c)]

Reducción de la mortalidad infantil y de la niñez

...Los países deberían procurar reducir sus tasas de mortalidad de lactantes y niños/as menores de 5 años en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si estas cifras son menores. Para el año 2005, los países con niveles intermedios de mortalidad deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 50 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 60 por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015, todos los países deberían tratar de conseguir que la tasa de mortalidad de lactantes estuviese por debajo de 35 por 1.000 nacidos vivos y la de los niños menores de 5 años por debajo de 45 por 1.000 nacidos vivos. Los países que consigan alcanzar antes esos niveles deberían seguir esforzándose por reducirlos. [PdA CIPD, párr. 8.16]

Reducción de la mortalidad materna

Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. El logro de esas metas tendrá distintas repercusiones para los países según sus niveles de mortalidad materna en 1990. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 una

tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos. [PdA CIPD, párr. 8.21]

Para 2005, en los lugares en que la tasa de mortalidad materna es muy elevada, por lo menos el 40 por ciento de los partos deberán ser atendidos por personal de salud idóneo; para 2010, esta cifra deberá ser el 50 por ciento como mínimo y para 2015, el 60 por ciento como mínimo. Todos los países deben redoblar sus esfuerzos a fin de que para 2005, a nivel mundial, el 80 por ciento de todos los partos sean asistidos por personas calificadas, para 2010, el 85 por ciento y para 2015, el 90 por ciento. [CIPD+5, párr. 64]

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo la planificación familiar

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: consejería, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de referencia a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductivo, el cáncer de mama y del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva. [PdA CIPD, párr. 7.6]

Los gobiernos deben tratar de asegurar que para 2015 todos los servicios de atención primaria de la salud y de planificación de la familia puedan proporcionar, directamente o mediante referencias, la variedad más amplia asequible de métodos de planificación familiar y métodos anticonceptivos; atención obstétrica esencial; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, incluidas las enfermedades de transmisión sexual; y métodos de barrera (como preservativos masculinos y



femeninos y microbicidas, si se dispone de ellos), para evitar las infecciones. Para 2005, el 60 por ciento de esas instalaciones deberá poder ofrecer todos estos servicios, y para 2010, el 80 por ciento de ellas deberá poder hacerlo. **[CIPD+5, párr. 53]**

Cuando haya una disparidad entre el uso de anticonceptivos y la proporción de personas que expresan el deseo de espaciar o limitar sus familias, los países deberán intentar eliminar esta disparidad por lo menos en un 50 por ciento para 2005, el 75 por ciento para 2010 y el 100 por ciento para 2050. Al intentar lograr este nivel de referencia, no debe imponerse objetivos demográficos a los encargados de prestar servicios de planificación de la familia en forma de metas o cuotas para la consecución de usuarias. **[CIPD+5, párr. 58]**

VIH/SIDA

Los gobiernos, con la asistencia del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de los donantes, deberán garantizar que para 2005 por lo menos el 90 por ciento de las y los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010 por lo menos el 95 por ciento de dichos jóvenes, tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efecto de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a métodos preventivos como los condones femeninos y masculinos, las pruebas voluntarias, consejería y el seguimiento. Los gobiernos deben utilizar como indicador de referencia las tasas de infección por VIH en las personas de 15 a 24 años de edad, con objeto de garantizar que para 2005 se reduzca la prevalencia en ese grupo de edades en el mundo entero y en un 25 por ciento en los países más afectados, y que para 2010 la prevalencia en ese grupo de edades se haya reducido en todo el mundo en un 25 por ciento. **[CIPD+5, párr. 70]**

Fuente: Naciones Unidas, Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Documento A/Conf. 171/13, Nueva York, 1994; Naciones Unidas, Medidas esenciales para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Documento A/RES/S-21/2, Nueva York, 8 de noviembre de 1999 ("ICPD+5")

El Programa de Acción de la CIPD y las Medidas Esenciales para Seguir Ejecutando el Programa de Acción (CIPD+5), proporcionan objetivos específicos e indicadores de referencia adicionales para alcanzar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, así como metas en el campo de la educación. Estos documentos incluyen también recomendaciones de estrategias detalladas a nivel de políticas y programas para alcanzar esta meta.

El Programa de Acción de la CIPD, como la Declaración del Milenio y las MDM, aborda el desarrollo como un proceso complejo en donde debe avanzarse simultáneamente en una variedad de temas: educación, igualdad de género, salud, protección y manejo ambiental, consumo sostenible, alianzas entre el gobierno y la sociedad civil, etc. Sin caminos en buen estado, por ejemplo, las mujeres con trabajo de parto no podrán llegar a las nuevas clínicas maternas. Sin una educación integral en sexualidad, los hombres y mujeres jóvenes aunque tengan un empleo, no tendrán idea de cómo proteger su salud sexual.

La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo no es un acontecimiento aislado. Su Programa de Acción se basa en el considerable consenso internacional a que se ha llegado desde la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974, y la Conferencia Internacional sobre Población, celebrada en la Ciudad de México en 1984, al examinar las amplias cuestiones de población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, y sus interrelaciones, así como los adelantos por lo que se refiere a la situación educacional y económica de la mujer y a su empoderamiento. La Conferencia de 1994 recibió un mandato expresamente más amplio que las anteriores conferencias de población respecto a las cuestiones de desarrollo, lo que indica que cada vez se tiene mayor conciencia de que la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente están tan estrechamente interrelacionados, que no se puede considerar ninguno de ellos en aislamiento.

Programa de Acción de la CIPD, párrafo 1.5

El objetivo es mejorar la calidad de vida de toda la población mediante políticas adecuadas de población y desarrollo y programas encaminados a lograr la erradicación de la pobreza, el desarrollo económico sostenido en el contexto del desarrollo sostenible y modalidades sostenibles de consumo y producción, aprovechamiento de los recursos humanos y la garantía de todos los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo como derecho universal e inalienable y parte integrante de los derechos humanos fundamentales. Hay que prestar especial atención al mejoramiento



socioeconómico de las mujeres pobres de los países desarrollados y en desarrollo. (...)

Programa de Acción de la CIPD, párrafo 3.16

De manera similar, la Declaración del Milenio y las MDM dejan en claro que ninguna intervención por sí sola puede ser la panacea.

Las metas de desarrollo del milenio se apoyan mutuamente y requieren programas multi-sectoriales que persigan cada una de las metas en forma simultánea. Los países deben asegurar que las estrategias de reducción de la pobreza aumentan la atención hacia la gente más pobre y más vulnerable, a través de una selección apropiada de políticas económicas y sociales. Los derechos humanos deben estar en el centro de los programas de paz, seguridad y desarrollo. Adicionalmente, es necesario ampliar las alianzas entre todos los actores implicados, como la sociedad civil y el sector privado.

Plan de Ruta hacia la implementación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, párrafo 82

Informe del Secretario General A/56/326, del 6 de septiembre de 2001

De la misma forma que el Programa de Acción de la CIPD, las MDM se basan en objetivos e indicadores que pueden ser utilizados para llamar a cuentas a los gobiernos. Obviamente, una concentración excesiva en unos cuantos objetivos puede ir en detrimento de enfoques más complejos para resolver los problemas. Por ejemplo, concentrarse solamente en proveer personal capacitado para la atención de partos (uno de los indicadores para la MDM 5 relativa a la salud materna) no tendrá mucho impacto en las tasas de mortalidad materna, puesto que lo que se necesita para reducir esas tasas es una solución en el sistema de salud, que asegure el acceso a la atención obstétrica de emergencia para todas las mujeres. Por lo tanto se necesita indicadores adicionales para medir el acceso a un sistema de salud en funcionamiento. Sin embargo, un paso muy importante que se ha dado es que el principio de medir avances y de ser sujetos a rendición de cuentas ha sido reconocido por todos los gobiernos, así como por las agencias de la ONU y las instituciones financieras internacionales.

Steve Sinding planteó la pregunta: ¿cuál es la mejor forma de abordar el problema creado por la insuficiente atención que se da a la salud sexual y reproductiva en el marco de las MDM? Él destacó que la agenda de la salud sexual y reproductiva ha padecido el hecho de que las MDM no incluyen la meta de El Cairo relativa al acceso universal a la salud sexual y reproductiva para todas las personas para el año 2015, tal y como se establece en el párrafo 7.6 del Programa de Acción de la CIPD.

Durante los simposios se propusieron dos enfoques para

manejar este problema. La propuesta de la IPPF de una novena MDM para recobrar la meta de El Cairo, generó una variedad de respuestas. Mientras que muchas personas participantes apoyaron la idea, varias plantearon cuestiones prácticas a esta solución, haciendo referencia a las negociaciones intergubernamentales por venir, sin abrir una Caja de Pandora para otros reclamos similares, igualmente válidos. Otras personas cuestionaron la factibilidad de llegar a un acuerdo sobre una novena MDM, dado que grandes instituciones, como algunas agencias donantes, ya se han reorganizado sobre la base de las ocho metas existentes.

Magaly Piñeda del Centro de Investigación para la Acción Femenina (CIPAF) en Santo Domingo, República Dominicana, presentó un enfoque alternativo (o complementario) a la idea de una novena MDM. Ella describió la forma en que el Grupo de Trabajo sobre Igualdad de Género (Grupo de Trabajo 3) del Proyecto del Milenio de la ONU ha tenido éxito en incluir la salud sexual y reproductiva en sus estrategias recomendadas sobre la MDM 3. El Grupo de Trabajo se esforzó por trabajar desde dentro del marco de las MDM profundizando en el pensamiento que respalda la MDM sobre igualdad de género, a la cual se había asignado un exiguo conjunto de objetivos e indicadores sobre la educación de las niñas y la participación laboral de las mujeres y su representación en los parlamentos. Las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre los servicios de salud sexual y reproductiva pueden ser utilizadas por los gobiernos en el diseño de sus estrategias de reducción de la pobreza e igualdad de género a nivel nacional. Otros Grupos de Trabajo han hecho un trabajo similar.

El informe del Grupo de Trabajo 3, el cual establece las direcciones estratégicas para lograr la igualdad de género, incluyendo la salud sexual y reproductiva, debe convertirse en una herramienta para nuestras estrategias regionales y locales... En cada país, nuestros gobiernos saben menos acerca de las MDM de lo que sabemos como ONGs. Los grupos de mujeres que están trabajando en salud sexual y reproductiva tienen conocimientos especializados, han hecho investigación, defensa y promoción y tienen experiencia de cabileo, saben cómo construir alianzas... Por lo tanto, yo pienso que es posible hacerse cargo y enriquecer los objetivos, los indicadores y las estrategias... Si observamos el resto del trabajo realizado en las otras 7 MDM, los otros Grupos de Trabajo [del Proyecto del Milenio de la ONU], lo que ellos hicieron en materia de salud sexual y reproductiva, nosotros podemos usarlo para informes nacionales, podemos presionar a los gobiernos y construir alianzas con otros grupos en otros sectores...

Magaly Piñeda, CIPAF



CUADRO 3

Recomendaciones del Informe del Proyecto del Milenio de la ONU y sus Grupos de Trabajo sobre salud sexual y reproductiva

17 de enero de 2005

El 17 de enero de 2005, el informe del Proyecto del Milenio “Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, así como los informes finales de sus Grupos de Trabajo fueron presentados al Secretario General de la ONU, Kofi Annan. También se presentó un documento general resumiendo los hallazgos de “Invirtiendo en el desarrollo” (Panorama). Estos documentos plantean mensajes detallados y recomendaciones en relación con temas de salud sexual y reproductiva (SSR), como se presenta a continuación:

Mensajes y recomendaciones de SSR

Garantizar el acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar voluntaria, es esencial para alcanzar las MDM.

- Dos páginas en el Capítulo 5 de “Invirtiendo en el Desarrollo” (Cuadro 5.5) así como un cuadro en el Capítulo 3 (Cuadro 3.1), discuten la importancia de garantizar el acceso universal a los servicios e información de salud sexual y reproductiva para alcanzar las MDM. “La actual situación muestra qué tan devastador puede ser el desatender la salud sexual y reproductiva. Las diferencias en salud reproductiva –entre ricos y pobres, así como dentro y entre los países– son más grandes que en otras áreas de la atención a la salud... Los servicios de salud sexual y reproductiva deben integrarse en un sistema de salud fortalecido”. (**“Invirtiendo en el Desarrollo”**)
- “Asegurar el acceso universal a lo servicios de salud reproductiva es esencial para mejorar la condición nutricional de las mujeres embarazadas y sus hijos/as, especialmente a través del espaciamiento apropiado de los nacimientos”. (**Grupo de Trabajo sobre el Hambre**)
- “Aumentar el acceso de las mujeres y las adolescentes a una amplia gama de información y servicios de salud sexual y reproductiva es una de las siete prioridades para la acción identificadas por este Grupo de Trabajo”. (**Grupo de Trabajo sobre la Educación y la Igualdad de Género**)
- El Grupo de Salud Infantil y Materna recomienda la inclusión de un objetivo adicional para el monitoreo de la Meta 5: El acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015, a través del sistema primario de atención a la salud, asegurando la misma tasa de avance o más rápida entre la gente pobre y otros grupos marginados. (**Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil y Materna**)
- “La lucha contra el VIH/SIDA y la lucha más amplia por la salud reproductiva, deben fortalecerse mutuamente. Los gobiernos nacionales deben incorporar el acceso universal a los servicios e información de salud reproductiva y sexual como parte integral de sus respuestas ante el SIDA. Adicionalmente, debe haber una mayor integración del VIH y otros servicios de salud reproductiva, incluyendo la prevención de la transmisión madre a hijo (PTMAH), consejería para la prueba voluntaria (CPV), planificación

familiar y maternidad segura”. Note que se hace referencia a las declaraciones de Glion y de Nueva York.

(Grupo de Trabajo sobre VIH/SIDA)

- “El crecimiento poblacional, con la continuación de niveles de fertilidad más altos de lo que la gente dice que desearía, contribuye tanto al crecimiento natural en las áreas urbanas y a los factores que fomentan la migración de las áreas rurales a las urbanas y a la creación de nuevos asentamientos rurales... la fertilidad más alta la tienen los países más pobres, y la gente más pobre en estos y entre las sociedades de medianos ingresos. Por lo tanto no es de extrañarse que esos mismos lugares tengan los niveles más altos de necesidades insatisfechas para los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; los cuales, conjuntamente con otros temas de salud, educación e igualdad de género, deben ser atendidos con políticas y programas para reducir el crecimiento de la población y realizar mejoras sinérgicas”. (**Grupo de Trabajo de Sostenibilidad Ambiental**)
- “Las mujeres pobres en el medio urbano también tienen los peores resultados en cuanto a salud sexual y reproductiva en comparación con otras mujeres urbanas; y, en ocasiones, sus resultados compiten con los de aquellas que residen en el medio rural... Las mujeres pobres en el medio urbano también tienen muchas menos probabilidad de usar métodos anticonceptivos que otras mujeres urbanas y, de nuevo, en algunas regiones el uso que ellas hacen es similar al de las mujeres en el medio rural (i.e. Sudeste de Asia). Cuando las mujeres pobres en el medio urbano dan a luz, tienen menos probabilidades que otras mujeres del medio urbano de ser atendidas por un médico o enfermera/partera. Y, finalmente, ellas están en mayor riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH/SIDA”. (**Grupo de Trabajo de Mejoramiento de Vida de los Habitantes de Tugurios**)

La igualdad de género es esencial para alcanzar las MDM. Y la igualdad de género no puede ser alcanzada sin garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas.

- “Las intervenciones específicas para abordar la desigualdad de género deben formar parte intrínseca de todos los paquetes de inversión basados en las MDM. Estas intervenciones deben también abordar desafíos sistemáticos tales como la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (incluyendo el acceso a la información y los servicios de planificación familiar), el acceso igualitario a los bienes económicos como la tierra y la vivienda, el aumento de la tasa de terminación de la educación primaria y un mayor acceso a la educación posterior a la primaria para las niñas, iguales oportunidades en el mercado laboral, vivir libres de violencia y una mayor representación en todos los niveles de gobierno institucional. Un paso esencial para abordar estos desafíos sistemáticos es la recolección de datos desagregados por género para monitorear los avances”. (**“Invirtiendo en el desarrollo”**)



- Siete prioridades para la acción han sido identificadas por el Grupo de Trabajo de Educación e Igualdad de Género, con el fin de alcanzar la igualdad de género. Estas siete prioridades incluyen: oportunidades educativas (primaria y post primaria); asegurar el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos; reducir las cargas de tiempo asignadas; garantizar los derechos a la propiedad y la herencia; mejorar las oportunidades de generación de ingresos; mejorar la participación política; y reducir la violencia en contra de las niñas y las mujeres. (**Grupo de Trabajo de Educación e Igualdad de Género**)

Las tendencias demográficas afectan las perspectivas de desarrollo

- “La gente empobrecida que vive en áreas rurales tiene las más altas tasas de fertilidad y las familias más numerosas. El rápido crecimiento poblacional y la contracción del tamaño de las familias empeora la pobreza rural. La gente pobre (en las áreas rurales y urbanas) tiene menos acceso a la información y a los servicios para espaciar o limitar sus embarazos de acuerdo con sus preferencias... [La superación de la trampa de la pobreza] se ayuda con una reducción voluntaria en la fertilidad, lo cual promueve mayores inversiones en salud, nutrición y educación de cada niño/a. Por lo tanto, nosotros apoyamos decididamente los programas que promueven la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar voluntaria”. (“**Invirtiendo en el desarrollo**”)
- “Las perspectivas de progreso de cada región hacia las Metas se ven afectadas por sus condiciones demográficas. África al Sur del Sahara se enfrenta continuamente a un alto crecimiento poblacional, poblaciones demasiado jóvenes, baja prevalencia en el uso de anticonceptivos y una alta proporción de necesidades insatisfechas de planificación familiar. Asia occidental tiene el segundo más rápido ritmo de crecimiento poblacional. Limitaciones demográficas menos severas afectan el sur y sudeste de Asia, pero las necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar y salud materna siguen siendo considerables. Las perspectivas de Latinoamérica y el Caribe se ven afectadas por la dramática desigualdad en el acceso a los servicios de planificación familiar y la maternidad segura entre los grupos sociales más ricos y los más pobres. Varias naciones de la Comunidad de Estados Independientes (CIS) Europeas enfrentan reducciones en su población debido a la baja fertilidad y la migración. Las naciones que están cerca del final de sus transiciones demográficas necesitarán prestar especial atención a las próximas necesidades de sus poblaciones de edad avanzada. Muchas regiones están siendo afectadas, positiva y negativamente por la migración”. (“**Invirtiendo en el desarrollo**”)

La SSR está incluida en las “Diez Recomendaciones Fundamentales” y las “Actividades de Ganancia Rápida”

“Diez Recomendaciones Fundamentales” (Panorama, pág. xiv)

- “Centrarse en los resultados para mujeres y niñas en materia de salud (incluida la salud sexual y reproductiva) y educación, su acceso a oportunidades económicas y políticas, su derecho a controlar bienes y a vivir libres de violencia”.

“Actividades de Ganancia Rápida – soluciones para implementar ahora” (Panorama, pág. 32)

- “Aumentar el acceso a servicios e informaciones sobre salud sexual y reproductiva, incluidos servicios e informaciones sobre planificación familiar y utilización de anticonceptivos, y eliminar las actuales deficiencias de financiación para suministros y logística”.

La SSR y el esquema de monitoreo de las MDM

El Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil y Materna ha recomendado el siguiente objetivo adicional para monitorear la Meta 5 (mejorar la salud materna) –con base en el modelo del objetivo avalado por la comunidad mundial durante las conferencias CIPD y CIPD+5, con la modificación adicional de asegurar que, como en el caso de otros objetivos de salud materna e infantil, se de prioridad al tema crítico de la equidad.

Objetivo de SSR recomendado:

El acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015, a través del sistema primario de atención a la salud, asegurando el mismo grado de avance o mayor entre la gente pobre y otros grupos marginados.

