

Patriarcado y Salud Sexual y/o Reproductiva en Venezuela

FEMINISMOS Y CAMBIOS SOCIALES, POLÍTICOS, CULTURALES Y ECONÓMICOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

Elisa Alejandra Valdivieso Ide.

Centro de Estudios de la Mujer Universidad Central de Venezuela.

Resumen:

En el trabajo se analiza la situación de la salud sexual y/o reproductiva de las mujeres en Venezuela. Se da cuenta del marco jurídico vigente y de los programas desarrollados por el Gobierno y se ubica el problema de la mortalidad materna en especial y del tratamiento de la salud sexual y/o reproductiva de las mujeres en general, como una manifestación del poder patriarcal, que impera en las estructuras y médicas y en las relaciones entre el personal de salud y las mujeres que demandan atención. Se señalan cuáles serían a juicio de la autora, algunas acciones necesarias a realizar, para avanzar en el proceso de despatriarcalización de la atención médica.

Palabras claves (3): Despatriarcalización – Derechos Sexuales y Reproductivos – Muertes maternas

Patriarcado y Salud Sexual y/o Reproductiva en Venezuela.

Dra. Elisa Alejandra Valdivieso Ide. Centro de Estudios de la Mujer Universidad Central de Venezuela.

“La pertinencia de la sociología, y de las ciencias sociales en general, en cada momento histórico y en cada contexto, guarda relación con la impertinencia que pueda tener su propio análisis en el esfuerzo por no quedarse en la superficialidad de los hechos y procesos y por sostener manifestaciones de ruptura epistemológica con el saber en uso.”
Convocatoria XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología ALAS 2013

El abordaje integral de la Mortalidad “materna” es uno de los múltiples desafíos que la crisis de los proyectos globales presenta a los países de América Latina, puesto que en ella están reflejados problemas de exclusión y desigualdad que el actual modelo produce y reproduce.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%. Sin embargo, entre 1990 y 2010 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5. Será este otro de los objetivos incumplidos, cuyo análisis refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países considerados “en desarrollo”.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana. En Venezuela la mortalidad materna se ha ubicado en los últimos 20 años entre 60.35 y 54.92.¹

¹ Fuente: Anuarios de Mortalidad Año 1997 al 2008. Dirección de Información Social y Estadística de Salud. MPPS Nota:

*Tasa por cada 100.000 Nacidos Vivos Estimados

Años 2009 y 2010 Datos de SIVIGILA. **2010 Datos Acumulados hasta se 52

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3800 en los países desarrollados y de 1 en 150 en los países en desarrollo (OMS, Nota descriptiva N°348. Mayo de 2012)

El Objetivo 5: disminuir la mortalidad materna, no puede separarse del Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, porque justamente en las relaciones desiguales, jerárquicas y en el no reconocimiento de las mujeres, como sujetas autónomas, se ubican condiciones que dificultan la atención adecuada del problema por los actores y las sujetas involucradas.

Presentaré algunos elementos generales sobre el Estado venezolano que se relacionan con la garantía del derecho a la vida con el objeto de relevar la importancia de definir estrategias para la despatriarcalización de la atención médica, como derrotero contrahegemónico que facilitaría la concreción de los ideales presentes en el marco jurídico nacional e internacional, sobre el derecho a la salud de las mujeres.

Como resultado del proceso constituyente, Venezuela se definió como “un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político” (artículo 2 de la Constitución de República Bolivariana de Venezuela, el subrayado en nuestro).

En ese contexto, la salud se considera “un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (artículo 83 de la Constitución de República Bolivariana de Venezuela, el subrayado en nuestro)

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (artículo 84 de la Constitución de República Bolivariana de Venezuela, el subrayado en nuestro)

El proceso experimentado en la historia reciente de Venezuela se define por su deseo de consolidar la independencia nacional, de continuar construyendo el Socialismo Bolivariano del siglo XXI y con ello asegurar la “mayor suma de seguridad social, mayor suma de estabilidad política y la mayor suma de felicidad” (Programa de la Patria 2013-2019 disponible en <http://formacionffm.com/ffmvarios/patria.pdf> p. 1).

Se ha avanzado considerablemente en los espacios de movilización y participación. La participación ciudadana y la contraloría social se sustentan sobre una cultura de derechos y sobre un nutrido marco jurídico que las garantizan. A modo de ejemplo, las últimas elecciones presidenciales tuvieron una participación relativa del 79,68%, (http://www.cne.gob.ve/resultado_presidencial)

Por múltiples razones, las instituciones y el proceso político venezolano están experimentando renovadas tensiones y cuestionamientos, con actoras más empoderadas y actores más empoderados.