El Grupo también ha recomendado los siguientes indicadores de SSR para monitorear diferentes MDM –con la intención de medir el impacto sistemático sobre la capacidad de las mujeres de hacer efectivas sus preferencias expresadas de fertilidad, y para tener vidas reproductivas y maternidades seguras, voluntarias y saludables. Nótese que estos indicadores de SSR deben utilizarse conjuntamente para medir el avance hacia esta recomendación.

Indicadores de SSR recomendados:

- Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (actualmente en la Meta 6, con reubicación recomendada a la Meta 5)
- Prevalencia del VIH entre mujeres de 15 a 24 años (Meta 6)
- Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (Meta 5)
- Proporción de la demanda satisfecha de planificación familiar (Metas 3 y 5)
- Tasa de fertilidad en adolescentes (Metas 3 y 5)
- Disponibilidad de atención obstétrica de emergencia (Meta 5)

Finalmente, “Invirtiendo en el Desarrollo” hace un llamado para el fortalecimiento de la capacidad estadística a nivel de los países “para llevar a cabo censos de población y vivienda, conducir encuestas a nivel vivienda, establecer sistemas de estadísticas vitales e información de salud, y compilar indicadores sobre agro-alimentos, la educación y la economía, entre otras áreas”.

Fuente: Proyecto del Milenio de la ONU, Enero de 2005



Algunas personas que hicieron presentaciones y comentarios también expresaron su preocupación respecto a si las MDM en su conjunto constituyen un paso hacia atrás en relación con la riqueza de contenido de los acuerdos alcanzados en las conferencias internacionales de los años noventa. Varios/as comentaristas hicieron énfasis en la necesidad de continuar usando los acuerdos de la CIPD y de Beijing en actividades de defensa y promoción, en la formulación de políticas y en la programación, para dejar en claro que este no es un escenario de “uno u otro”, como fue claramente establecido en el Plan de Ruta adoptado por la Asamblea General en septiembre de 2001.

En términos generales, las naciones más poderosas decidieron y definieron las MDM. Fue un ejercicio que buscó, aparentemente, retener las principales metas adoptadas en las conferencias internacionales de los años noventa. Pero las MDM son notablemente insuficientes como las conocemos... Entonces, ¿qué podemos hacer? Luchar para lograr integrar las metas de la CIPD en las MDM, o también insistir para que la ONU, especialmente el PNUD, los gobiernos y la sociedad civil y otros no dejen de discutir sobre las otras conferencias y trabajar sobre la implementación de la CIPD? Yo pienso que debemos continuar trabajando sobre el Programa de Acción de la CIPD, y no limitarnos a las MDM. A este respecto, al avanzar no debemos ceder en la CIPD+15 y en otras oportunidades para discutir la población y la salud reproductiva de una manera más integral.

Elena Zúñiga, Consejo Nacional de Población (CONAPO), México

En este sentido, Steven Sinding señaló que los gobiernos en cada región y a nivel global han reafirmado recientemente su compromiso con la CIPD y la CIPD+5, a pesar de la oposición organizada por los Estados Unidos y unas cuantas naciones ultra-conservadoras. Él subrayó el hecho de que, actualmente, la CIPD goza del casi universal apoyo gubernamental en Latinoamérica y el Caribe.

En una secuencia de reuniones regionales, los gobiernos en todas partes del mundo han reafirmado su compromiso con la agenda de El Cairo y su meta de proveer acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015. Esto ha sido un logro excepcional, dada la acérrima oposición al Programa de Acción por parte del actual gobierno de los Estados Unidos, el Vaticano y algunos otros estados aliados. La reafirmación del Programa de Acción en Bangkok, Dakar, San Juan y Santiago fue, para muchas y muchos de nosotros bastante más sólida que lo

que nos habíamos permitido esperar. En cada caso, los Estados Unidos quedaron aislados, los países de las regiones se unieron... y, en este hemisferio, la mayoría de los países que habían anotado reservas al Programa de Acción en 1994, las removieron; de tal forma que no solamente hubo una reafirmación, sino un fortalecimiento del compromiso mucho más allá de lo que se había podido comprometer en 1994.

Steven Sinding, IPPF

CUADRO 4

Las MDM no reemplazan los acuerdos internacionales previos

La lista de metas de desarrollo del milenio no disminuye en modo alguno los acuerdos sobre otras metas y objetivos establecidos en las conferencias globales de los años noventa. Las ocho metas representan una alianza entre los países desarrollados y en desarrollo, determinadas como lo establece la Declaración del Milenio, “para crear un ambiente –tanto a nivel nacional y mundial– que sea propicio para el desarrollo y la eliminación de la pobreza”. (Ver resolución 55/2 de la Asamblea General, párr. 12).

**Informe del Secretario General sobre el Plan de Ruta hacia la implementación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Doc. A/56/326, 6 de septiembre de 2001
Anexo, párrafo 2**



Elena Zúñiga, Directora General, Consejo Nacional de Población (CONAPO), México participa durante el Simposio de Nueva York.



Salud sexual y reproductiva y pobreza en Latinoamérica y el Caribe: enfoque en la gente más pobre

Carmen Barroso de la IPPF/RHO y Mayra Buvinic del Banco Interamericano de Desarrollo, describieron las agudas inequidades en ingreso y salud que caracterizan a Latinoamérica y el Caribe. Ambas oradoras resaltaron el hecho de que en cada país de la región, las MDM posiblemente podrían ser alcanzadas, y las estadísticas generales mejoradas, sin atender las necesidades de la gente más pobre, la que está en mayor desventaja y la que es excluida. Pero, como lo hiciera notar Carmen Barroso, “eso sería un dudoso éxito, y ultimadamente se volvería en nuestra contra”.

En Latinoamérica y el Caribe, la falta de equidad es un tema central en todos los aspectos de la vida. La región no es, cuando se le compara con otras partes del mundo, la más pobre en ingresos; de hecho, el ingreso per cápita es significativamente mayor que en África al Sur del Sahara o el Sur de Asia. Los niveles de fertilidad se han reducido dramáticamente en las últimas décadas en la región y, en muchos países de Latinoamérica (pero no en el Caribe), las tasas de infección por VIH permanecen relativamente bajas. Sin embargo, el porcentaje de gente pobre en Latinoamérica y el Caribe es mayor que en Europa Oriental, el Medio Oriente y el Norte de África. La región se caracteriza por tener una de las peores distribuciones del ingreso en el mundo. Al final de los años noventa, el 20 por ciento de la población más rica estaba recibiendo el 60 por ciento del ingreso disponible, mientras que los más pobres recibían solamente el 3 por ciento.

Barroso destacó que, como ha sido demostrado por la economista Amartya Sen, la pobreza no se refiere solamente al ingreso, aunque el ingreso es una parte importante de ella. La gente pobre generalmente carece de acceso a otros

recursos, como la educación, la tierra, la salud, la justicia, el apoyo familiar y de la comunidad, el crédito y otros recursos productivos, una voz en las instituciones –todo lo cual es causa y agrava sus bajos ingresos.

El Banco Interamericano de Desarrollo hace notar que la desigualdad del ingreso en Latinoamérica y el Caribe está fuertemente correlacionada con el acceso desigual a los servicios de salud. En la mayoría de los países de la región, dentro del 20 por ciento del segmento más pobre de la población, menos del 40 por ciento de las personas tienen alguna clase de cobertura de seguro de salud. La falta de acceso a los servicios de salud determina, a su vez, el bajo grado de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, el cuidado prenatal, la prevención y atención del VIH, y la atención obstétrica de emergencia y especializada.

Los ejemplos presentados por Barroso ilustran estas disparidades, a la vez que dejan en claro el grado en el que las decisiones detrás de esas cifras son políticas y no solamente económicas.

En Latinoamérica en su conjunto, la demanda insatisfecha de anticonceptivos se redujo en 5 por ciento en la década de los noventa. Sin embargo, cuando se compara al 20 por ciento de la población más rica de la región con el 20 por ciento más pobre, surge una marcada diferencia. Para el año 2000, la proporción de la demanda de anticonceptivos que fue satisfecha por los servicios de salud, fue 65 por ciento entre la gente más rica, y solamente 30 por ciento entre la más pobre. En Bolivia, el porcentaje de mujeres casadas que usan anticoncepción moderna es de 46 por ciento entre la gente más rica, mientras que es de 7 por ciento entre la más pobre. En Brasil, las cifras son 77 por ciento para la gente más rica versus 56 por ciento para la más pobre. Como resultado, las tasas de fertilidad total permanecen altas o muy altas entre



el 20 por ciento más pobre de la población: en Guatemala, 7,6 hijos; en Perú, 5,5 hijos; e inclusive en Brasil, 4,8 hijos. Sin embargo, en los mismos países, las tasas de fertilidad total para el 20 por ciento de la gente más rica oscila entre 2,9 hijos en Guatemala a 1,6 en Perú.

Las tasas de embarazo adolescente presentan tendencias similares. En la República Dominicana, el porcentaje de mujeres en edades entre 15 y 19 años, que dan a luz en cualquier año es de 3 por ciento entre la gente más rica; y de 23 por ciento entre la más pobre.

En lo que se refiere a atención materna, la desigualdad persiste en muchos países, aunque hay una variación regional que indica que se han tomado decisiones políticas para dirigir inversiones hacia la gente pobre. El porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado médicamente es ilustrativo de esto: en Perú, el 98 por ciento de los nacimientos son atendidos entre la gente más rica, mientras que solamente el 20 por ciento de los nacimientos es atendido para la gente más pobre. En Nicaragua y la República Dominicana, la brecha no es tan grande: las cifras se elevan a 78 por ciento y 89 por ciento respectivamente, para las poblaciones más pobres en estos dos países.

De manera similar, el porcentaje de mujeres que sabe que el VIH/SIDA puede transmitirse por contacto sexual varía significativamente de país a país: entre la gente más pobre, es 13 por ciento en Bolivia, 42 por ciento en Haití y 52 por ciento en Colombia. Entre la gente más rica en los mismos países, las cifras se elevan hasta un 89 por ciento.

Barroso concluyó que, en general, la gente más pobre en Latinoamérica y el Caribe no tiene acceso a los servicios e información de salud sexual y reproductiva que necesita. Y, debido a que no tiene este acceso, esta gente es más vulnerable a eventos –tales como embarazos no deseados, muerte materna, infección por VIH, consecuencias no tratadas de violencia sexual– que pueden empujarles todavía más hacia la pobreza y la dependencia.

Barroso y Buvinic hicieron un llamado para una mayor inversión en servicios e información en salud sexual y reproductiva, pero especificaron que la inversión debe estar diseñada para llegar a la gente más pobre.

En la discusión resultante, las y los participantes concluyeron que las MDM no son adecuadas como puntos de referencia para el desarrollo en Latinoamérica y el Caribe –estas metas representan el “piso” que se ha establecido a un nivel demasiado bajo en el nivel agregado. Si embargo, todas y todos estuvieron de acuerdo en que, si examinamos la situación de la gente más pobre en cada uno de nuestros



Ana Cristina González del Ministerio de Protección Social, Colombia en Nueva York.

países, resulta obvio que inclusive estas metas están lejos de ser alcanzadas por esas poblaciones. Cada país en la región debe mejorar sus objetivos e indicadores para tomar en cuenta estas desigualdades dentro de las áreas de un país, y entre sus grupos sociales, raciales, étnicos y por edad, así como entre hombres y mujeres.

Como lo ha expuesto el Secretario General [de la ONU], nosotros debemos revisar las MDM dentro de Latinoamérica y el Caribe, y hacerlas más específicas a la región. Esto es porque ahora mismo, algunos de los objetivos han sido alcanzados en la región, por lo que tenemos que mirar hacia lo que sigue y tener un análisis y perspectiva desde el punto de vista indigenista de las MDM para la región; y, de manera más relevante, para cada país. Los diferentes países están incluyendo MDM adicionales, las cuales no están en la Declaración del Milenio, pero que se consideran relevantes para la situación de cada país; y esto, ha sido incluido en sus informes por país.

Rogelio Fernández-Castilla, UNFPA



¿Cómo puede contribuir la salud sexual y reproductiva al logro de las MDM?

En sus comentarios inaugurales en Nueva York y en Río, Carmen Barroso puso énfasis en la necesidad de garantizar la salud sexual y reproductiva en la batalla en contra de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe. Ella mencionó que el Programa de Acción de El Cairo dejó en claro que los derechos y la salud sexual y reproductiva están intrínsecamente vinculados con el desarrollo, así como con temas como la educación, el medio ambiente y el consumo sostenible. La salud y los derechos sexuales y reproductivos están también vinculados inextricablemente a la igualdad de la mujer y a su capacidad para realizar su pleno potencial –sea este intelectual, económico, creativo o político. Ella argumentó que la salud sexual y reproductiva es, por lo tanto, fundamental para alcanzar las MDM. Otras personas apoyaron esta conclusión en sus presentaciones.

Jeffrey Sachs afirmó que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para hacer realidad las Metas de Desarrollo del Milenio y para erradicar la pobreza, así como para asegurar la paz y la seguridad. Anticipándose a la cumbre de la Asamblea General de septiembre de 2005, Sachs hizo una advertencia en contra de la adopción de una perspectiva estrecha de la seguridad, que dejaría de lado preocupaciones sobre salud, educación y empleo. Él prometió que el Proyecto del Milenio de la ONU haría recomendaciones sustanciales sobre estrategias para alcanzar la salud sexual y reproductiva.

Nuestro informe [del Proyecto del Milenio] establece... los tipos de acciones que deben realizarse para realmente tener éxito, dentro de las que la salud y los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales, los derechos de la mujer y su empoderamiento son fundamentales, y esto va a ocurrir a lo largo de todo el informe, debido a que no se

trata de un ardid o un aditamento, se trata justamente de un buen análisis del desarrollo económico, un buen análisis social, un buen análisis de los derechos humanos; así que no hay un aditamento para todo ello, sino que es sencillamente parte de la verdad...

La salud sexual y reproductiva es fundamental para alcanzar la paz y la seguridad, así como las MDM...

Esta es una comunidad verdaderamente enérgica, gracias a Dios. Y ustedes tendrán que levantar sus voces el próximo año. Estaremos con ustedes. Tendrán un documento que podrán apoyar de manera absoluta, porque nosotros estamos tratando de apoyarles a ustedes. Estaremos impulsando esta agenda. Pero tendremos que trabajar muy arduamente juntos, porque tenemos que hacernos oír más fuertemente que la guerra, más fuertemente que el miedo, tenemos que ayudar a la gente a comprender que yendo por el camino de los derechos humanos, los derechos de la mujer, manteniendo vivas a las madres, permitiendo que la gente decida, ése es el verdadero camino hacia la seguridad que todo el mundo anhela.

Jeffrey Sachs, Proyecto del Milenio de la ONU y el Earth Institute, Universidad de Columbia

Sin embargo la salud y los derechos sexuales y reproductivos continúan siendo marginados en muchos foros de discusión. Rogelio Fernández-Castilla del UNFPA destacó que, a pesar del hecho de que muchos países en Latinoamérica y el Caribe continúan teniendo indicadores pobres de salud sexual y reproductiva, todavía hay mucha resistencia en la región para abordar esta temática de una manera franca. Fernández-Castilla subrayó la evidencia existente en relación con la contribución positiva que hacen los servicios de salud reproductiva en la reducción de la pobreza a nivel nacional y de vivienda.



Hay una abrumadora evidencia de que los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, juegan un rol significativo en el logro de la meta de reducir la mortalidad tanto infantil como materna. Aún así, continuamos viendo que las necesidades insatisfechas en planificación familiar permanecen muy altas entre las mujeres más pobres en todos los países de la región de Latinoamérica y el Caribe.

Rogelio Fernández-Castilla, UNFPA

Fernández-Castilla también hizo notar importantes necesidades insatisfechas para los servicios de salud reproductiva entre la gente más pobre en Latinoamérica y el Caribe.

En la actualidad, más de medio millón de mujeres muere cada año debido a complicaciones del embarazo y parto –casi todas ellas en los países en desarrollo– aún cuando sabemos qué es lo que debe hacerse para reducir las muertes maternas. Sabemos que las mujeres necesitan acceso a la planificación familiar, de tal forma que puedan planear mejor y espaciar sus partos. Sabemos que todas las mujeres necesitan atención prenatal durante el embarazo y asistentes capacitados en el parto. Y sabemos –y esto fue una lección difícil de aprender – que las mujeres embarazadas necesitan acceso a atención obstétrica de emergencia si surgen complicaciones. Sin embargo, medio millón de mujeres [en todo el mundo] continúan muriendo cada año debido a complicaciones del embarazo y parto, debido a que estas condiciones, necesarias para evitar la tragedia, no se cumplen. Esto es más que negligencia. Esto es una falla de salud pública que es inaceptable en una era de riqueza y tecnología sin precedentes.

Rogelio Fernández-Castilla, UNFPA

Jeffrey Sachs, Steven Sinding y Paulo Teixeira dejaron en claro que una mayor Ayuda Oficial para el Desarrollo (ODA) es esencial para alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio, y puso énfasis en la necesidad de obtener más fondos para la anticoncepción, la prevención del VIH y la atención obstétrica de emergencia para salvar vidas de mujeres.

En el año 2003, el 90 por ciento del financiamiento para la implementación de aquellas resoluciones de la ONU por agencias de esa organización, dependieron de contribuciones voluntarias –50 por ciento de los Estados Unidos, 50 por ciento de otros países del G-8. En otras palabras, la ONU refleja relaciones de poder. Hemos tenido éxito en obtener resoluciones, pero no hemos tenido mucho éxito en la obtención de recursos para

la implementación y la acción... Las MDM deben ser usadas como una oportunidad para la lucha y la movilización política. Es una oportunidad de comenzar a re-pensar el sistema de financiamiento de la ONU misma... El propio UNFPA sabe lo que significa no tener la aprobación de ciertos actores conservadores y fundamentalistas en la ONU.

Paulo Teixeira, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo

Los objetivos establecidos en 1990 en relación con la Ayuda Oficial para el Desarrollo todavía no han sido alcanzados, y los países desarrollados no han contribuido con la totalidad de los fondos a que se comprometieron en El Cairo. Hay esperanza, sin embargo, y nosotros hemos visto acciones recientes de algunos gobiernos donantes, pero la situación es apremiante. Las MDM son una oportunidad para vigorizar el debate acerca de los recursos necesarios para combatir la pobreza y proporcionar la gama completa de servicios de SSR a la gente pobre. El Proyecto del Milenio de la ONU ha estado presionando para obtener más recursos para alcanzar las Metas. Necesitamos capitalizar ese trabajo.

Steven Sinding, IPPF

Sachs y Teixeira argumentaron que las condiciones para el desarrollo deben ser modificadas urgente y radicalmente. Teixeira comentó que, si se mantienen las actuales estrategias para el desarrollo, le tomará a Brasil otros 46 años para alcanzar los niveles de desarrollo de Europa o Norteamérica.

Necesitamos continuar presionando para cambiar el orden internacional relacionado con el comercio, con las patentes, con el flujo de dinero. Probablemente sea ingenuo decir esto, pero si consideramos algunos avances, como el que ha tenido la Declaración de Doha, yo pienso que necesitamos tener una actitud positiva y comprender la importancia de movernos en este escenario internacional y ser optimistas en cuanto a que es posible promover el cambio. A nivel nacional, en Brasil, estamos progresando pero a un ritmo que, desde mi muy personal punto de vista, es inaceptable. Si no cambiamos radicalmente las políticas nacionales – desde luego, en coordinación con el orden internacional– respecto a las inversiones en áreas sociales, inversiones en infraestructura, la disminución de la tasa de interés, la reducción de la deuda nacional, etc., será imposible. O, como he dicho, será posible en 46 años, y esto no es aceptable.

Paulo Teixeira, Programa de VITS/SIDA del Estado de São Paulo



CUADRO 5

Resoluciones recientes que afirman la importancia de la salud sexual y reproductiva para el logro de las MDM

57ª Asamblea Mundial de la Salud

Resolución WHA57.12 22 Mayo de 2004

Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo

La 57ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva;

Reafirmando los objetivos de desarrollo que figuran en la Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su quincuagésimo quinto periodo de sesiones, en septiembre de 2000, y en el Plan de Ruta para la implementación de la Declaración del Milenio, así como otros objetivos y metas internacionales de desarrollo;

Reconociendo que el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros objetivos y metas internacionales exigen, de modo prioritario, cuantiosas inversiones y un firme compromiso político en relación con la salud reproductiva y sexual;

1. RESPALDA la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva;
2. INSTA a los Estados Miembros a que, con carácter de urgencia:
 - (1) adopten e implementen la estrategia como parte de las actividades nacionales encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y otros objetivos y metas internacionales de desarrollo, y movilicen voluntad política y recursos financieros para ello;
 - (2) hagan que la salud reproductiva y sexual forme parte integrante de los procesos nacionales de planificación y preparación de presupuestos;
 - (3) refuercen la capacidad de los sistemas de salud con la participación de la comunidad y de grupos no gubernamentales para lograr el acceso universal a la atención en materia de salud sexual y reproductiva, haciendo particular hincapié en la salud de las madres y los recién nacidos en todos los países;
 - (4) vigilen la aplicación de la estrategia para asegurarse de que beneficia a los pobres y otros grupos marginados, incluidos adolescentes y hombres, y de que fortalece la atención y los programas de salud reproductiva y sexual en todos los niveles;
 - (5) se aseguren de que todos los aspectos de la salud reproductiva y sexual, inclusive la salud reproductiva de los adolescentes y la salud de las madres y los recién nacidos, estén comprendidos en los mecanismos nacionales de vigilancia e información sobre los progresos realizados hacia

el logro de los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Santiago, Chile, 10 y 11 de marzo de 2004

Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo

DECLARACIÓN

La Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe reunida en Santiago de Chile, los días 10 y 11 de marzo de 2004, ...

2. Reconoce que la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y de las medidas esenciales, es fundamental para el logro de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio; ...
4. Insta a los países de la región a que intensifiquen sus esfuerzos en los siguientes ámbitos y a través de las siguientes medidas: (i) **Objetivos de Desarrollo del Milenio, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y medidas esenciales:** procurar asegurar que en las políticas y los planes nacionales y regionales de desarrollo para la erradicación de la pobreza, en el marco de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, se incorporen los objetivos, metas e indicadores del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y las medidas esenciales, en especial los relativos a la salud reproductiva, e incluir las disparidades en materia de ingreso, etnia, raza, origen indígena, sexo y edad en los indicadores nacionales y regionales de monitoreo y seguimiento de las metas;

Comisión de Población y Desarrollo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas

Informe del trigésimo séptimo periodo de sesiones (22-26 de marzo y 6 de mayo de 2004),

Doc. E/2004/25, E/CN.9/2004/9, Resolución 2004/2

Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

La Comisión de Población y Desarrollo,

2. Destaca que la ejecución del Programa de Acción y las medidas fundamentales hacen una contribución esencial al logro de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas; ...



¿Qué políticas aseguran el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva?

Durante los dos Simposios, panelistas y participantes discutieron una variedad de factores que impiden el acceso equitativo y esbozaron elementos de políticas que podrían superar las barreras para los servicios.

En especial, las y los panelistas pusieron énfasis en el impacto de la desigualdad de género como un factor central que limita el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Aunque se ha logrado un enorme progreso y hay un debate real y movilización social en todos los países en lo referente a los derechos de la mujer, así como la igualdad y equidad de género, todavía se niega a las mujeres y las niñas derechos humanos básicos. Una gran proporción de mujeres carece de opciones, oportunidades, servicios sociales básicos y libertades básicas que les permitirían escapar de la pobreza y la mala salud. Las mujeres pobres no están empoderadas para manejar su fertilidad y determinar el número y espaciamiento de sus hijos. En una región con las más altas desigualdades en el mundo, esto afecta más críticamente a las mujeres del medio rural, las mujeres indígenas y las mujeres de raza negra en Latinoamérica.

Rogelio Fernández-Castilla, UNFPA

Paulo Teixeira presentó evidencia de Brasil, que muestra que las tasas de infección por VIH/SIDA están creciendo entre las mujeres jóvenes, y entre mujeres con relaciones estables. Esa tendencia refleja los temas fundamentales de género y poder desigual como factores de riesgo para la infección por VIH. En general, las mujeres brasileñas obtienen acceso a los servicios de salud sexual y

reproductiva más tardíamente que cuando debieran, y enfrentan discriminación cuando lo hacen. La atención en salud sexual y reproductiva para mujeres VIH-positivas también queda lejos de ser ideal. Teixeira describió numerosos casos de servicios de salud, ya sea ignorando completamente las necesidades de anticoncepción de las mujeres VIH-positivas o empujándolas a la esterilización. Teixeira concluyó que, como parte de las estrategias de atención sexual y reproductiva, se necesita por lo tanto dar especial atención a garantizar que las mujeres y las niñas reciban los servicios y que esos servicios respeten sus derechos.

En relación con el VIH y la feminización de la pandemia en Latinoamérica y el Caribe, Carmen Barroso de la IPPF/RHO y Steven Sinding de la IPPF, hicieron un llamado urgente para la integración de la prevención, tratamiento y atención del VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva. Sinding hizo mención de que, en demasiados países, la tendencia en los años recientes ha sido establecer programas de VIH autónomos que dirigen la mayor parte de los esfuerzos de prevención a grupos de alto riesgo, como trabajadores/as del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Estos nuevos programas frecuentemente son orientados para los donantes, y atraen tanto dinero que están drenando los recursos de los sistemas de salud en muchos países. Mientras que estuvo de acuerdo en que los programas de prevención especial para grupos de alto riesgo continuarán siendo necesarios, el Director General de la IPPF señaló que los programas de VIH tienen que ser dirigidos hacia la población en general, debido a que el VIH ya es prevalente entre la población en general en muchos lugares –o está a punto de serlo.



Panel sobre las políticas que aseguran el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva. De izquierda a derecha: María Isabel Plata, Directora Ejecutiva, Profamilia-Colombia; Sonia Montaña, Jefa, Unidad de Género, CEPAL; Elsa Gómez, Asesora Regional, Género y Salud, OPS; con Carmen Barroso, Directora Regional, IPPF/RHO; Moderadora - Lynn Freedman, Universidad de Columbia.

Otras personas que hicieron presentaciones en Nueva York, discutieron los tipos de políticas que favorecen el acceso equitativo a los servicios de salud. Sonia Montaña de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) subrayó la falta de acceso a recursos económicos que enfrentan las mujeres en la región y la forma en que ello restringe su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las políticas pueden comenzar a abordar esta problemática mediante la promoción del empleo de las mujeres y, de ese modo, procurar en alguna medida su autonomía económica.

Elsa Gómez, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), describió algunos de los efectos que la reforma del sector salud de los años noventa ha tenido en el acceso de las mujeres a los servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe. La reforma, de la manera en que ha sido implementada en la región, ha estado caracterizada por la contracción del sector público, la privatización de los servicios y la "transferencia de costos"; esto es la transferencia del costo de la salud a las familias y a los individuos.

Fundamentalmente, en la mayoría de los casos, la reforma del sector salud ha significado la transición del paradigma de la salud como derecho, al de la salud como un bien de consumo.

Elsa Gómez, OPS

Gómez hizo notar que esta transferencia de costos ha exacerbado las inequidades existentes en la región, ya sean inequidades de ingreso o inequidades basadas en la raza y origen étnico, pero que también ha agravado las inequidades de género, aunque este tema ha sido mucho menos discutido. Ella señaló que las mujeres necesitan más atención de salud que los hombres, debido a su función reproductiva; solamente en este aspecto, las mujeres enfrentan una carga de enfermedades cuatro veces más grandes que las de los hombres. Y dado que las mujeres tienen menores recursos económicos que los hombres, debido a sus puestos de baja remuneración en el mercado laboral, la transferencia de costos exagera las inequidades.

Gómez presentó datos de la OPS referentes a Bolivia,



Colombia, Ecuador, Nicaragua y Venezuela, que muestran que las mujeres en el quintil más bajo de ingresos utilizan menos servicios de atención a la salud que los hombres en el mismo grupo de ingresos, a pesar de que ellas tienen mayores necesidades. Aún más, las mujeres gastan significativamente más que los hombres en desembolsos por costos médicos en todos los países del hemisferio, en los que se cuenta con datos desagregados por sexo (en los EE.UU., las mujeres gastan 68% más que los hombres en costos médicos; en Ecuador, 50%; en Brasil, 44%, en Perú, 28%). Finalmente, ella mencionó que en la región (en términos monetarios), los hombres tienen tres veces mayor cobertura de seguro de salud que las mujeres, dado que la cobertura de salud está estrechamente ligada a la participación en el mercado laboral formal.

Gómez y Montaña argumentaron que para garantizar el acceso universal, es esencial desvincular la cobertura del seguro de salud del empleo en el sector formal, así como del matrimonio y otras relaciones familiares. Gómez destacó la necesidad de distribuir más ampliamente los riesgos de los seguros y, ciertamente, no asegurar a las mujeres como un grupo separado, dado que ellas por sí solas enfrentan la carga del embarazo y el parto. Gómez argumentó también que el trabajo no asalariado de las mujeres debe ser reconocido en las cuentas nacionales. Esto disiparía la idea de que la atención a los enfermos en su hogar es “gratuita”, y desalentaría transferencias adicionales de la responsabilidad de la atención del sector salud hacia las familias.

En relación con la transferencia de costos “invisibles”, es un hecho que la reforma del sector salud con su insistencia en reducir el rol del sector público, el tema de la eficiencia, de reducir la hospitalización de la gente de mayor edad y de aquellas personas que sufren de enfermedades mentales, se transfiere todo esto a las comunidades y a las familias; y, en realidad, las personas que son llamadas para proporcionar la atención son las mujeres. Los datos disponibles en la región y en Europa, muestran que el 80 por ciento de todos los servicios de salud tienen lugar fuera del sistema de salud, y son desempeñados por mujeres dentro de las familias (encuestas de uso del tiempo en Europa y Latinoamérica). Esta carga de atención para las mujeres las limita aún más en términos de su participación en el mercado laboral y también es una amenaza para su propia salud –y eso no es tomado en cuenta en la definición de las políticas.

Elsa Gómez, OPS

La CEPAL ha iniciado una discusión sobre la expansión de medidas de protección social, tanto cobertura de salud como pensiones, y para desvincularlas de la participación en el mercado laboral formal. Hasta el momento, una persona tiene derecho a seguridad de salud y social en la medida en que participa en el mercado laboral formal, y puede ahorrar dinero para participar, dada la privatización de los seguros de salud y las pensiones. La mayoría de las personas que trabajan en el sector informal –y las mujeres constituyen la mayoría de ellas– viven básicamente sin alguna cobertura o protección... ¿Decidirán las sociedades y los estados, como un gesto de solidaridad, financiar esta protección, la cual hasta el momento solamente existe para aquellas personas que pueden pagarla y ahorrar dinero? Este es un importante desafío para todos los países en desarrollo, y no solamente para Latinoamérica.

Sonia Montaña, CEPAL



Marcela Suazo, Ministra del Instituto Nacional de la Mujer, Honduras, en el Simposio de Nueva York.



María Isabel Plata de Profamilia-Colombia resumió algunas de las condiciones positivas para una mayor equidad en Colombia en materia de salud. Ella puso énfasis en la necesidad de un marco de política completo para la salud sexual y reproductiva, tal y como el que hay en su país; el cual incluye todo un esquema normativo desde nuevas disposiciones constitucionales que bajan hasta las normas técnicas, y que toman en cuenta la distribución de anticonceptivos de emergencia. Ella mencionó que la acción legal a través de las cortes es también esencial para garantizar la aplicación de la normatividad, especialmente en presencia de prácticas discriminatorias persistentes.

En la discusión subsiguiente, se resaltó el punto de que las y los activistas no deben concentrarse en aumentar la Ayuda Oficial para el Desarrollo, sino que deben presionar para lograr una redistribución de los recursos existentes en los países de Latinoamérica y el Caribe. Las y los participantes destacaron la necesidad de presionar por una cultura de igualdad, en una región en donde las personas están íntimamente convencidas de que no son iguales. También hicieron notar las aptitudes del sector no gubernamental en la región, el cual ha tenido una contribución significativa en el campo de la salud sexual y reproductiva, y subrayaron la necesidad de aprovechar efectivamente esos recursos en lugar de “reinventar la rueda”.

María Noel Navas de RedLAC planteó el tema de las políticas para garantizar el acceso universal de la gente joven a la salud sexual y reproductiva en la región. A este respecto, las y los panelistas mencionaron que la salud sexual y reproductiva tiene que ser parte integral de los programas educativos convencionales. Paulo Teixeira afirmó que es inaceptable tener programas educativos que ignoren la salud sexual y reproductiva, o que difundan información inexacta y desorientadora. Rogelio Fernández-Castilla mencionó que una significativa participación de la juventud en el diseño e implementación de programas es vital, pero que todavía hay mucho camino por recorrer.

Parte de la respuesta a esta pregunta... tiene que venir de intensificar los procesos de democratización en nuestras sociedades. Nosotros tenemos perspectivas centradas en la gente adulta afectando a la juventud, programas predispuestos por la gente adulta. No incluimos a jóvenes y adolescentes en el diseño y definición de lo que es necesario para que esos grupos formen parte de la

solución. Si pensamos en grupos indígenas y población marginada, tenemos un enfoque urbano y caucásico para el desarrollo y la definición de prioridades. Los grupos más afectados sistemáticamente están ausentes de las políticas sobre la juventud, la reducción de la pobreza, la inclusión social. Ciertamente, nosotros necesitamos fortalecer la participación de la sociedad civil...

Rogelio Fernández-Castilla, UNFPA



Derechos humanos, salud sexual y reproductiva y las MDM

La discusión de Río sobre derechos humanos y los comentarios inaugurales de Carmen Barroso en ambos Simposios, demostraron que sería posible alcanzar las MDM en cada país de la región, en forma agregada a nivel nacional, sin corregir las agudas desigualdades sociales que son características de Latinoamérica y el Caribe. Por lo tanto, las y los presentadores pusieron énfasis en cuán esencial es integrar los principios de los derechos humanos de igualdad y no discriminación en los planes y programas para la erradicación de la pobreza. Los derechos humanos son una herramienta poderosa pero frecuentemente subutilizada para llamar la atención hacia la situación apremiante de la gente más pobre y en mayor desventaja.

Rebecca Cook comentó que las personas que toman decisiones en el gobierno, activistas, proveedores/as de salud y gente de la academia deben formular normas para incorporar los principios y valores de los derechos humanos en su trabajo y práctica cotidianos. Estos elementos pueden tomar la forma de pautas, códigos de ética, leyes o políticas. Cook exhortó a las y los participantes a plantear demandas de derechos humanos en toda clase de lugares y niveles de la formulación de políticas –local, nacional, regional e internacional.

Tenemos que trabajar unidos como comunidad para inundar los foros [nacionales, regionales e internacionales] con estos principios de justicia social, igualdad y no discriminación con base en el sexo, raza, edad, condición de salud, ingreso... para impulsar el cumplimiento por parte de los gobiernos... En Latinoamérica y el Caribe, la buena noticia es que todos estos foros están siendo utilizados, a veces

a nuestra ventaja, y a veces no, pero están siendo utilizados...

Una tarea esencial en los próximos años es el desarrollo de normas y estándares para la provisión de atención y para mejorar el acceso... Si nosotros no hacemos el trabajo verdaderamente duro de desarrollar estas normas, estándares y pautas; y, de manera más importante, de implementarlas, nos veremos desnudos frente a diferentes fundamentalismos.

Su propósito y su reclamo es que hay un derecho ilimitado de objeción de conciencia. Pero el derecho a la objeción de conciencia es solamente para esos católicos y otras personas que quieran reclamarlo. Al reclamar este derecho, esas personas ignoran el derecho de las mujeres a su propia conciencia, a su propia religión. Esas personas afirman que hay un derecho de libertad de religión, pero no un derecho a liberarse de la religión. Necesitamos aprovechar esos debates, equiparnos para discutir respetuosa y calmadamente sobre estos temas... para mostrar cuáles son nuestros valores.

Rebecca Cook, Universidad de Toronto

Cook describió el trabajo que podría invertirse en hacer operacionales los derechos humanos, tomando el ejemplo de la anticoncepción de emergencia. Ella argumentó que se necesita trabajar simultáneamente a tres niveles: el nivel clínico, el nivel del sistema de salud y el nivel de las condiciones sociales subyacentes. A nivel clínico, con respecto al acceso no discriminatorio a la anticoncepción de emergencia, debe establecerse un conjunto de normas y estándares para delinear la función del personal, a fin de que refiera a las víctimas de violación para anticoncepción de emergencia. Debería exigirse a cada hospital que tuviera anticonceptivos de emergencia en sus salas de emergencia.



Marta Lamas, Presidenta del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), México en el panel sobre derechos humanos, las MDM y salud sexual y reproductiva en el Simposio de Río.

Como ha hecho FEBRASGO en Brasil, las sociedades de obstetricia y ginecología deben desarrollar pautas éticas para caracterizar como una forma de tratamiento degradante el acto de no referir a las víctimas de violación para anticoncepción de emergencia. De manera similar, las sociedades profesionales necesitan desarrollar pautas con respecto a la objeción de conciencia, para dejar en claro que hay límites para la objeción de conciencia y que el deber médico profesional está por encima de el derecho personal de conciencia de la/el proveedor de los servicios. A nivel del sistema de salud, las normas, pautas y leyes deben establecer que las y los adolescentes deben ser tratados de acuerdo con la evolución de sus capacidades, en lugar de un límite arbitrario de edad. A nivel de las condiciones subyacentes, las leyes, políticas y prácticas deben someterse a una evaluación de derechos humanos, para asegurar que no constituyen una barrera sino que, de hecho, facilitan el acceso. En el contexto de la anticoncepción de emergencia, esto podría significar que la anticoncepción de emergencia estuviera disponible sin receta médica, dado que la

evidencia clínica muestra que la receta de una/un médico no es necesaria.

Marta Lamas del Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE) discutió la manera en que los derechos humanos pueden constituir una plataforma común de valores para responder a quienes se oponen a los derechos sexuales y reproductivos con base en su cultura nacional o minoritaria. Ella afirmó que ya se ha realizado mucho trabajo por grupos transnacionales de la sociedad civil para desarrollar y enriquecer estos principios comunes de derechos humanos, y convertirlos en un verdadero proyecto multicultural –un “localismo globalizado” o “globalización de abajo hacia arriba” de valores compartidos. Ella subrayó la utilidad de los valores compartidos como: respeto por la autonomía del cuerpo, solidaridad, pluralismo, diversidad, justicia, igualdad, estado laico, el derecho a la vida sin interferencia indebida del Estado o la Iglesia. Estos términos pueden y de hecho ayudan a dar importancia a los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas; y también tienen la ventaja para muchas personas de que son más fáciles de entender y apoyar que los “derechos sexuales y reproductivos”.

Hay varias estrategias. Una que hemos aplicado en México es hablar de sexualidad y reproducción en el contexto de los derechos civiles. Éstos son derechos que protegen las diferencias personales y de grupo, mientras que sean compatibles con las libertades de todas las personas. ¿Qué es más central que el propio cuerpo como terreno de libertades? Nuestro cuerpo es el contexto en donde experimentamos nuestras vidas en forma cotidiana. En mi país, los derechos civiles están consagrados en la Constitución como “derechos individuales” –libertad de expresión, libertad de asociación, libertad de conciencia, igualdad ante la ley y derecho a la privacidad. Estas garantías implican que el Estado, y las iglesias, no deben interferir en las decisiones personales. Bajo el paraguas de los derechos civiles, es posible presentar en una manera diferente la lucha por los derechos sexuales y reproductivos. Es interesante observar que personas que no se sienten cómodas al hablar de decisiones sexuales y reproductivas, pueden aceptarlas cuando se les etiqueta como asuntos de derechos civiles.