En ese contexto, siguiendo con la línea propuesta en la convocatoria de la Asociación Latinoamericana de Sociología para este evento, la crisis venezolana va acompañada de situaciones que pueden ser entendidas como “emergencias” en dos acepciones:

Por una parte, la crisis permite reconocer situaciones de riesgo intensificado para ciertos grupos y actores sociales que son arrojados a condiciones de existencia precarias y, por otra, genera también las condiciones para que emerjan nuevos actores y movimientos sociales, capaces de articular demandas y reivindicaciones que canalizan diversas formas de malestar y críticas que, en cierta manera, anticipan nuevos escenarios políticos y sociales.

En esa línea de pensamiento, la situación de mortalidad, mal denominada “materna” sigue siendo un asunto urgente (emergencia) que permite el surgimiento (emergencia) de nuevas actoras, nuevas propuestas y demandas sociales.

El papel del Estado en la prevención de esas muertes

Venezuela cuenta con un conjunto de elementos favorables para la ejecución de políticas públicas orientadas a garantizar al derecho a la vida como derecho sexual y reproductivo:

- (a) Ha suscrito los acuerdos internacionales
- (b) Tiene un marco jurídico nacional amplio.
- (c) Ha desarrollado una norma específica para la atención integral de la salud sexual y reproductiva
- (d) Dedicar un porcentaje importante de su producto interno bruto a la inversión en salud
- (e) Cuenta con prestadoras y prestadores de salud con capacidad y sensibilidad.
- (f) Dispone de personal de salud que pudiera sensibilizarse y capacitarse
- (g) Existe la voluntad política para la ejecución de esas políticas
- (h) Se valida la participación, la co-responsabilidad y la contraloría social.²

Se han realizado numerosas iniciativas para fomentar el conocimiento de la legislación, su publicación en línea, impresión y distribución gratuita, la compilación de los artículos relativos a salud sexual y reproductiva, jornadas de capacitación a funcionarias y funcionarios, entre otras³.

Con relación al marco jurídico nacional, se puede apreciar que el país dispone de un nutrido cuerpo jurídico en materia de derechos sexuales y reproductivos. Si bien es urgente avanzar en materia de despenalización del aborto, que es una causal importante de muertes por su condición de ilegalidad, es buen momento para concentrarse en que las leyes promulgadas se cumplan a cabalidad. En eso, comparto las reflexiones de los movimientos de mujeres que distinguen entre la “batalla jurídica” y los cambios culturales imprescindibles para la materialización de los propósitos que impulsaron dichas luchas.

Acción de gobierno:

Según el Banco Mundial (2013), Venezuela ha destinado en promedio 5,24% de su Producto Interno Bruto a la inversión en salud (período 1995-2010). En el contexto de la Misión “Niño Jesús”, que “busca el cuidado de la mujer antes y durante el embarazo, y el producto de ese embarazo hasta los

² Estos elementos están desarrollados en el trabajo de la autora “Despatriarcalizar la atención sanitaria: El asunto de fondo para garantizar el derecho a la vida en Venezuela” próximo a publicarse en el libro “FEMINISMOS PARA UN CAMBIO CIVILIZATORIO” por el Grupo de Trabajo Clacso “Feminismo y Cambio en América Latina y el Caribe”, en convenio con CELARG Venezuela y CEMUCV.

³ La autora elaboró un compilado de la normativa nacional e internacional clasificada por derechos en el marco de capacitación a jóvenes y organizaciones comunales (Valdivieso, 2008).

cinco años”, se han intervenido 180 instalaciones maternos-infantiles y se han inaugurado 14 maternidades en el período 2010-2012. Dentro del convenio Cuba-Venezuela, se abrieron 6.712 consultorios para la atención a embarazadas, niños, niñas y adolescentes (Agencia Venezolana de Noticias, 2012). En un informe del MPPS presentado en el 2010, se estimó que la Fundación Misión Niño Jesús, ha invertido 67 millones de bolívares fuertes en dotación de insumos, equipos y 14 ambulancias y en acondicionamiento y reparaciones de infraestructuras: Centros Asistenciales y Casas de Abrigo. En ese momento existían 16 Casas de Abrigo distribuidas en diez Estados (MPPS, 2010). Esa misma fuente señala que en 10 años el número de centros de salud ha aumentado en 173% (pasando de ser 4.804 en 1998 a 13.121 en el 2010).