Marta Lamas, GIRE

Susana Chiarotti del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)



enfaticó el derecho a la salud como una herramienta fundamental para abordar los problemas que enfrentan las mujeres en forma cotidiana, como puede ser una pobre calidad de atención. Ella afirmó que el derecho a la salud es un derecho constitucional en América Latina y el Caribe –dado que todos los países han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y, algunos, como Argentina, han incorporado este tratado, junto con otros, en sus Constituciones. Adicionalmente, la mayoría de los países de la región reconocen el derecho a la salud en sus Constituciones. Por lo tanto, el derecho a la salud no es opcional en Latinoamérica y el Caribe: es una obligación de los gobiernos y, en la mayoría de los casos, es un derecho Constitucional. Chiarotti comentó que esto tiene dos efectos específicos.

Primero, esto condiciona la clase de convenios en que los gobiernos pueden participar, por ejemplo en el libre comercio. El último borrador del Acuerdo de Libre Comercio de las Américas, propone colocar los servicios de salud en la canasta de servicios que pueden ser convertidos en bienes de consumo y privatizados. En la opinión de Chiarotti, esto sería ilegal y en contraposición con los derechos humanos. Segundo, el considerar a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, como un derecho humano no negociable, puede conducir a un cambio cualitativo en las actitudes y comportamientos hacia el público por parte del personal de salud a todos los niveles. Ella describió el terrible trato que, con frecuencia, las mujeres pobres enfrentan en los hospitales públicos de Argentina, especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Muchas mujeres son humilladas y discriminadas en los servicios de salud pública, debido a que son mujeres, son pobres, tienen sobrepeso, son indígenas, han estado embarazadas en forma repetitiva, porque han “pecado”... Yo puedo confirmar, con base en la práctica de mi profesión como abogada, que en los servicios de emergencia, un asaltante herido en una balacera recibe mejor trato que una mujer que llega con una hemorragia derivada de un aborto... Esta mujer es sujeta al juicio moral acerca de su vida, su vida sexual, y el juicio se convierte en castigo: insultos, trato inadecuado, rechazo a sus peticiones de agua, alimentos, analgésicos. “Si tú has pecado, tienes que pagar por ello.” Este tipo de trato desalienta a la mujer para regresar al sistema de salud pública, para recibir y continuar con un tratamiento que puede salvar su vida

y su salud, así como evitar el siguiente embarazo, el siguiente aborto... Las autoridades políticas y de salud pública, no se han dado cuenta del alcance del problema, ni del bajo costo que tendría el cambio de actitudes. Pero entre discriminación y no discriminación, no hay diferencia en costos. Y los beneficios de la calidad, respeto y trato no discriminatorio son enormes, y pueden ser medidos en términos de calidad de vida.

Susana Chiarotti, CLADEM

Chiarotti describió las acciones emprendidas por CLADEM para remediar esta situación, incluyendo la presentación de una queja en contra de Argentina, en el Comité de las Naciones Unidas Contra la Tortura, después de que las entrevistas a cientos de mujeres en seis hospitales, revelaron un patrón de abuso flagrante. Esta acción resultó efectiva, conduciendo a una reforma de protocolos para la atención en hospitales, talleres con el personal, y capacitación previa al servicio y durante el servicio para doctores/as y enfermeros/as. Ella comentó que ahora, tanto proveedores como pacientes conciben sus roles de manera diferente. Las mujeres se dan cuenta de que están pagando por estos



Rebecca Cook, Profesora, Universidad de Toronto, Canadá en el panel sobre derechos humanos, las MDM y la salud sexual y reproductiva en Río.



Susana Chiarotti de CLADEM opina en el panel sobre derechos humanos, las MDM y salud sexual y reproductiva en el Simposio de Río.



Jacqueline Pitanguy de CEPIA, Brasil modera el panel sobre derechos humanos, las MDM y salud sexual y reproductiva en Río.

servicios a través de sus impuestos y que pueden, por lo mismo, demandar un buen servicio y el personal de salud ha cambiado su actitud. En su experiencia profesional, algunas herramientas de derechos humanos han resultado ser un efectivo mecanismo de aplicación; estas herramientas tienen fuerza, y pueden ser utilizadas en tiempo real para defender a las víctimas de abuso.

En la discusión, las y los participantes hicieron énfasis en el impacto adverso del fundamentalismo religioso sobre los programas de salud sexual y reproductiva, y debatieron estrategias para contrarrestar a las y los ultra-conservadores en el ámbito de las ideas. La importancia de la movilización social alrededor de los derechos humanos y el uso de los derechos humanos como herramientas para la persuasión, fueron subrayados por varias personas que expresaron sus comentarios durante la discusión.

Yo concuerdo con el comentario [hecho por Moncef Ben Ibrahim de la IPPF] sobre la importancia de la persuasión de nuestros gobiernos. ¿Cuáles son los argumentos y el lenguaje que usaremos para convencer a la gente que está viviendo violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos, para que se una a nuestra causa, en lugar de reproducir el discurso religioso y hegemónico? Y, en el tema de la persuasión, me gustaría recordar lo que Serge Moscovici, el sociólogo y antropólogo francés, dijo acerca del poder de una minoría consistente. Si una minoría mantiene la presión a favor de su punto de vista, con el tiempo puede obtener apoyo... De manera similar, podemos persuadir a otras personas acerca del valor universal de la libertad, y que se extiende al campo de la sexualidad y la reproducción.

Marta Lamas, GIRE

Algunas personas argumentaron que las y los progresistas han rehuído la discusión acerca de la religión y cultura en su propio perjuicio. Susana Chiarotti respondió que, en cierta forma, el trabajo que CLADEM ha realizado sobre derechos humanos de las mujeres en hospitales, ha estado relacionado con la religión. Ella mencionó que el abuso en contra de las mujeres en hospitales, es en parte un legado de la religión en la región, con su historia de autoritarismo y juicios en contra de otros. Este es el legado con el que ellas buscan terminar.



Reforma del sector salud, política macroeconómica, salud sexual y reproductiva y las MDM

En Nueva York, Sachs exhortó a las y los participantes a desafiar el “Consenso de Washington” sobre la liberalización de mercados como la solución definitiva para la erradicación de la pobreza. El afirmó que la falla de los ajustes estructurales está siendo cada vez más reconocida; y que, por lo mismo, las MDM constituyen una oportunidad para que los gobiernos se apropien del proceso de planificación para el desarrollo, y hagan retroceder las demandas impuestas por las instituciones financieras internacionales para continuar los recortes en los gastos en salud y educación.

Con respecto al Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, y los fracasos generalizados de los últimos 25 a 30 años el poder en el desarrollo internacional no ha estado en Nueva York [en las Naciones Unidas], sino en Washington... Washington es donde los temas de dinero han sido discutidos para la última generación, particularmente por las instituciones de Bretton Woods. Los últimos 25 años han sido un período conocido como la era del ajuste estructural, la cual ustedes conocen muy bien... Obviamente, esto ha sido un fracaso. Hasta cierto punto, en los últimos 10 años el fracaso ha sido reconocido en forma creciente. Esto explica en parte la razón de que el interés y la agenda se hayan orientado hacia una visión más amplia del desarrollo, para incluir no solamente los recortes presupuestales y la apertura de mercados, sino de hecho la cancelación de la deuda, la reforma del

sistema internacional de comercio, mayores inversiones en salud de educación, y más. Esta ha sido una ardua pelea, y [sus metas] difícilmente han sido alcanzadas.

La idea de las MDM es empoderar a las comunidades y a los gobiernos locales frente a las agencias internacionales dominantes. “¡Replieguense, estos son nuestros planes, ayúdenos a llevar adelante nuestros planes!” Esta es realmente la idea, que esos planes sean propiedad de los países, y propiedad de los países no significa propiedad de los gobiernos; sino que implica un esfuerzo coordinado entre gobierno y sociedad civil. Ese es el estándar que ustedes deberían estar imponiendo a sus gobiernos.

Jeffrey Sachs, Proyecto del Milenio de la ONU y el Earth Institute, Universidad de Columbia

La discusión sobre política macroeconómica y la reforma del sector salud en ambos Simposios subrayó la necesidad de cuestionar las ortodoxias prevalecientes en relación con la ilimitada liberación del comercio, la creciente presión favorable a los monopolios en los derechos de propiedad intelectual, y la privatización y comercialización de los servicios.

Es verdaderamente vergonzoso que, en el debate acerca del financiamiento para el desarrollo y las MDM, ... la ONU no haya iniciado el debate en Monterrey denunciando el Consenso de Washington. El Consenso de Washington ha sido un fracaso. Tengamos valor y digámoslo. En Latinoamérica, lo hemos aplicado al pie de la letra y el Consenso ha sido un fracaso.

Cecilia López, Fundación Agenda Colombia



Panel sobre reforma del sector salud, política macroeconómica, las MDM y salud sexual y reproductiva en Río. De izquierda a derecha: Paulo Teixeira, Coordinador Principal, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo, Brasil; Mariama Williams, DAWN, Jamaica; Marijke Velzeboer (moderadora), Jefa, Latinoamérica, UNIFEM; Ralph Hakkert, Equipo de Apoyo para Latinoamérica y el Caribe, UNFPA; Debora Tajer, RSMLAC, Argentina.

Paulo Teixeira presentó el ejemplo de Brasil con respecto a los medicamentos antirretrovirales (ARV). Como resultado de sus negociaciones con las compañías farmacéuticas y con otros miembros de la Organización Mundial de Comercio, Brasil aseguró el derecho de producir sus propios ARV genéricos, reduciendo enormemente con ello sus gastos en medicamentos para sus ciudadanas/os que viven con SIDA, aún cuando se ha incrementado el número de personas con tratamiento. De esta manera, Brasil pasó de dar tratamiento a 85.000 personas con un costo de 336 millones de dólares en 1999, a darlo a 150.000 personas con un costo de 172 millones de dólares en 2004. En esta batalla, Brasil tuvo que desafiar la noción de que los derechos de propiedad intelectual podrían estar por encima de las vidas y salud de sus ciudadanos/as.

Las acciones de Brasil tuvieron también el efecto de reducir los precios de las materias primas para estos mismos medicamentos en el mercado internacional, y ayudaron a asegurar el Acuerdo de Doha para proteger el acceso de todos los países en desarrollo a los medicamentos genéricos esenciales que no producen localmente. Teixeira afirmó que, sin estas medidas, Brasil se hubiera encontrado en el predicamento que Cecilia López identificó en sus proyecciones de costo para Colombia: enfrentando una crisis de salud

pública, pero aplastado por los increíbles costos de los tratamientos con medicamentos

Teixeira indicó que la lucha de Brasil en esta difícil batalla pone de relieve la dimensión esencialmente política de la salud pública. Él argumentó que la movilización social realizada por activistas del SIDA y los derechos humanos, internacionales y brasileños, fue crucial para ganar esta batalla –precisamente debido a que no era simplemente un “asunto técnico”, sino una profunda cuestión de vida o muerte.

Al contarles la historia de la lucha de Brasil para producir ARVs genéricos, quiero demostrar que la salud pública no es solamente una cuestión de tecnología. En realidad, es una cuestión que es esencialmente política, en la que los derechos humanos fundamentales siempre están en juego.

Paulo Teixeira, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo

Mariama Williams discutió el impacto de las políticas macroeconómicas –tal y como son promovidas actualmente por las instituciones financieras internacionales– en las políticas nacionales de los países en desarrollo en los sectores sociales (por ejemplo, educación, salud o vivienda).



Ella describió la forma en que las políticas macroeconómicas prevalentes, conducen a los gobiernos a priorizar metas –tales como el equilibrio presupuestal, reducción de impuestos, liberalización de mercados, reducción de la deuda, protección de patentes, o desmantelamiento de barreras tarifarias– que tienen poco o nada que ver con la construcción de capital social. Por lo tanto no debe sorprender, desde su punto de vista, que la búsqueda de esas metas no produzca inversión gubernamental en salud y educación; y, de hecho, conduzca a reducir las inversiones en esos sectores.

En este contexto, con mucha frecuencia las inversiones adecuadas, tanto públicas y privadas, en infraestructura, que son importantes para las familias individuales, son tratadas benignamente o descartadas como temas secundarios o no importantes; y esto es realizado por personas que formulan políticas y que se hacen llamar responsables. Esta situación no puede seguir, porque es inherentemente destructiva e inestable.

Mariama Williams, DAWN

Williams enfocó la atención de las y los participantes hacia el impacto potencial de los acuerdos de libre comercio, incluyendo el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas, el cual está siendo actualmente negociado por muchas naciones de Latinoamérica y el Caribe con los Estados Unidos. Con respecto a la salud pública, los borradores de estos acuerdos contienen una serie de disposiciones que podrían resultar muy dañinas, como una más larga protección de patentes (25 años de protección de la propiedad intelectual, versus 20 años en el acuerdo existente de la Organización Mundial del Comercio sobre los ADPIC-Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio), y un lenguaje que reemplazaría la flexibilidad otorgada a los gobiernos por el Acuerdo de Doha en 2001 para dar prioridad a la salud pública por encima de los derechos de los poseedores de las patentes.

Los EE.UU. han estado revisando muy sistemáticamente esos cuatro o cinco puntos de flexibilidad en el acuerdo de los ADPIC y asegurándose de que a través de estos acuerdos de libre comercio, los gobiernos pierdan su capacidad de proteger la disponibilidad de medicamentos genéricos. Eso es algo de lo que debemos estar muy conscientes, de que nuestros gobiernos están reescribiendo las leyes de patentes con base en el prototipo de los acuerdos de libre comercio que los

EE.UU. están proponiendo, y están con ello bloqueándose a sí mismos la disponibilidad por la que Brasil y otros países lucharon, y que provino de la Declaración de Doha y del acuerdo de Ginebra, logrado en 2003, antes de la reunión de Cancún.

Mariama Williams, DAWN

En ese contexto, Williams hizo un llamado a las y los activistas de la salud sexual y reproductiva en la región, para que expandan sus actividades de defensa y promoción más allá de sus temas más urgentes, para incluir las preocupaciones de justicia económica y social.

Ralph Hakkert y Debora Tajer hicieron observaciones sobre una serie de consecuencias negativas de la reforma del sector salud, tal y como se practica en la región a recomendación de las instituciones financieras internacionales. En la vasta mayoría de los países de la



Jeffrey Sachs, Director, Earth Institute de la Universidad de Columbia y Director del Proyecto Milenio de la ONU.



región que han implementado la reforma del sector salud, la tendencia a cobrar cuotas a usuarios y “recobrar costos” ha reducido el acceso de la gente más pobre a los servicios de salud. Hakkert comentó que esto no sorprende, debido a que la reforma del sector salud fue concebida por economistas que tenían muy poca comprensión del funcionamiento de los sistemas de salud.

Él también enfocó la atención de las y los participantes en la tendencia de la reforma del sector salud en la región, para depender de concepciones anticuadas de la salud de la mujer y para reforzar o revivir programas verticales. Por ejemplo, en varios países de la región, la reforma ha tendido a concentrarse de manera estrecha en la salud materno-infantil y la atención del embarazo, para excluir la atención integral de la salud sexual y reproductiva para las mujeres a lo largo de sus vidas, tal y como fue previsto en El Cairo.

Especialmente en el campo de la salud de la mujer, las políticas promovidas bajo la reforma del sector salud se refieren a programas especializados en atención materna e infantil, mismos que están en conflicto con la noción de un enfoque integrado de la salud de la mujer; y, en especial, de la salud sexual y reproductiva. El eje central es dar seguimiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el período post natal, y prestar atención a la salud infantil. Solamente en algunos países, los servicios de salud para la mujer han sido concebidos y provistos de una manera más amplia. Estas políticas han resultado en un regreso a la visión pasada de moda de la salud de la mujer, la cual prevaleció en los años setenta, y constituyen un rompimiento con la idea de una atención integral a la salud consagrada en El Cairo... Sin embargo, bajo la reforma, la mayoría de los problemas que enfrenta el campo de la salud sexual y reproductiva no son diferentes de aquellos que enfrentan otras áreas de salud.

Ralph Hakkert, UNFPA

Tanto Hakkert como Tajer señalaron la falta fundamental de coherencia entre el concepto de desarrollo humano y las actuales políticas macroeconómicas neoliberales. Algunas/os participantes expresaron el punto de vista de que las MDM presentan oportunidades para enfocar la atención en las contradicciones y tensiones fundamentales entre las políticas macroeconómicas neoliberales promovidas por el Banco Mundial y, especialmente, el Fondo Monetario Internacional (FMI), y los requerimientos para una mayor inversión en los sectores sociales que sustentan las propias MDM. Williams coincidió con estos puntos de vista, e hizo notar que mientras es necesaria una mayor inversión en los sectores sociales, no sería suficiente para alcanzar las MDM.

El financiamiento insuficiente es una razón para que las MDM no sean alcanzadas, pero hay otra razón: no hay un ambiente propicio. Al mismo tiempo que planteamos las MDM, tenemos políticas contradictorias y conflictivas que están siendo puestas en operación. Tenemos una política comercial que en realidad es anti-reducción de la pobreza y anti-desarrollo humano.

Carecemos de coherencia entre la agenda de las MDM y las agendas comerciales, macroeconómicas y financieras... Estamos integrando comercio y financiamiento al vincular el Banco Mundial, el FMI y



Mariama Williams, Co-coordinadora para la Economía Política de la Globalización, DAWN, Jamaica en Río.



la OMC. Estos tres organismos están ahora formalmente vinculados en un proceso de coherencia para asegurar que sus operaciones no entran en conflicto con la agenda comercial. No hay una vinculación similar para el desarrollo humano y los derechos humanos. Para mí, ese es el mayor obstáculo debido a lo cual esto no va a funcionar, aún con suficiente financiamiento... El financiamiento es parte del problema, pero yo sostendría que no es el problema fundamental... Esta es la razón por la que no podemos divorciar la agenda de los derechos sexuales y reproductivos del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio ni de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

Mariama Williams, DAWN

Williams también señaló el hecho de que la forma en que se elaboran actualmente los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (DERP) por parte de los países en desarrollo para obtener préstamos del Banco Mundial, no están bien encaminados hacia la reducción de la pobreza o al aumento de recursos para el sector salud, debido a que permanecen incrustados en el marco de los ajustes estructurales y no afrontan este paradigma.

Yo no estaría de acuerdo con la sugerencia de que ayudará el tener la salud sexual y reproductiva como una partida presupuestaria en los DERP... Los DERP son solamente un mecanismo para poner un candado al servicio de la deuda para promover la agenda comercial... y si ustedes analizan todas las revisiones del FMI y el volumen de 300 páginas de los DERP, estos documentos no están adecuadamente encaminados a lograr la reducción de la pobreza. Por ello, si queremos luchar para incorporar la salud sexual y reproductiva en los DERP, vamos a tener que luchar para abrir el proceso de los DERP y abrir también el marco de política macroeconómica que los orienta.

Mariama Williams, DAWN

Una tarea importante de carácter permanente para las y los activistas de la salud, es enmarcar a la salud como una inversión, más que simplemente como un “gasto social”. Varias personas participantes señalaron que uno de nuestros mayores desafíos para avanzar sería posicionar el debate como una cuestión de cómo balancear los principios del mercado con la justicia social. La discusión podría tomar la forma de renovación del contrato social entre la ciudadanía y el estado. Para que las MDM sean

usadas por las y los activistas en este debate, necesitan primero haber explicado y debatido esto a nivel nacional; algo que escasamente ha empezado a suceder en Latinoamérica y el Caribe. Las y los activistas en ambos Simposios expresaron su determinación de prestar más atención a la política macroeconómica, al comercio y a los presupuestos, que la que han prestado hasta ahora.



¿Cuánto cuesta asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los beneficios?

Cecilia López de Fundación Agenda Colombia presentó una estimación de los costos de proveer acceso universal a la salud sexual y reproductiva en Colombia –un ejercicio de costeo que es importante en el contexto de las MDM, en donde los argumentos relacionados con el costo-beneficio son especialmente atractivos. Ella concluyó que el acceso universal no es barato, pero que tiene importantes beneficios sociales y para la salud. También expresó su preocupación de que el tratamiento de VIH absorbería una muy grande proporción del presupuesto propuesto, debido al alto precio de los ARV en Colombia como resultado del tratado bilateral entre Colombia y los Estados Unidos. Ella también señaló que gran parte de la gente pobre en Colombia todavía no tiene seguro de salud, puesto que el 43 por ciento de la población continúa sin seguro. En su opinión, las políticas sociales “orientadas al mercado” que emergen del Consenso de Washington, están fracasando en la región, y hay una necesidad urgente de voluntad política y movilización social para hacer que la gente que no está asegurada tenga cobertura y para que el precio de las medicinas esenciales, como los ARV y los suministros de planificación familiar, sea renegociado.

El principal costo es el precio de los medicamentos – estamos tratando con un acuerdo bilateral con los Estados Unidos. Este es un tema que la gente ha pasado por alto. Es importante debido a que, por supuesto, no es solamente para el VIH, aunque el impacto en el VIH es muy importante; es para los micronutrientes, para la atención prenatal, para los

métodos de planificación familiar... Esa negociación es muy importante debido a que si los costos aumentan aún más, ¡no sé qué vamos a hacer! El tratamiento para el VIH aumenta el costo total de los servicios de SSR en 57 por ciento... y estamos en la fase crítica para la acción, y si no hacemos algo, podemos tener una pandemia...

Desde luego, las recomendaciones son obvias. La primera es que no podemos continuar con el modelo económico actual, ¡Dios mío! tenemos que entrar en ese debate... Entonces, debemos buscar alternativas, y las mujeres tenemos que entrar en el debate antes de tener un nuevo paradigma que de nuevo haga a un lado las necesidades de la mujer.

Cecilia López, Fundación Agenda Colombia

Mayra Buvinic del Banco Interamericano de Desarrollo examinó los montos gastados en salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe, y encontró fuertes disparidades, observando que la mayor parte del dinero se está gastando en las mujeres con mayor riqueza. Ella señaló que algunos países de la región pueden pagar la cobertura de salud para toda su gente, si reorganizan sus presupuestos; pero que otros países son definitivamente demasiado pobres y enfrentan una brecha financiera que requerirá de financiamiento externo.

Helena Hofbauer de FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, describió la forma de “seguir al dinero”. En su trabajo de análisis de presupuestos en México, ella ha encontrado que los gastos del estado son principalmente asignados a los grupos más privilegiados. En los estados de México en los que la gente tiene menor cobertura de



Panel sobre los costos y beneficios de lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en Nueva York. De izquierda a derecha: Helena Hofbauer, Directora Ejecutiva, FUNDAR, México; Mayra Buvinic, Jefa, Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo; Cecilia López, Presidenta, Fundación Agenda Colombia.

seguros, el gasto per cápita del gobierno en el rubro de salud, es en realidad menor que en los estados con mayor riqueza. Ella señaló que el gasto del gobierno federal en salud sexual y reproductiva ha experimentado considerables fluctuaciones a través de los años, lo que indica que no responde a las necesidades reales, sino a otros factores y presiones. Año tras año, el gobierno gasta menos en salud de lo que es autorizado por el parlamento. Hofbauer comentó que las prioridades gubernamentales no son la salud sexual y reproductiva o la salud en general, sino rubros como el militar, en el que el presupuesto siempre se gasta más de la cuenta. Ella determinó que hay dinero, y en cantidades abundantes, para los rubros a los que el gobierno asigna prioridad, haciendo a un lado el argumento de que los déficits presupuestales explican por qué se dedican montos insuficientes a la salud sexual y reproductiva. Y aún cuando hay escasez de dinero en un área en particular, las prioridades pueden siempre ser cuestionadas con respecto a la asignación de dinero dentro de esa condición de escasez. Hofbauer señaló que es importante analizar los presupuestos no solamente para mostrar a dónde va el dinero, sino también de dónde el dinero puede provenir para satisfacer las necesidades en materia de salud. FUNDAR ha utilizado esa información

efectivamente en defensa y promoción con parlamentarios mexicanos y el la Secretaría de Salud.

En la discusión subsiguiente, las y los participantes coincidieron en la importancia de desarrollar argumentos económicos para defender la salud sexual y reproductiva. Algunos señalaron que los grupos activistas del VIH/SIDA han encontrado la forma de plantear poderosos argumentos económicos para el tratamiento universal de las personas que viven con SIDA, sin comprometer su argumento esencial de que el acceso universal también es un derecho humano. Esos grupos han, por ejemplo, demostrado exitosamente las asombrosas pérdidas económicas causadas por la mortalidad debida al SIDA en poblaciones activas económicamente. Carmen Barroso de IPPF/RHO retomó los comentarios de Geeta Rao Gupta, del Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW, siglas en inglés), hechos durante la Mesa Redonda Global de la IPPF realizada en agosto de 2004, sobre renuencia de los grupos activistas de la salud sexual y reproductiva para seguir la misma táctica que los del VIH/SIDA. Como resultado de ello, observó Barroso, los grupos de defensa y promoción de la salud sexual y reproductiva han perdido terreno en el desarrollo y refinamiento de los argumentos económicos que vinculan la salud sexual y reproductiva, la pobreza y el desarrollo;



esto, a pesar de que esos vínculos fueron los pilares de la Agenda de El Cairo. Como lo señaló Rao Gupta, no hay dificultad, ni teórica ni empírica, para demostrar que un enfoque de la salud sexual y reproductiva centrado en la gente y centrado en los derechos, es esencial para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. Cecilia López coincidió plenamente.

Como economista y como persona sensible al género, yo quiero decir que pienso que el Programa de Acción y las políticas de la CIPD sobre la salud sexual y reproductiva en general, no han sido adecuadamente “vendidas”... No hemos usado el lenguaje de las y los economistas, quienes desafortunadamente dominan el campo del desarrollo... La llamada mayor flexibilidad de los mercados laborales en Latinoamérica y el Caribe, es en realidad una feminización de los mercados laborales, con las mujeres aceptando trabajos de baja remuneración y que no tienen prestaciones sociales ni seguridad en el trabajo. Esto está muy claro. No hemos vendido a la salud sexual y reproductiva como un elemento de productividad. Si hay una entrada masiva de mujeres en el mercado laboral informal a gran escala, y al mismo tiempo las políticas no abordan directamente un elemento central como la salud de la mujer y la mortalidad materna con todos sus componentes,... esto tendrá un impacto directo en lo que las y los economistas se la pasan soñando; es decir, la productividad laboral... Estos son argumentos verdaderamente poderosos, y que ayudarán a abrir un espacio para generar más financiamiento para los programas.

Cecilia López, Fundación Agenda Colombia

En la discusión sobre los costos del tratamiento para el SIDA, Paulo Teixeira dejó en claro que los gobiernos gastarán en VIH/SIDA, de una forma u otra.

Es extremadamente importante saber o reconocer que, de una forma u otra, tendremos que pagar por el VIH. La diferencia es que nosotros podemos escoger: ya sea pagar por camas de hospital, por desempleo, por desorganización de las familias, por medicamentos para tratar la tuberculosis o la neumonía, o utilizar el mismo dinero para tratamientos de ARV. Esto fue una de las mayores lecciones del programa brasileño. Después de cuatro años de proporcionar ARVs combinados, hemos ahorrado 100 millones de dólares. Esa fue la diferencia entre pagar por ARVs y pagar por

camas de hospital y demás. Es muy importante reconocer que, en cualquier caso, el VIH/SIDA tendrá costos para nosotros. De tal forma que hemos decidido cómo gastar mejor el dinero.

Paulo Teixeira, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo

Una animada discusión resultó de medir los costos de no actuar y calcular los beneficios de las acciones en salud. Algunas personas participantes observaron que si el dinero se aplica, por ejemplo, a la educación efectiva en sexualidad, menos habrá que gastar en otros componentes de la atención a la salud. De manera similar, se argumentó que si hacemos que el aborto sea seguro y legal, el sistema de salud no tendrá que enfrentar los costos de la atención de emergencia para cientos de miles de abortos realizados de manera incompetente. Cualquier cálculo de costos netos debe, por lo tanto, tomar en cuenta los costos de la inacción.

Tomando en cuenta el trabajo presentado por las y los panelistas, varias personas participantes señalaron la importancia de la investigación para la defensa y promoción sobre salud sexual y reproductiva. Se hizo un llamado para concentrar la atención de esa investigación y de las actividades de defensa y promoción, de manera seria, en la gente más pobre y la más excluida: la indígena, la de ascendencia africana y las poblaciones rurales en cada país.



Estrategias de la sociedad civil para superar los obstáculos para la implementación de las MDM

En la discusión de estrategias de la sociedad civil para superar los obstáculos para el logro del Programa de Acción de la CIPD y en las MDM, Tania Rodríguez de RedLAC señaló la falta de atención a temas específicos de la juventud en las MDM, en contraste con el Programa de Acción de El Cairo. Ella habló sobre la importancia de integrar a las y los jóvenes como participantes plenos en los programas de salud sexual y reproductiva y describió la forma en que jóvenes que trabajan en derechos sexuales y reproductivos en Panamá se han organizado de manera efectiva a nivel nacional. Una estrategia importante para la solidaridad ha sido vincularse con una red regional de gente joven con la misma mentalidad, RedLAC.

Las y los jóvenes activistas panameños han también buscado activamente su participación en conferencias internacionales y procesos de formulación de políticas, para ganar experiencia y credibilidad ante su propio gobierno. Esto les ha permitido participar más efectivamente en órganos de toma de decisiones. Estos jóvenes activistas han encontrado que es esencial trabajar a nivel tanto nacional y regional, como internacional, para ser capaces de avanzar en un nivel, cuando se les bloquea en otro.

Rodríguez hizo énfasis en la necesidad de identificar quiénes son las/los “adultos aliados”, y de trabajar en estrecha relación con ellas/os.

En el trabajo que hemos realizado recientemente en Panamá como ReDSeR, nuestra red nacional, hemos participado en el trabajo de la Comisión Nacional para

la Salud Sexual y Reproductiva, que es la estructura estatal que define las políticas nacionales sobre derechos sexuales y reproductivos. Ellos nos invitaron, porque les habíamos convencido de la necesidad de la participación juvenil. El Ministerio de Salud es muy abierto a la participación de la gente joven.

Tania Rodríguez, RedLAC

Rodríguez también describió la forma en que la juventud de RedLAC estableció sus propios grupos de trabajo interno en tópicos como feminismo o derechos sexuales, para generar nuevas ideas, construir consenso sobre posturas y desarrollar una experiencia interna sobre la participación juvenil.

Estos grupos de trabajo son la base a partir de la cual desarrollamos nuestra práctica de participación juvenil para procesos regionales e internacionales. Desde luego, tenemos que nutrir y desarrollar nuestra agenda con base en nuestras propias discusiones; pero, también, la construcción de nuestro propio discurso debe realizarse de manera que esté fundamentado en nuestros principios y misión, con el fin de promover una participación juvenil significativa y diversa.

Tania Rodríguez, RedLAC

Hablando sobre el desafío que el fundamentalismo representa para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, Frances Kissling de Católicas por el Derecho a Decidir en Estados Unidos (CFFC) describió el crecimiento de las religiones conservadoras y su creciente influencia en los gobiernos en los Estados Unidos y en todo el Hemisferio Occidental. Ella habló de tres estrategias adoptadas por Católicas por el Derecho a Decidir y sus aliados. Primero, una mejor y más clara articulación de los valores que las y



Panel sobre estrategias de la sociedad civil para superar los obstáculos para la implementación de las MDM. De izquierda a derecha: Tania Rodríguez, RedLAC, Panamá; Esther Vicente (moderadora), Presidenta de la Junta Directiva, Profamilia-Puerto Rico; Frances Kissling, Presidenta, Catholics for a Free Choice; Sonia Correa, DAWN y ABIA, Brasil.

los católicos progresistas sostienen en el área de SSR y justicia social, con base en un pensamiento laico, plural y democrático, y con un enfoque en la necesidad de expandir y proteger el estado laico; segundo, un desafío más directo a los elementos fundamentalistas dominantes en la Iglesia; y, finalmente, la recuperación de la voz liberadora de la religión sobre temas de justicia social (a la vez siguiendo pendiente de no conceder demasiada autoridad a los clérigos, aunque sean progresistas).

Con respecto a la defensa del estado laico, los comentarios de Kissling sobre la necesidad de “seguir al dinero” convergieron con las observaciones de Helena Hofbauer acerca del análisis presupuestario. Es importante demostrar que, en conjunto, la Iglesia utiliza impuestos de los contribuyentes y fondos públicos para realizar su trabajo; y que es por lo tanto inaceptable que se rehúe a proporcionar ciertos servicios de salud como la anticoncepción o la distribución de anticonceptivos. Respecto a la cuestión de las instituciones que trabajan con la religión, Kissling comentó sobre la reciente tendencia de toda clase de organismos de toma de decisiones para buscar la participación de líderes religiosos, pero

con una evidente falta de un enfoque sensible al género al hacerlo.

El Banco Mundial tiene un programa completo de colaboración con las religiones... pero cuando yo analizo ese programa, no puedo encontrar una sola reunión que el Banco Mundial haya tenido en la que estuvieran físicamente presentes más de dos mujeres. Veinticinco líderes religiosos y dos mujeres... quienes no son líderes religiosas. ¿Dónde están las mujeres en esos encuentros con la religión? Tenemos que decirle al gobierno, al Banco Mundial, a la IPPF, al PNUD, al UNFPA, y a todos los demás, que cuando uno practica religión, no se practica religión patriarcal del siglo 18! Uno practica religión del siglo 21, la cual incluye a las mujeres como iguales en la mesa.

Frances Kissling, CFFC

Finalmente, Sonia Correa de DAWN y ABIA describió algo del trabajo de investigación y defensa/promoción realizado por la red feminista DAWN (Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era) en los últimos



20 años, para dar a conocer el impacto en las mujeres pobres de las políticas de ajuste estructural y de otras políticas macroeconómicas neoliberales relacionadas, impuestas a las naciones en desarrollo a partir de los años setenta.

DAWN ha enfocado la atención de manera consistente en las contradicciones entre los estrictos controles fiscales impuestos a los países en desarrollo, y el dudoso interés del FMI y del Banco Mundial en relación con la necesidad de invertir en educación primaria y atención básica a la salud. Por esta razón, durante las conferencias de los años noventa, DAWN luchó por incluir en varios acuerdos una referencia a “un ambiente propicio” y por la igualdad de género y los derechos humanos. Ellas acuñaron el término “fundamentalismo económico”, el cual ahora es ampliamente usado por críticos de las políticas neoliberales. A este respecto, Correa comentó que estas ideas no fueron bien recibidas por los países del norte, aún cuando estos mismos países eran los aliados incondicionales de las feministas del sur en el tema de los derechos sexuales y reproductivos. DAWN también se convirtió en asociada de varios proyectos para monitorear al FMI y al Banco Mundial, como las campañas “50 Años Es Suficiente”, y “Los Ojos de las Mujeres sobre el Banco Mundial”.

Correa señaló la importancia de documentar y hacer públicos, como una parte esencial de la investigación y la defensa y promoción, ejemplos de políticas en países en desarrollo que han resistido exitosamente la presión neoliberal de reducir costos y servicios, como el sistema de salud pública de Brasil (SUS) y su mecanismo de financiamiento. Aunque ella no se manifestó optimista en cuanto a que el “Consenso de Washington” pudiera ser invalidado en el futuro próximo, señaló importantes fisuras y fracturas en el discurso neoliberal, lo cual puede explotarse para fraguar modelos alternativos. (Por ejemplo, el trabajo del economista y anterior vicepresidente del Banco Mundial Joseph Stiglitz). A este respecto, coincidió con la sugerencia de Mariama Williams de investigar e invertir en nuevos foros como la Comisión de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en donde es posible que los argumentos sobre el acceso a los servicios de salud sean mejor recibidos.

Con respecto a la búsqueda de foros más hospitalarios, María José Araujo, Secretaria de Salud de la Mujer en el Ministerio de Salud de Brasil, comentó la colaboración regional reciente. Ella describió la creación de una comisión

intergubernamental formada por miembros del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y sus asociados (Chile, Bolivia y Perú), la cual ha elaborado una política común en salud sexual y reproductiva. Ella señaló que esta es la única comisión del Mercosur que incluye ONGs como miembros y participantes.

En el período de discusión, Frances Kissling hizo algunas observaciones sobre el rol activo que las fuerzas religiosas conservadoras han estado jugando en la promoción de las MDM, añadiendo que “el precio por su centralidad y participación es minimizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos dentro del marco de las MDM”. Ella advirtió a las y los participantes sobre esta nueva construcción religiosa de lo que constituye la justicia social y exhortó a las organizaciones de mujeres a que se involucren en el debate:

Eso es lo que me preocupa de las MDM. Esta es supuestamente la definición de justicia social para el mundo. No puedo permanecer sentada inmóvil, mientras que la élite del poder define la justicia social... como concentrada totalmente en la paz y la pobreza. Los derechos reproductivos, la libertad individual, la libertad personal, son elementos de la justicia social, y yo no quiero permitir que esa definición mundial permanezca como está.

Frances Kissling, CFFC

Tania Rodríguez, miembro fundadora de RedLAC, la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos en Río.





Varias personas participantes coincidieron en la necesidad de mejorar las habilidades técnicas de las y los activistas de la salud sexual y reproductiva sobre temas económicos y para incorporar especialistas a sus filas, con el fin de poder debatir con economistas. A este respecto, Marijke Velzeboer habló del programa de UNIFEM para capacitar economistas en género y derechos humanos, y para capacitar a organizaciones de mujeres para hablar con economistas. La construcción de alianzas con otras comunidades profesionales y la ampliación de los círculos de activistas sobre salud sexual y reproductiva y temas de pobreza, también fue identificada como una prioridad relacionada y urgente.

Finalmente, en relación con los mensajes estratégicos, participantes y panelistas regresaron durante ambos días a la importancia de involucrarse plenamente y volver a comprometerse con los grandes debates de ideas, en los que activistas de los derechos de la mujer y de la salud reproductiva lograron tanto en los años noventa.

Los grandes avances de las 5 ó 6 conferencias de la ONU en los años noventa se relacionaron con el cambio en el modo de pensar. A través de las Conferencias sobre Recursos Humanos, Desarrollo Social, Medio Ambiente, la Mujer, Población y Desarrollo, todas esas conferencias crearon un nuevo modo de pensar a nivel internacional. Esto opera a un nivel cultural incipiente, intuitivo...

Hemos tenido muchos logros, sin duda. El movimiento de las mujeres, el movimiento feminista y el movimiento de la salud reproductiva han tenido un gran avance. Por otra parte, no nos es útil ignorar el hecho de que todavía, en una escala relativa, nosotros tenemos mucho menos poder que muchos de los movimientos que están en contra de nosotros y en contra de los derechos sexuales y reproductivos... La pregunta estratégica es entonces: ¿cómo se opera cuando no somos tan poderosos como los que se nos oponen?... Algunas estrategias son mejores cuando somos menos poderosos...

Subestimamos estratégicamente el poder de las ideas... La transformación social es principalmente acerca de cambios en la forma en la que piensa la gente... Eso es una parte central de lo que necesitamos hacer, pero de lo que no hemos hecho suficiente. Ultimadamente, no se trata de dinero. El dinero no deja de ser importante, pero son las ideas, la pasión, la creatividad y la consistencia, lo que vence al final.

Frances Kissling, CFFC

Cada tramo de progreso que se ha logrado en relación con el VIH y la salud reproductiva ha sido consecuencia del activismo social a nivel nacional e internacional. Así que tenemos que comprender eso claramente y actuar, y actuar y actuar.

Paulo Teixeira, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo



Conclusión

A lo largo de los dos días, las y los participantes hicieron énfasis en el rol vital de la movilización y el activismo social para impulsar una agenda de justicia social amplia. Las y los participantes reconocieron la importancia de que se considere y se posicione la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no aisladamente sino en el contexto más amplio de esa agenda; y la necesidad concomitante de supervisar y abordar las políticas del Banco Mundial y de los ministerios de finanzas y planeación. Todas aquellas personas activas en movimientos de justicia social deben ser enlistadas y movilizadas en la lucha para hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos en contra de los múltiples fundamentalismos que los podrían socavar.

Quedando solamente unos cuantos meses antes de la Cumbre 2005 de la ONU sobre la Declaración del Milenio, las organizaciones de la sociedad civil en Latinoamérica y el Caribe no deben desperdiciar el tiempo difundiendo el trabajo del Proyecto del Milenio de la ONU, lo cual puede representar una importante diferencia si las ONGs y los gobiernos lo usan a niveles locales como documento de referencia. Esas organizaciones pueden presionar para establecer mejores objetivos e indicadores. Las organizaciones de mujeres pueden entrar en contacto y construir alianzas con asociaciones de planificación familiar y otros grupos y viceversa. Con el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma para la Acción de Beijing y el Proyecto del Milenio de la ONU a la mano, las y los activistas pueden visitar a los gobiernos para presionar por una renovada implementación de los acuerdos en materia de salud sexual y reproductiva. Pueden invitar a otros grupos, como los de médicos, de personal de salud, para que se unan a estas acciones.

En general, las y los participantes concluyeron que la comunidad de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha tenido grandes logros en la región en los últimos diez años. Pero tiene que continuar cuestionando, desafiando y presionando para el cambio. Hay muchas herramientas con qué hacerlo. El activismo es esencial para el cambio de

políticas. Sin la sociedad civil, muchos de los logros pasados serían inimaginables, y lo que falta por hacer, insuperable.

María Isabel Plata de Profamilia-Colombia quizá resumió mejor ese sentimiento:

Hay un movimiento de mujeres que es muy vigoroso, que tiene organizaciones que son muy importantes, sumamente costo-efectivas. Por ello yo haría un llamado a las organizaciones multilaterales: No olviden el rol que han jugado las organizaciones de la sociedad civil. Nosotras no tenemos la cobertura del estado, pero tenemos eficiencia, conocimientos y honestidad... Con un poco de imaginación, podemos construir sobre el trabajo de las redes de asociaciones de planificación familiar como la IPPF, las cuales saben cómo hacer las cosas; los grupos de mujeres, los cuales saben cómo hacer las cosas; los grupos de lesbianas y homosexuales, quienes trabajan en VIH, y que saben qué hacer y lo están haciendo. Hay mucha riqueza ahí. Los estados pueden aprender mucho de esas organizaciones en términos de eficiencia y de cómo mejorar su cobertura...

Nosotras tenemos una fortaleza que no apreciamos... Hemos desarrollado numerosas estrategias efectivas, hay conocimiento que proviene de las diferentes razas y grupos étnicos, que es muy valioso, que nosotros debemos reivindicar y difundir a nivel nacional y con el que debemos avanzar... No es fácil, no. ¡Nada, nada es fácil en nuestro campo! Los grupos poderosos que se oponen a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la juventud se han fortalecido y continúan fortaleciéndose, junto con los fundamentalismos religiosos y económicos de todo tipo. Pero también nosotras y nosotros estamos aquí. Hemos logrado mucho. También estamos bien organizadas y lucharemos las batallas. En realidad, hemos vivido días peores. Pienso en Colombia. ¡Estamos acostumbradas a la adversidad! Sinceramente, yo pienso que tenemos lo que se requiere y que podemos trabajar con otros sectores y hacer un frente común para alcanzar nuestros ideales.

María Isabel Plata, Profamilia-Colombia



Anexo 1:

Programas en Nueva York y Río de Janeiro

Simposio

Sexo y el Hemisferio:

Logrando las Metas de Desarrollo del Milenio en Latinoamérica y el Caribe

Hotel UN Plaza Millennium, Nueva York, 20 de octubre de 2004

Bienvenida Monty Eustace, Presidente de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

Comentarios inaugurales Carmen Barroso, Directora Regional de la IPPF/RHO

Cuenta Regresiva 2015: Impulsando la Agenda Steven W. Sinding, Director General de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)

¿Cómo ayudarán las intervenciones sobre salud sexual y reproductiva a alcanzar las MDM?

Jeffrey D. Sachs, Director, Earth Institute en la Universidad de Columbia; Director, Proyecto del Milenio de la ONU

Rogelio Fernández-Castilla, Director, Equipo de Apoyo para Latinoamérica y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA)

Paulo Teixeira, Coordinador Principal, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo, Brasil

Moderadora: *Adrienne Germain*, Presidenta, Coalición Internacional para la Salud de la Mujer

Primeras comentaristas: *Teresa Lanza*, Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir y *María Noel Navas*, RedLAC, seguidas de una sesión general de preguntas y respuestas

¿Qué políticas aseguran el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva?

Elsa Gómez, Asesora Regional, Género y Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Sonia Montaña, Jefa, Unidad de Género, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

María Isabel Plata, Directora Ejecutiva, Profamilia-Colombia

Moderadora: *Lynn Freedman*, Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia

Preguntas y respuestas de la audiencia

¿Cuánto cuesta asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los beneficios?

Cecilia López, ex Directora, Departamento Nacional para la Planeación del Gobierno de Colombia; ex Ministra del Medio Ambiente y de Agricultura de Colombia; Presidenta de Fundación Agenda, Colombia

Mayra Buvinic, Jefa, Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo

Helena Hofbauer, Directora Ejecutiva, FUNDAR (Centro de Análisis e Investigación), México

Moderadora: *Caren Grown*, Directora, Reducción de la Pobreza y Gobernabilidad Económica, Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW)

Primeras Comentaristas: *Nirvana González Rosa*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe y *Margaret Gill*,

Asociación Caribeña para la Investigación y Acción Feministas (CAFRA), seguidas de una sesión general de preguntas y respuestas

Conclusiones Françoise Girard, Consultora para la IPPF/RHO

Simposio sobre las Metas de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica y el Caribe

Río Othon Palace, Río de Janeiro, 30 de noviembre de 2004

Bienvenida Monty Eustace, Presidente de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

La CIPD y las MDM desde la perspectiva de la IPPF Steven W. Sinding, Director General de la IPPF

Resumen de las discusiones de Nueva York Carmen Barroso, Directora Regional de la IPPF/RHO

Derechos humanos, salud sexual y reproductiva y las MDM

Rebecca Cook, Profesora, Universidad de Toronto, Canadá

Marta Lamas, Presidenta, Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE), México

Susana Chiarotti, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Argentina

Moderadora: *Jacqueline Pitanguy*, Ciudadanía, Estudios, Pesquisas, Información, Acción (CEPIA), Brasil

Presentaciones seguidas de una sesión de preguntas y respuestas con la audiencia

Reforma del sector salud, política macroeconómica, salud sexual y reproductiva y las MDM

Paulo Teixeira, Coordinador Principal, Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo, Brasil

Mariama Williams, Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era (DAWN), Jamaica

Ralph Hakkert, Equipo de Apoyo para Latinoamérica y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA)

Moderadora: *Marijke Velzeboer*, Jefa, Latinoamérica, UNIFEM

Comentarista: *Debora Tajer*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Argentina

Presentaciones seguidas de una sesión de preguntas y respuestas con la audiencia

Estrategias de la sociedad civil para superar los obstáculos para la implementación de las MDM

Tania Rodríguez, Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (RedLAC), Panamá

Frances Kissling, Presidenta, Católicas por el Derecho a Decidir, EE.UU.

Sonia Correa, Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era (DAWN) y Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Brasil

Moderadora: *Esther Vicente*, Presidenta de la Junta Directiva, Profamilia-Puerto Rico; Miembro de la Junta Directiva, IPPF/RHO

Presentaciones seguidas de una sesión de preguntas y respuestas con la audiencia

Conclusiones Françoise Girard, Consultora para la IPPF/RHO



Anexo 2

Organizaciones Co-convocadoras

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) fue fundada en 1954 con el propósito de mejorar la salud de la mujer en las Américas.

Aunque la prioridad de la IPPF/RHO es asegurar el acceso a la planificación familiar, también busca abordar la gama de temas de salud sexual y reproductiva que afectan la salud integral de las mujeres, hombres y adolescentes. El trabajo de la IPPF/RHO está fundamentado en la convicción de que el acceso a la información y servicios de alta calidad en materia de salud sexual y reproductiva, es un derecho humano básico. Al hacer que estos servicios estén disponibles, la IPPF/RHO ayuda a empoderar a las personas para que tomen decisiones acerca de su fertilidad y, con ello, contribuye a mejorar la salud y el bienestar, el desarrollo nacional y la calidad ambiental.

La IPPF/RHO trabaja principalmente a través de una red de 46 asociaciones miembro en Norteamérica, Latinoamérica y el Caribe, mismas que proveen 18 millones de servicios cada año a través de más de 40.000 puntos de prestación de servicios. La IPPF/RHO proporciona asistencia técnica y apoyo financiero a estas y otras organizaciones de salud reproductiva, ayuda a facilitar el intercambio de información entre sus miembros, y defiende y promueve los derechos sexuales y reproductivos a nivel regional e internacional. La IPPF/RHO es una de las seis regiones que componen la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), con sede en Londres.

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)

Establecida en 1984, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), es una red de organizaciones e individuos en el movimiento de salud de la mujer, que trabaja para promover la salud de la mujer y el pleno ejercicio de los derechos humanos y ciudadanía de la mujer, a través de la transformación cultural, política y social de nuestra región y del mundo, desde una perspectiva feminista. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe une a cientos de organizaciones e individuos de una amplia gama de nacionalidades, etnias, condiciones sociales, edades, creencias religiosas y orientaciones sexuales.

RSMLAC publica la *Revista Mujer Salud* y la colección anual *Cuadernos Mujer Salud*, promueve campañas de defensa y promoción sobre temas esenciales para la salud de la mujer, como la despenalización del aborto y el acceso de las mujeres a los servicios de salud; capacita recursos humanos en salud integral de la mujer con una perspectiva de género; ayuda a formular políticas públicas favorables a la mujer a través del diálogo con los sectores pertinentes del gobierno y el poder legislativo; da seguimiento y monitorea la implementación de los acuerdos alcanzados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y otras conferencias internacionales, etc.

Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (Red CDD)

La Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir fue establecida en la Quinta Reunión Internacional sobre la Mujer y Salud, realizada en Costa Rica en 1987. Fue concebida como un movimiento autónomo de católicas latinoamericanas

comprometidas con la justicia social, la igualdad de género y el cambio en las actitudes culturales y religiosas en su sociedad. La Red Latinoamericana de CDD promueve los derechos humanos de la mujer, particularmente aquellos relacionados con la sexualidad y la reproducción humana, tanto dentro de la iglesia como en la sociedad más amplia. La Red tiene grupos miembro en México, Brasil, Chile, Argentina, Bolivia y Colombia, y tiene actividad a nivel regional e internacional. Publica regularmente la revista *Conciencia*, la cual se distribuye en toda Latinoamérica; organiza campañas regionales, ya sea sola o en colaboración con otras redes regionales que trabajan en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica; y conduce seminarios, cursos y talleres sobre cuestiones éticas relacionadas con la reproducción humana. La Red CDD tiene un equipo de asesoría que está capacitado para impartir información e involucrarse en debates sobre estos temas, ya sea en seminarios o en conferencias internacionales o regionales.

Asociación Caribeña para la Investigación y Acción Feministas

Caribbean Association for Feminist Research and Action (CAFRA) Fundada en Barbados en 1985, CAFRA es una red regional de feministas, investigadores/as individuales, activistas y organizaciones de mujeres que definen las políticas feministas como una cuestión tanto de conciencia como de acción. CAFRA está comprometida a comprender la relación entre la opresión de la mujer y otras formas de opresión en la sociedad, y a trabajar activamente por el cambio. Las actividades de CAFRA a la fecha incluyen proyectos y programas sobre la Mujer en la Agricultura Caribeña; la Mujer en la Ley; Historia de la Mujer y Expresión Creativa; la Mujer, el Desarrollo y el Sustento Sostenible; la Salud de la Mujer y los Derechos Reproductivos; y Género y Juventud.

Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (REDLAC)

RedLAC está constituida por 15 organizaciones juveniles y organizaciones que trabajan con la juventud en 14 países de Latinoamérica y el Caribe. Los objetivos de RedLAC son los siguientes: desarrollar actividades de defensa y promoción que vinculen los temas de género, derechos sexuales y reproductivos y juventud; fortalecer la capacidad de las organizaciones miembro para promover el empoderamiento de la juventud; establecer vínculos entre los movimientos juveniles y feministas, y desarrollar procesos nacionales para apoyar el activismo juvenil y sus derechos sexuales y reproductivos. Las actividades de RedLAC incluyen: el seguimiento y participación en Beijing+5 y la Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre la Niñez; promover redes nacionales que aboguen por los derechos sexuales y reproductivos a través de sus puntos focales nacionales; desarrollo de un Manual sobre los Derechos Humanos de las Mujeres Jóvenes, basado en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres y capacitación en el uso del manual.



Anexo 3

Notas biográficas, presentadores/as y panelistas, Nueva York y Río de Janeiro

Carmen Barroso

Carmen Barroso asumió el cargo de Directora Regional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental en marzo de 2003. Como líder ampliamente reconocida en el campo de la salud sexual y reproductiva, la Dra. Barroso sirvió por doce años como Directora de Población y Salud Reproductiva de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur. Bajo su liderazgo, la fundación estableció cientos de ONGs en África, Asia y Latinoamérica y ayudó a elevar las voces de las mujeres del Tercer Mundo hasta los foros de política internacional. En la academia, ella ha sido Profesora Distinguida Hubert Humphrey en Macalester College y profesora de sociología en la Universidad de São Paulo. Como investigadora principal en la Fundación Chagas, ella tuvo un rol pionero en la creación del primer y más destacado centro de estudios de la mujer.

La Dra. Barroso fue una fundadora de Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era (Development Alternatives with Women for a New Era - DAWN), una red de mujeres del Tercer Mundo, y de la Red de Donantes sobre Población, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y presta sus servicios en la junta directiva de Hispanos en Filantropía (Hispanics in Philanthropy). Ella tiene un doctorado en psicología social de la Universidad de Columbia y ha sido Académica Visitante en la Universidad de Cornell.

Mayra Buvinic

Mayra Buvinic es Jefa de la División de Desarrollo Social y Asesora Especial sobre Violencia en el Departamento de Desarrollo Sostenible del Banco Interamericano de Desarrollo. Antes de ingresar al Banco en 1996, fue fundadora y Presidenta del Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW). Buvinic ha publicado en las áreas de pobreza y género, promoción del empleo, desarrollo de pequeñas empresas, salud reproductiva y, más recientemente, en reducción de la violencia. Ciudadana chilena, tiene un doctorado en psicología social de la Universidad de Wisconsin-Madison.

Susana Chiarotti

Susana Chiarotti es una abogada con estudios de postgrado en Legislación Familiar. Ella es Coordinadora Regional de CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), Directora del Instituto de Género, Ley y Desarrollo de Argentina, y profesora en el curso de Programa de Maestría "Poder y Sociedad desde una Perspectiva de Género" en la Facultad de Filosofía de la Universidad Nacional de Rosario (NUR), Argentina. Chiarotti es co-fundadora de la Comisión de Género y supervisa los estudios en Salud y Derechos Humanos en la Facultad de Medicina de la NUR.

Rebecca J. Cook

Rebecca Cook fue convocada a la Barra de Washington, D.C., y es profesora en la Facultad de Leyes y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto. La Profesora Cook es Co-Directora del Programa Internacional sobre Leyes de Salud Reproductiva y Sexual de la Universidad de Toronto. Es co-editora de temas

éticos y legales en la revista *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Sus publicaciones incluyen más de 150 libros, artículos e informes en las áreas de derechos humanos internacionales, y leyes relacionadas con la salud de la mujer y ética feminista. Su libro más reciente, en co-autoría con Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, es *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law* ("Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integrando Medicina, Ética y Leyes"). Ella tiene los siguientes grados académicos: A.B. (Barnard), M.A. (Tufts), M.P.A. (Harvard), J.D. (Georgetown), J.S.D. (Columbia).

Sonia Correa

Sonia Correa es la fundadora de SOS-Corpo - Instituto Feminista para la Democracia (Brasil). Ella es la coordinadora del tema de salud y derechos sexuales y reproductivos en Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era (Development Alternatives with Women for a New Era - DAWN), una red de investigación y activismo con sede en el sur. Ella es la autora de *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South* ("Población y Derechos Reproductivos: Perspectivas Feministas desde el Sur", 1994). Desde 1994 ella ha seguido de cerca las negociaciones de las Naciones Unidas en relación con el género, la sexualidad y la salud reproductiva. Actualmente es Asociada de Investigación en la Asociación Brasileña Interdisciplinaria del SIDA (ABIA) y miembro de la Comisión Brasileña sobre Población y Desarrollo.

Monty Eustace

Monty Eustace es Presidente de la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental. Él ha dedicado la mayor parte de su vida profesional al desarrollo de instituciones que han servido a las causas del trabajo, la salud reproductiva y el desarrollo nacional, incluyendo cargos ejecutivos de alto rango con el Congreso Caribeño del Trabajo y como el primer Oficial Ejecutivo en Jefe de la Afiliación Caribeña de Planificación Familiar (Caribbean Family Planning Affiliation, CFPA). Eustace ha participado como experto en una variedad de seminarios sobre planeación, programación, presupuestación y administración en planificación familiar. Él estableció el secretariado de la CFPA y fue responsable del agrupamiento sub-regional de unas veinte naciones anglo, franco y germano parlantes. Él ha realizado consultorías para el UNFPA, AFL-CIO, AIFLD y PADF, y ha servido como asesor de los gobiernos de Dominica, Grenada, Sta. Lucía y San Vicente. Aparte de su participación con instituciones orientadas socialmente, Eustace ha administrado la industria más grande de su país, la Asociación de Productores de Plátano de San Vicente, la cual empleaba aproximadamente el 25 por ciento de la fuerza laboral del país. Él fue también presidente de la Cámara de Industria y Comercio de su país.

Rogelio Fernández-Castilla

Rogelio Fernández-Castilla es actualmente el Director del Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con sede en México; y es el Representante del UNFPA para México y Director para Cuba y la República Dominicana. El Dr. Fernández-Castilla obtuvo un grado académico avanzado como Doctor en Demografía Médica de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical



en la Universidad de Londres; y el grado de Licenciado en Administración, así como el de Contador Público Nacional de la Universidad de Córdoba, Argentina. Desde 1987 hasta el año 2000, el Dr. Fernández-Castilla asumió sucesivamente cargos como Representante del UNFPA en Mozambique, Etiopía, Perú y fue el Director de País del UNFPA para Angola, Guinea Bissau, Santo Tomé, Chile y Paraguay, así como el Oficial de Enlace del UNFPA para la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África y la Organización de la Unidad Africana (Organization of African Unity).

Françoise Girard

Françoise Girard es abogada y directora del grupo de defensa y promoción y política feminista *Eva y la Serpiente (Eve & The Snake)*, el cual promueve la igualdad de género y los derechos sexuales. De 1999 a 2003, ella fue Oficial de Programa Senior de Política Internacional en la Coalición Internacional de Salud de la Mujer (IWHC), con enfoque en defensa y promoción, y en desarrollo de políticas con agencias de Naciones Unidas y en conferencias internacionales de la ONU (CIPD+5, Beijing+5, Sesión Especial sobre VIH/SIDA y sobre la Niñez, CIPD+10). Ella ha contribuido, entre otras publicaciones, con artículos para *International Family Planning Perspectives*, *Reproductive Health Matters*, *The Journal of Women's Health and Law*, *Populi*, y *QCQ*. Previamente a su trabajo con IWHC, Ms. Girard fue Directora Regional en el Open Society Institute.

Elsa Gómez Gómez

Socióloga, doctorada en Demografía de la Universidad Estatal de Ohio, Gómez tiene 25 años de experiencia en investigación, planeación y enseñanza en las áreas de población, desarrollo, género y salud. Ella ha trabajado en su país de origen, Colombia, con el Centro Regional de Población, el Ministerio Nacional de Planeación, la Universidad de los Andes; y, en Chile, con el Centro Latinoamericano de las Naciones Unidas para Demografía CELADE/CEPAL. Actualmente, es la Asesora Regional de Género y Salud de la Organización Panamericana de la Salud/DMS. Ella ha sido autora de numerosas publicaciones en los campos de género, salud y desarrollo.

Ralph Hakkert

Ralph Hakkert es asesor del Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con enfoque en población y pobreza. Como tal, él proporciona asesoría a gobiernos de la región sobre políticas y programas de población, preparación de censos, estadísticas y planeación del desarrollo. Ciudadano holandés, tiene un doctorado en Sociología de la Universidad de Cornell. El Dr. Hakkert ha impartido numerosos cursos sobre desarrollo, demografía y población en varias universidades de Latinoamérica y el Caribe, así como en África lusitano-parlante. El Dr. Hakkert ha publicado extensivamente sobre demografía, población, pobreza y salud reproductiva.

Helena Hofbauer

Helena Hofbauer es Directora Ejecutiva de FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, una organización que busca desarrollar investigación aplicada al apoyo del proceso de democratización en México y en toda Latinoamérica. Una de las principales líneas de actividad de FUNDAR es la investigación presupuestal aplicada, en la cual la organización ha desarrollado una serie de proyectos diferentes –que van desde presupuestos sensibles

al género y un amplio conjunto de actividades con el Congreso, funcionarios de gobierno y ONGs, hasta el Índice de Transparencia Latinoamericano.

Hofbauer obtuvo su Licenciatura en Relaciones Internacionales de El Colegio de México y una Maestría en Estudios de Paz Internacional de la Universidad de Notre Dame. Ella ha servido como consultora para la Fundación Ford y como profesora de análisis de conflictos en la Universidad Iberoamericana. Como directora de FUNDAR, ella ha puesto énfasis en la necesidad de ampliar la participación ciudadana, con el fin de fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas, y garantizar la prioridad de temas sociales a través del presupuesto.

Frances Kissling

Escritora, activista y analista política, Frances Kissling ha sido presidenta de Católicas Por el Derecho a Decidir (Catholics for a Free Choice, CFFC) desde 1982. Como organización no gubernamental reconocida internacionalmente, CFFC trabaja en el fomento de la salud reproductiva, los derechos de la mujer y el fortalecimiento de la sociedad civil a través de la investigación, la educación y el análisis político. Kissling es una oradora y pensadora altamente reconocida en temas de religión, salud reproductiva, derechos de las mujeres y política de población. Como voz líder en la promoción de la política pública internacional que promueve la salud y los derechos de la mujer, ella fue una prominente participante en las Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing, 1995). En 1996, ella realizó presentaciones formales a los miembros de la Cámara de los Lores en el Reino Unido y ante el Congreso de Brasil, sobre el rol de la religión en la política pública. Kissling es parte de las juntas directivas de la Coalición Religiosa para la Elección Reproductiva, el Instituto Alan Guttmacher y Salud Reproductiva Ibis. Ella es fundadora del Fondo Global para la Mujer. Su trabajo ha aparecido en los diarios *New York Times*, *Washington Post*, *Boston Globe*, *The Guardian*, y otros diarios en todo el mundo. Ella ha aparecido en todos los principales programas de medios de los EE.UU., desde "Nightline" a "Crossfire", y fue presentada recientemente en el programa noticioso sobre la mujer "To the Contrary".

Marta Lamas

Como una de las activistas más reconocidas de los derechos de la mujer en México, Marta Lamas ha sido partícipe del movimiento feminista desde 1971. Tanto como periodista y como antropóloga, ella es una de las intelectuales feministas más prolíficas en el país. Su más reciente trabajo se ha enfocado a promover los derechos reproductivos de la mujer, particularmente los derechos al aborto, sobre la base de que el control sobre la propia reproducción es una libertad esencial y un derecho humano fundamental. Ella es presidenta y co-fundadora del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), una de las organizaciones no gubernamentales líderes en el trabajo hacia los derechos reproductivos en México. Ella también es directora de *Debate Feminista*, una revista feminista, es profesora de género y políticas en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y miembro del Consejo Editorial de *Reproductive Health Matters*. Ella es también miembro fundadora del Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir y participa en la Junta Directiva de la Sociedad Mexicana de Derechos Humanos.



Cecilia López

Cecilia López es Presidenta y fundadora de la Fundación Agenda Colombia, una entidad privada que promueve debates nacionales e internacionales en tópicos como la economía, política, desarrollo social, género, seguridad social y el medio ambiente. Ella ha desempeñado numerosas posiciones en el gobierno de Colombia, incluyendo el de Ministra del Medio Ambiente, Ministra de Agricultura, Ministra de Planeación, Directora del Sistema de Seguridad Social, y Embajadora ante los Países Bajos. Con formación de economista, ella tiene grado de Maestría en demografía y trabajo de posgrado en economía de la educación. Ella ha servido como consultora para numerosas organizaciones de desarrollo internacional, incluyendo UNICEF, PNUD, IPPF, Banco Mundial y CEPAL. Las publicaciones de López incluyen libros y artículos en un amplio rango de temas, desde macroeconomía y género hasta política de desarrollo rural y social; y es columnista para el diario *Colombian Financial Times*. Ella participa en las Juntas Directivas de FEDESARROLLO, IFPRI e IWMI y es miembro de la Iniciativa Feminista de Cartagena.

Sonia Montaña

Sonia Montaña es jefa de la Unidad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Santiago de Chile.

María Isabel Plata

María Isabel Plata es, desde 1995, Directora Ejecutiva de Profamilia, la asociación de planificación familiar nacional de Colombia. Bajo su liderazgo, la asociación se convirtió en un modelo de sustentabilidad, pasando de recibir donaciones a ser una institución generadora de ingresos, sin perder su misión social. Actualmente Profamilia dirige 35 centros, tiene 1.400 empleados y un presupuesto de 15 millones de dólares. Antes de asumir un rol ejecutivo en Profamilia, Plata creó y dirigió su Servicio Legal para Mujeres, el cual destaca entre las demás clínicas legales debido a que se especializa en ley familiar y en derechos sexuales y reproductivos con una perspectiva de género. Plata ha asistido a numerosas reuniones internacionales de alto nivel, incluyendo las Conferencias de Mujeres de Nairobi (1985) y Beijing (1995) y la Conferencia Cairo+5 de 1999. Plata tiene un Doctorado en Jurisprudencia de la Universidad del Rosario en Bogotá y una Maestría en Derecho Comparado de la Southern Methodist University, y fue becaria Fulbright en 1978.

Tania Rodríguez

Tania Rodríguez tiene 22 años y ha estado trabajando durante 7 años como activista en los movimientos de mujeres y juventud en Panamá. Ella es miembro fundadora de RedLAC, la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos y líder de RedSer, la Red Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos de Panamá. Ella ha conducido numerosos talleres y sesiones de capacitación para RedLAC, principalmente sobre la forma de establecer y trabajar con redes juveniles a nivel nacional.

Como estudiante en la Facultad de Trabajo Social, Rodríguez está actualmente escribiendo una tesis sobre la evaluación de servicios de salud amigables para adolescentes, en uno de los centros para la juventud dirigidos por el Ministerio de Salud de Panamá. Rodríguez ha sido una activa asesora de ONGs

para la delegación oficial de Panamá en varias conferencias internacionales de la ONU, como Beijing+5, la Sesión Especial sobre la Niñez (2001) y Cairo+10.

Jeffrey D. Sachs

Jeffrey D. Sachs es Director del Earth Institute, Profesor Quetelet de Desarrollo Sostenible, y Profesor de Política de Salud y Administración en la Universidad de Columbia. Él se desempeña como Asesor Especial para el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, para las Metas de Desarrollo del Milenio. El Profesor Sachs es reconocido internacionalmente por sus asesorías a gobiernos en Latinoamérica, Europa Oriental, la anterior Unión Soviética, Asia y África, en materia de reformas económicas y por su trabajo con agencias internacionales para promover la reducción de la pobreza, el control de enfermedades y la reducción de la deuda en naciones pobres. Él fue nombrado recientemente entre los 100 líderes más influyentes del mundo en la revista *Time*. El Dr. Sachs es autor de cientos de artículos académicos y muchos libros. También fue electo recientemente para el Instituto de Medicina, y es Asociado de Investigación en el Buró Nacional de Investigación Económica. Antes de unirse a la Universidad de Columbia, él pasó más de veinte años en la Universidad de Harvard, más recientemente como Director del Centro para el Desarrollo Internacional. Nativo de Detroit, Michigan, el Dr. Sachs recibió sus grados de licenciatura, maestría y doctorado de la Universidad de Harvard.

Steven W. Sinding

Steven W. Sinding es, desde el año 2000, el Director General de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Bajo su liderazgo, la Federación emprendió una revisión estratégica de sus programas y prioridades, resultando en una visión a diez años y un marco de referencia para el trabajo de la IPPF, concentrado en cinco prioridades (Juventud, VIH/SIDA, Aborto, Acceso y Defensa/Promoción). Previamente, el Dr. Sinding fue Profesor de Salud Pública Clínica en la Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia y Director del programa de Ciencias de la Población en la Fundación Rockefeller. Él fue miembro de la delegación de los EE.UU. en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo y en la sesión de revisión de la Asamblea General de la ONU Cairo+5. Antes de trabajar en la Fundación Rockefeller, el Dr. Sinding fue Asesor Principal en Población para el Banco Mundial, luego de una carrera de 20 años en la Agencia Internacional para el Desarrollo de los EE.UU., en donde prestó sus servicios como Director de Misión de la USAID en Kenia y Director de Población de la Agencia. Él también trabajó en asuntos de población en Pakistán y las Filipinas.

Debora Tajer

Debora Tajer tiene una Maestría en Psicología (UBA), una Maestría en Ciencias Sociales y Servicios de Salud (FLACSO), Especialización en Psicología Clínica (GCBA), y un Doctorado en Psicología (UBA). Ella es Profesora y Directora de Investigación sobre Género y Salud en la Universidad de Buenos Aires. Ha sido Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Coordinadora de la Región del Cono Sur de ALAMES y miembro de su Junta Directiva. La Profesora Tajer



fue también Coordinadora de la Red de Género y Salud Colectiva de ALAMES y es co-editora de *Psicoanálisis y Género: Debates en el Foro (Psychoanalysis and Gender: Debates in the Forum)* y de *Salud, Equidad y Género: un Desafío para las Políticas Públicas (Equity and Gender: a Challenge for Public Policies)*.

Paulo Teixeira

Paulo Teixeira, Doctor en Medicina, creó el primer programa de prevención y control del SIDA en Latinoamérica, en 1983 en el Estado brasileño de São Paulo. Desde su comienzo, las políticas públicas sobre el SIDA del Estado de São Paulo estuvieron basadas en un enfoque integral, defensa y promoción de los derechos humanos, respeto a la ciudadanía y responsabilidad social. Habiendo ganado una rápida visibilidad, el Dr. Teixeira fue nombrado consultor para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) para Centro América y el Cono Sur. En el año 2000, se hizo cargo de la dirección de la Coordinación Nacional de ITS/SIDA del Ministerio de Salud de Brasil. Él ayudó a establecer el Fondo Global para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

En el año 2003, el Dr. Teixeira se convirtió en director del Programa de SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Desde este cargo, luchó exitosamente por la expansión del acceso a los medicamentos antiretrovirales en países pobres y naciones en desarrollo. En agosto de 2004, Paulo Teixeira regresó a São Paulo, en donde tiene el cargo de coordinador principal del Programa de ITS/SIDA del Estado de São Paulo. Continúa siendo consultor para ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud y el Comité Internacional para el SIDA y Gobernabilidad en África.

Mariama Williams

La Doctora Mariama Williams, es consultora en economía internacional y Asociada Adjunta en el Center of Concern, Washington, DC. Ella es Asesora de Investigación para la Red Internacional de Género y Comercio, Co-Coordinadora de Investigación para Política Económica de la Globalización (Comercio) de DAWN (Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era) y Directora del Instituto de Leyes y Economía (ILE-Jamaica). La Dra. Williams es autora de *Temas de Género en el Sistema de Comercio Multilateral: Un Manual de Referencia (Gender Issues in the Multilateral Trading System: A Reference Manual)* y asesora consultora en género y comercio para el Secretariado del Commonwealth, Londres. Ella también presta sus servicios en numerosos organismos internacionales, incluyendo Advisory Board, 3D (Comercio – Derechos Humanos – Economía Equitativa, Ginebra) y en el Comité Directivo del Foro Internacional para el Desarrollo.

Moderadoras

Adrienne Germain

Adrienne Germain es Presidenta de la Coalición Internacional de Salud de la Mujer (IWHC). A partir de su trabajo pionero en Asia, África y Latinoamérica en los años setenta, la participación de Germain ha sido decisiva para la conformación de la política global sobre la salud y los derechos de la mujer. Como estratega y negociadora de las delegaciones del gobierno de los EE.UU. ante las conferencias mundiales de población, mujer y desarrollo

desde 1993 a 2000, ella ayudó a revolucionar la forma en que el mundo percibe las políticas de población, poniendo la salud y los derechos de la mujer en el centro de la discusión. Germain presta sus servicios en el Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil y Materna del Proyecto de las Metas de Desarrollo del Milenio, el Consejo de la Fundación del Foro Global para la Investigación en Salud, el consejo editorial de *Reproductive Health Matters*, y en dos comités asesores del Observador de Human Rights Watch. Ella es miembro del Consejo de Relaciones Exteriores.

Lynn P. Freedman

Lynn P. Freedman, JD, MPH, es Directora del Proyecto de Leyes y Política y Profesora Asociada de Salud Pública Clínica en la Escuela Mailman de Salud Pública en la Universidad de Columbia. Antes de unirse a la Universidad de Columbia en 1990, ella ejerció su carrera de leyes en la Ciudad de Nueva York. Como Directora del Proyecto de Leyes y Política en Columbia, la Profesora Freedman ha sido una figura líder en el campo de la salud y los derechos humanos, trabajando extensivamente con grupos de mujeres y ONGs de derechos humanos a nivel internacional. Ella ha publicado ampliamente sobre temas de salud y derechos humanos, con un enfoque especial en género y salud de la mujer. En 1999, la Profesora Freedman se integró al proyecto "Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas" de la Escuela Mailman, dirigiendo un esfuerzo para integrar conceptos de derechos humanos en los programas de mortalidad materna. Ella es actualmente asesora principal del Grupo de Trabajo sobre Salud Infantil y Materna del Proyecto del Milenio, y fue la autora principal del documento de antecedentes y el informe provisional del Grupo de Trabajo.

Caren A. Grown

Caren Grown es Directora del equipo de Reducción de la Pobreza y Gobernabilidad Económica en el Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer (ICRW), en donde dirige la investigación sobre el impacto de las políticas económicas multilaterales y nacionales sobre igualdad de género. De 1992 a 2001, la Dra. Grown fue Oficial de Programa Senior en la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, en donde manejó redes de investigación y competencias en un amplio rango de temas económicos. Antes de unirse a la Fundación MacArthur, ella fue economista en el Centro de Estudios Económicos en la Oficina del Censo de los EE.UU. Ella ha sido co-editora invitada en tres ediciones especiales de *World Development* sobre macroeconomía, comercio internacional y desigualdad de género; y ha escrito ampliamente sobre temas de género y desarrollo. La Dra. Grown tiene una Maestría y Doctorado en economía de la Universidad New School y una Licenciatura en Ciencias Políticas de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA).

Jacqueline Pitanguy

Jacqueline Pitanguy, socióloga y científica política, fue Presidenta del Consejo Nacional para los Derechos de la Mujer (CNDM) de Brasil, y fundó CEPIA (Ciudadanía, Estudios, Pesquisas, Información, Acción) en 1990, y ha sido su Directora Ejecutiva desde entonces. CEPIA conduce investigación en relaciones de género y tiene actividades de defensa y promoción sobre violencia en contra de las mujeres, acceso a la justicia y salud reproductiva. Pitanguy, es también co-fundadora y miembro de



la Junta Directiva de la Comisión de Ciudadanía y Reproducción, con sede en São Paulo. Es miembro de las juntas directivas de Diálogo Interamericano, la Sociedad para el Desarrollo Internacional, y la Alianza para el Aprendizaje de la Mujer; y es actualmente Presidenta de la Junta Directiva del Fondo Global para la Mujer. Ella es miembro del Consejo Editorial de *Health and Human Rights*, publicación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, y de *International Review of Education* de la UNESCO.

Pitanguy fue condecorada con la Medalla de Rio Branco, con el grado de Gran Comendador, por el Ministro Brasileño de Relaciones Exteriores, y con la Medalla al Mérito de Brasilia. Ella ha publicado extensivamente sobre temas de la mujer y es entrevistada con frecuencia por los medios nacionales e internacionales sobre temas relacionados con los derechos de la mujer.

Marijke Velzeboer

La Dra. Marijke Velzeboer, dirige actualmente la Sección Latinoamericana del Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), el cual promueve la igualdad de género, los derechos de la mujer y su participación. Previamente, ella fue Directora del Programa de Género y Salud en la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ella también estableció y co-dirigió dos ONGs que vinculaban a las mujeres productoras a los mercados nacionales, internacionales y virtuales.

Esther Vicente

Esther Vicente es abogada y profesora de leyes en la Universidad Americana en Puerto Rico. Ella es miembro de la Junta Directiva de la IPPF/RHO y Presidenta de la Junta Directiva de Profamilia en Puerto Rico.

Anexo 4

Participantes, Simposios de Nueva York y Río de Janeiro

Mari-Sol Agui
IPPF/RHO

Claudia Ahumada
Coalición de Jóvenes

Maria Antonieta Alcalde
Coalición de Jóvenes

Alix Allison
Safe Horizon

Vanete Almeida
RedLAC

Jesús Amadeo
IPPF/RHO

Humberto Arango
IPPF/RHO

Diana Aristizabal
Unidad de Género, Etnia y Salud

Lucy Atkins
Margaret Sanger Center International

Jennifer Aulwes
Planned Parenthood Federation of America

Amy Babchek
Fundación de la ONU

Carla Bakboord
CAFRA

Rini Banerjee
Fundación Overbrook

Carmen Barroso
IPPF/RHO

Derli Barroso

Fanny Barufol
Red CDD

Doris Bertzeletos
IPPF/RHO

Nicole Bidegain
Red de Jóvenes DESYR

Debbie Billings
Ipas

Jennifer Brown
National Audubon Society

Sangeeta Budhiraja
Human Rights Watch

Joan Burke
BFLA-Belice

Luciana Buscio
RedLAC

Mayra Buvinic
Banco Interamericano de Desarrollo

Laura Callanan
Fundación Prospect Hill

Lucella Campbell
IPPF/RHO

Linda Capperault
Planned Parenthood Federation of Canada

Fernando Carcache
Puntos de Encuentro

Giselle Carino
IPPF/RHO

Alberto Carreira
AUPF, Uruguay

Rosa Celorio
UNIFEM

Joana Chagas
Coalición de Jóvenes

Virginia Chambers
Ipas

Amanda Claremon
IPPF/RHO

Wesley Clark
UNFPA

Rebecca Cook
Universidad de Toronto

Cecilia Correa
RedLAC

Ney Costa
BEMFAM

Sarah Costa
Fundación Ford

Frederick Cox
GRPA, Guyana

Leila Darabi
The Alan Guttmacher Institute

Audrey Bracey Deegan
IPPF/RHO

Thalif Deen

Joseph Dinorcia
SIECUS

Blanca Dole
Colectivo Feminista de Mujeres Universitarias

Stephen Donato
IPPF/RHO

Miya Drucker
IPPF/RHO

Jacintha Dundas
IPPF/RHO

Victoria Dunning
Fundación de la ONU

Amos Durosier
Profamil, Haití

Henry Espinoza
OMS

Blanca Esponda
IPPF/RHO

Monty Eustace
IPPF/RHO



Hillary Fairbanks Hospital Long Island College	Caren Grown ICRW	Gilbert Kulick IPPF/RHO	Joyce Newman Newman Productions
Anibal Faundes CEMICAMP	Kayley Harrington International Youth Leadership Council	Pierre LaRamée IPPF/RHO	Marte Nordviste División de Población, ONU
Gillian Fawcett Red CDD	Laura Hart Washington Physicians for Social Responsibility	Marta Lamas GIRE	Elba Nuñez Red CDD
Rogelio Fernández-Castilla UNFPA	Cecil Max Haverkamp OMS	Teresa Lanza Red CDD	Roselyn Odera División para el Avance de la Mujer, ONU
Stephen Foster Fundación Overbrook	Angela Heimbürger IPPF/RHO	Laura Laski UNFPA	Marisela Padrón UNFPA
Martina Francis CAFRA	Judith Helzner Fundación MacArthur	Felipe Leonardo IPPF/RHO	Jennifer Paine GIRE
Lynn Freedman Universidad de Columbia	Jeanne Henriquez CAFRA	Ana Luisa Liguori Fundación MacArthur	Elizabeth Palmer Universidad de Nueva York
Susana Fried IGLHRC	Claudia Hermansdorffer CLADEM	Isabel Laboy Llorens Red Siempre	Marelys Perez Parlamentaria, Venezuela
Susan Fulwiler IWHC	Leila Hessini Ipas	Cecilia Lopez Fundación Agenda Colombia	Suzanne Petroni Fundación Summit
Lisette Furlani IPPF/RHO	Helena Hofbauer FUNDAR	Katia Loukitcheva UNFPA	Lucille Pilling de Lucena Devez Consulting Group
Emily Galpern Universidad de California, San Francisco	Louise Holt Departamento de Relaciones Exteriores, Canadá	Janneth Lozano Red CDD	Silvia Pimentel CLADEM
Sergia Galván Colectiva Mujer y Salud	Sally Hughes Marie Stopes International	Margaret Macaulay CAFRA	Jacqueline Pitanguy CEPIA
Jane Galvao IPPF/RHO	Josefina Hurtado Red de Salud de Mujeres	Sarah Malave CAFRA	Alibel Pizarro Red CDD
Andrea García Profamilia, Colombia	María Alejandra Idoyaga Red CDD	Paolo Marangoni APROFE, Ecuador	Karen Plafker Wellspring Advisors
Adrienne Germain IWHC	Megin Jiménez IPPF/RHO	Lurys Marin APLAFPA, Panamá	María Isabel Plata Profamilia, Colombia
Helen Gilbert Family Care International	Tina Jonson CAFRA	Dona da Costa Martínez FPATT, Trinidad y Tobago	Ruth Polanco Red de Salud de Mujeres
Margaret Gill CAFRA	Vasanthia Kandiah División de Población, ONU	Jennifer Martínez IPPF/RHO	Cristina Puig Family Care International
Françoise Girard IPPF/RHO	Katherine Kasameyer Center for Reproductive Rights	Giancarlo Maselli IPPF/RHO	Kate Pyle IPPF/RHO
Barry Goldklang IPPF/RHO	Dominic Kemps Interact Worldwide	María Consuelo Mejía IPPF/RHO	Cesar Rodríguez Rabanal Asesor al Presidente, Perú
Ángela Gómez IPPF/RHO	Peggy Kerry Misión Permanente de EE.UU. ante la ONU	Elaine Menotti Universidad de Nueva York	María Raguz Redes Jóvenes
Elsa Gómez OPS	Alia Khan Planned Parenthood Federation of America	Myriam Merlet ENFOFANM, Haití	Andrea Ramírez Red CDD
Mauricio Gómez Ministerio de Relaciones Exteriores, Nicaragua	Stephen Kisambira División de Población, ONU	Frederico Estrada Meyer Misión Permanente de Brasil ante la ONU	María Cristina Ramírez IPPF/RHO
Patricia Gomez Red CDD	Barbara Klugman Fundación Ford	Alice Miller Universidad de Columbia	Tara Ramoutar CAFRA
Ana Cristina González Ministerio de Protección Social, Colombia	Shannon Kowalski-Morton Family Care International	Sonia Montaña CEPAL	Lisa Remez Consultora
Nirvana González Red de Salud de Mujeres	Vanesa Rizzo Krasniasky Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir	Evelyn Morales Red de Salud de Mujeres	Ilene Richmond Fertility Awareness Center
Erin Greene CAFRA	Surabhi Kukke Margaret Sanger Center International	Martha Murdock Family Care International	Odaly Rivas RedLAC
George Griffith BFPA, Barbados		Jaime Nadal UNFPA	Carmen Rivera-Céspedes Profamilia, Puerto Rico
Fernanda Grigolin Rede Jovem Brasil		Marysa Navarro IPPF/RHO	Alice Roberts Margaret Sanger Center International
		María Noel Navas RedLAC	Tania Rodríguez RedLAC



Dana Rogers
IPPF/RHO

Laura Rogers
Fundación de la ONU

Debbie Rogow
Consultora

Ana-Teresa Romero
Oficina de la ILO en EE.UU.

María Eugenia Romero
Ciudadanía, Trabajo y Familia, México

Ilka Rondinelli
IPPF/RHO

Rocío Rosero
CONAMU, Ecuador

Marcela Rueda
PROFAMILIA, Colombia

Moisés Russo
IPPF/RHO

Jeffrey Sachs
The Earth Institute, Universidad de Columbia

Ivonne Salazar
IPPF/RHO

Alexander Sanger
IPPF/RHO

Rupal Sanghvi
IPPF/RHO

Saskia Schellekens
UNFPA

Michael Schultz
Misión del Reino Unido ante la ONU

Peggy Scott
JFPA, Jamaica

Stirling Scruggs
CCMC

Elrene Sealy
BFPA, Barbados

Angela Sebastiani
INPPARES, Peru

Nury Bauzande Senes
Misión Permanente de Uruguay ante la ONU

Jacqueline Sharpe
IPPF/RHO

Jill Sheffield
IPPF/RHO

Kirsten Sherk
Planned Parenthood Federation of America

Beatriz Cavazos Siller
Mujer Zmodem, Mexico

Steven Sinding
IPPF

Jyoti Singh
Socios en Población y Desarrollo, ONU

Veronica Siranosian
Universidad de Nueva York

James Sligar
IPPF/RHO

Annette Souder
Sierra Club

Srdjan Stakic
UNFPA

Cynthia Steele
IWHC

Nell Stewart
International Women's Equality

Allie Stickney
Planned Parenthood Federation of America

Erika Strauss
Universidad de Nueva York

Ann Strimov
Wellspring Advisors

Marcela del Mar Suazo
Instituto Nacional de la Mujer, Honduras

Paulo Teixeira
Programa de ITS/SIDA, Brasil

Julia Terborg
Red de Salud de Mujeres

Anne Thompson
Population Connection

Marcela Tovar
WEDO

Marta de Trabanino
IPPF/RHO

Carole Vance
Universidad de Columbia

Marijke Velzeboer
UNIFEM

Mirian Ventura de Silva
ABIA

Esther Vicente
IPPF/RHO

Lillette Barkley Waite
CAFRA

Victoria Ward
IPPF/RHO

Anjali Wason
Planned Parenthood de Nueva York

Caron Whitaker
National Wildlife Federation

Mariama Williams
Center of Concern/DAWN

David Winters
Fundación Ford

Sylvia Wong
UNFPA

Zonibel Woods
Population Action International

June Zeitlin
WEDO

María Elena Zúñiga
CONAPO, Mexico

Río de Janeiro

Lilian Abracinskas
MYSU

Enrique Accorsi
Parlamentario, Chile

Sebastián Acha
Parlamentario, Paraguay

Leila Adesse
Ipas

Ana Adeve

Mariam Ahmend Aicha
IPPF, Mauritania

Tessa Akpeki

Maria Antonieta Alcalde
IPPF/RHO

Rosana Alcantara
Wanessa Alexandre
BEMFAM

Kawthar Al-Khaier
IPPF, Siria

Scott Allen

Monica Almeida
BEMFAM

Sandra Alves
CURUMIM

Jorge Andalaft
FEBRASGO

Martha Andia
Parlamentaria, Bolivia

Rachel Andrade
Musa

Jack Antelo
CIES, Bolivia

José Antonio
BEMFAM

Renato Aparecido de Freitas
Projeto Jovem Inventivo

Maria José Araujo
Ministerio de Salud, Brasil

Estela Aquino
MUSA/ISC/UFBA

Humberto Arango
IPPF/RHO

Jacob Arcader
FEBRASGO

Beatriz Argimon
Parlamentaria, Uruguay

Samirah Armengol
RedLAC

Claudia Arroyo
Red CDD

Daniel Aspilcueta
INPPARES, Peru

Joubert Assumpção
BEMFAM

Rafael Avendaño
ADS, El Salvador

Maria Ines Barbosa
Secretaria de Igualdad Racial, Brasil

Carmen Barroso
IPPF/RHO

José Barzelatto
CHSP

Marcos Bastos
SMS, Río de Janeiro

Carlos Bauer Robels
APROFAM, Guatemala

Elsa Berroa
APLAFAM, Panamá

Elza Berquo
CEBRAP y NEPO

Sandip Bhngal

Joel Birman
IMS/USERJ

Claudia Bonan
RNF

Med Bouzidi
IPPF/Región del Mundo Árabe

Francisca Braga
BEMFAM

Gert-Inge Brander
IPPF, Suecia

Gunnel Brander

Renato Bravo
UFF

Christina Brenu

Ana Carla Brito
BEMFAM

Maira de Brito Carlos
Rede Jovem Brasil

Francisco Cabral
ReproLatina

Carmen Campos
THEMIS

Hang Can
IPPF, China

Magaly Caram
Profamilia, República Dominicana

Freddy Cardenas
Profamilia, Nicaragua

Celso Cardoso da Silva
IBGE/COPIS

Giselle Carino
IPPF/RHO

Fabio de Carmo Sa
ABIA

Alberto Carreira
AUPF, Uruguay

Edgardo Carvalho
Senador, Uruguay

Beatriz Castresana
PLAFAM, Venezuela



Ludmila Cavalcante UFRJ	Helen Eskett	Katia Guiar BEMFAM	Marlene Libardoni AGENDE
Alessandra Chacham PUC-MG	John Eskett	Ralph Hakkert UNFPA	Maria das Graças Lima da Silva BEMFAM
Edmundo Chada Baracat FEBRASGO	Monty Eustace IPPF/RHO	Ellen Hardy UNICAMP	Nair Jane Lima CEDIM
Marisa Chaves de Sousa Movimento de Mulheres SG	Anibal Faundes CEMICAMP	Maria Luisa Heilborn CLAM/UERJ	Mario Linhares Universidade Gama Filho
Susanna Chiarotti CLADEM	Jandira Feghali Parlamentaria, Brasil	Fabiana Henriques BEMFAM	Jenny Mackintosh IPPF
Pak Chung Ho IPPF, Hong Kong	Virginia Feix	Mirla Hernandez	Maria Tereza Maldonado Terra dos Homens
Vicky Claeys IPPF/Red Europea	Miguel Fernández Galeano Ministerio de Salud, Uruguay	Willem Heynen	Adriana Marotto Vargas Asociación Demográfica Costarricense
Angela Collet DAWN	Elisabeth Ferraz BEMFAM	Syed Husain IPPF, Paquistán	Giancarlo Maselli IPPF/RHO
Mamadí Conde IPPF, Guinéa Conakry	Debora Ferreira Rede Jovem do Brasil	Nora Ibarra Fernandez APROFA, Chile	Alice Mazzucco Portugal Parlamentaria, Brazil
Diana Conti Parlamentaria, Brasil	Rogeria Ferreira Peixinho ALERJ	Hannatu Ibrahim IPPF, Nigeria	Andre Medici Banco Interamericano de Desarrollo
Rebecca Cook Universidad de Toronto	Eleonora Figueiredo UNESCO	Monsef Ben Ibrahim IPPF/Región del Mundo Árabe	Antonio Medina LETRA S
Sonia Correa ABIA	River Finlay IPPF/RHO	Aiko Ijima IPPF, Japón	Alejandra Meglioli IPPF/RHO
Ney Costa BEMFAM	Elizabeth Flaschner CEDIM	Tirbani Jagdeo IPPF/RHO	Tewodros Melesse IPPF/Región Africana
Barbara Crossette	Frances Franklin IPPF	René Jaldin Veizaga Parlamentario, Bolivia	Marcelo Mendonça BEMFAM
Diana Dadoorian FIO Cruz	Nilceia Freire Ministra de Políticas para Mujeres, Brasil	Karen Johnson Lassener Management Sciences for Health	Rosa Merlo Drews Parlamentaria, Paraguay
Murilo da Mota Transformarte	Diana Galimberti AAS	Lia Junqueira Kropsch Consultora	Roberto Messod Benzecry BEMFAM
Celso Da Silva Simoes IBGE/COPIS	Sergia Galvan Hortega CMS, República Dominicana	Said Kabouya IPPF, Algeria	Alexandre Meyer RNP
Garry Dearden IPPF	Jane Galvao IPPF/RHO	Catherine Kamau IPPF, Kenya	Raquel Millo
Roseni Dearden	Aidé García Hernandez Red CDD	Mohamed Kamel IPPF/Región del Mundo Árabe	Ilze Mizaane IPPF
Valerie DeFillipo IPPF	Rosmary Garzón González	Raj Karim IPPF/Región del Sureste de Asia	Beatriz Mogollón
Lucy del Carpio MS Perú	Françoise Girard IPPF/RHO	Frances Kissling Catholics for a Free Choice	Fabio de Moraes REDEH/CEMINA
Gilles Desmons	Chhatra Giri IPPF, Nepal	Gilbert Kulick IPPF/RHO	Diva Moreira PNUD
Juan Diaz Population Council	Sunita Giri	Sonia Lacerda ALERJ	Elpidia Moreno CAFRA
Margarita Díaz ReproLatina	Ángela Gómez IPPF/RHO	Tania Lago Comisión sobre Reproducción, Brasil	Roshni Motha IPPF, Sri Lanka
Verónica Díaz Ramos Red CDD	Lilian Gonçalves da Silva BEMFAM	Marta Lamas GIRE	Luiz Mott GGB
Brian Dickinson IPPF	Andrea Goveia Vieira Vereadora, Rio de Janeiro	Teresa Lanza Red CDD	Francisco Muller BEMFAM
Caroline Dickinson IPPF	Laura Greenhalgh	Pierre LaRamée IPPF/RHO	Colin Munro IPPF
Maria Aparecida Diogo ALER	Cristina Grela Red CDD	Gunta Lazdane OMS	Alicia Muñoz Senadora, Bolivia
Mithis Duarte de Moraes BEMFAM	Fernanda Grigolin Rede Jovem Brasil	Sea Lee IPPF, Corea	Mariana Nasser RedLAC/SASERE
Jacintha Dundas IPPF/RHO	Alejandro Grinspun PNUD		Kanwal Nath
	Angela Guadagnin Parlamentaria, Brasil		



Madu Nath IPPF/Región de Asia del Sur	Nina Puri IPPF	Jacqueline Sharpe IPPF/RHO	Erich Villavicencio APROFAM, Guatemala
Nitin Nath	Kate Pyle IPPF/RHO	Shuma Shum Maher REDEH	Carine Vrancken IPPF, Bélgica
Lucia Nazare BEMFAM	Silvina Ramos CEDES	Edilene Silva BEMFAM	Victoria Ward IPPF/RHO
Fabiana Oliveira Carvalho ICE, Brasil	Ana Maria Rattes CEDIM	Josias da Silva Freitas ABIA	Mariama Williams DAWN
Fatima Oliveira Rede Feminista de Saude	Katia Ratto SMS, Río de Janeiro	Ledys Silva RedLAC	Laura Wong CEDEPLAR
Karen Oliveira BEMFAM	Marcia Regis Consultora	Camila Silva Tavares	Monica Xavier Senadora, Uruguay
Kweku Osaé IPPF	Christine Ricardo PROMUNDO	Nono Simelela	Kanako Yamashita-Allen
Silvio Ovelar Senador, Paraguay	Ana Rivas ADC, Costa Rica	Steve Sinding IPPF	Sylvia Yano BEMFAM
Oswaldo Palma Parlamentario, Chile	Carla Rivera GPI	Vera Soares UNIFEM	Lia Zanotta AGENDE
Daniel Parnetti GPI	Gilda Rivera	Paul Soemer IPPF, Alemania	Gracila Zelaya CEDAMUR
Suyapa Pavon ASHONPLAFA, Panamá	Ana Rivera Lassen CLADEM	Telma Maria de Sousa BEMFAM	Baige Zhao IPPF, China
Maria Teresa Paz Parlamentaria, Bolivia	Eliana Rocha BEMFAM	Telma de Souza Parlamentaria, Brasil	
Marita Perceval Parlamentaria, Argentina	Penha Rocha SMS	Ricardo de Souza Castro Instituto PAPAÍ	
Margarita Percovich Parlamentaria, Uruguay	Tania Rodriguez RedLAC	Debbie Spauls	
Raimundo Pereira ATOBA	Dana Rogers IPPF/RHO	Debora Tajer RSM LAC	
Dalva Pereira Lopes ICW	Ilka Rondinelli IPPF/RHO	Enrique Tanoni Parlamentario, Argentina	
Maria Cristina Pimenta Programa de ITS/SIDA, Brasil	Maria José Rosado Red CDD	Alicia Tate Parlamentaria, Argentina	
Silvia Pimentel CLADEM	Fulvio Rossi Ciocca Parlamentario, Chile	Paulo Teixeira Programa de ITS/SIDA, Brasil	
Vandira Pinheiro UFF	Ana Rudge	Lynn Thomas IPPF	
Magaly Piñeda CIPAF	Marcela Rueda Profamilia, Colombia	Marcio Thome BEMFAM	
Irene Piñeiro CRÍA	Maria Antonieta Saa Parlamentaria, Chile	Tamaro Toure IPPF, Senegal	
Leticia Pio de Carvalho BEMFAM	Lina Sabra IPPF, Lebanon	Marta de Trabanino IPPF/RHO	
Flavia Piovesan CLADEM	Dabney Sanchez	Claudia Turco BEMFAM	
Ana da Glória Pires BEMFAM	Jugita Sandhu	Marcela Valente	
Jacqueline Pitanguy CEPIA	Tais Santos UNFPA	Perla Vasquez Diaz ELIGE	
Alibel Pizarro CEASPA	Vitor Santos UNIMED	Marijke Velzeboer UNIFEM	
Renata Pompas	Luciana Santos Servo IPEA	Mirian Ventura ABIA	
Juçara Portugal ICW	Naomi Seboni IPPF	Mirtha Vergara de Franco Senadora, Paraguay	
Cynthia Prieto CEPEP, Paraguay	José Serra Alcalde, São Paulo	Ana Paula Viana CURUMIM	
	Safieh Shahriari IPPF, Irán	Esther Vicente Profamilia, Puerto Rico	



FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA
REGIÓN DEL HEMISFERIO OCCIDENTAL

120 WALL STREET, 9TH FLOOR
NEW YORK, NY 10005-3902
TEL: 212-248-6400
FAX: 212-248-4221
EMAIL: INFO@IPPFWHR.ORG
WEB: WWW.IPPFWHR.ORG

* Los Simposios sobre las MDM y la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe se organizaron con el apoyo de la Unión Europea. El contenido y los resultados de los Simposios son la responsabilidad de la Campaña Cuenta Regresiva 2015 y de ninguna manera deben ser consideradas como una representación de las opiniones de la Unión Europea.