Se espera que esas acciones continúen de la forma más equitativa, descentralizada y coordinada posible. El complicado proceso de ejecución de las políticas públicas pasa por el desarrollo de directrices, programas, subprogramas y normas de atención (todo ello ya elaborado en la materia que nos compete) y por la ejecución, evaluación, supervisión y control del proceso y del cumplimiento de las metas.

Los elementos favorables mencionados coexisten con debilidades. Entre ellas destacan: dificultades para cumplir con los acuerdos internacionales (señaladas en los informes sombras y otros informes paralelos), dificultades para hacer cumplir la leyes, dificultades para la implementación de la norma específica para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, la descoordinación entre los agentes de salud, la supremacía de lo urgente sobre lo importante, los difusos límites entre organizaciones políticas que apoyan al gobierno e Institucionalidad política, entre otros.

El gran reto: Despatriarcalizar la atención médica.

Como en otros asuntos de derechos y libertades de las mujeres, el predominio del patriarcado es un elemento fundamental que impide la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y/o reproductivos. Es innegable que los fundamentalismos y el sexismo permean al sistema de salud, los procesos emancipatorios de las mujeres encuentran una barrera en la gestión de la salud, que obedece a mandatos patriarcales y que impone su supremacía cultural. La apropiación del cuerpo de las mujeres y sus procesos a través de la medicalización ha sido expuesta y resistida por las mujeres, que están conscientes de la autoridad jerárquica que ejerce el o la profesional de la salud, con base en su conocimiento legitimado y su superioridad institucional.

El proceso de despatriarcalizar la atención médica, implica concebirla como una estrategia que permite visibilizar las imposiciones patriarcales del poder que se ejercen en la relación prestador, prestadora de salud y sujeta que demanda atención.

Despatriarcalizar la atención médica en el área de los derechos sexuales y reproductivos implica, como mínimo:

1. La incorporación *efectiva* de la perspectiva de derechos. Si bien Venezuela ha suscrito los acuerdos internacionales dirigidos a la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, cuenta con un nutrido marco jurídico nacional al respecto y una norma específica de atención, mucho falta avanzar para que las personas que trabajan en salud internalicen que se encuentran frente a sujetas con derechos. La tendencia a irrespetar el derecho de las adolescentes mayores a 14 años de ser atendidas y recibir planificación familiar sin compañía ni autorización de un familiar sigue presente. Si una mujer joven o nulípara solicita que se le realice una intervención quirúrgica para no embarazarse las probabilidades de que su derecho a decidir sobre su cuerpo se respete son remotas. La atención del parto sigue siendo afectada por el “ruleteo”, la realización de múltiples tactos, los malos tratos, la falta de condiciones para la presencia de un/una acompañante, y el posterior alojamiento conjunto.

- Pocas son las mujeres que pueden atenderse en las salas de parto humanizado y ejercer su derecho a parir en posición vertical, a no ser afeitadas, a deambular, entre otros.
2. Una revisión de la forma en que se considera, se piensa y se representa a las usuarias. Así como el sesgo androcéntrico y eurocéntrico percibe el modelo de lo humano como hombre, blanco, occidental, padre de familia, adinerado, heterosexual y sin discapacidades visibles; el ideario predominante en el sistema de salud concibe a las pacientes como mujeres, mestizas, católicas, provenientes de familias nucleares, pasivas, pobres, desinformadas, heterosexuales, madres (o con deseos de serlo), necesitadas de asesoría-orientación-consejo, dispuestas a esperar y sin la posibilidad de optar por otros sistemas de atención.
 3. El reconocimiento, validación y respecto de las diferentes formas de familias. En nuestros países convivimos personas provenientes de distintos orígenes culturales, la diversidad de las formas en las que nos unimos para formar familias es también diversa. Los Estados no pueden continuar imponiendo un modelo de familia único, ignorando incluso en su discurso la existencia de familias monomarentales y otras formas de asociación, basadas en relaciones afectivas.
 4. El reconocimiento, validación y respecto de las diferentes formas de sexualidad no heterosexual (travestís, transgéneros, transexuales y personas intersex, y la resignificación constante de aquello que significa en nuestra cultura ser una mujer o un hombre,
 5. La consolidación del carácter laico del Estado y de su obligación de atender los asuntos que son de interés general como es la salud.
 6. Un cambio en la relación entre las usuarias y el sistema de salud para que pase a ser una relación horizontal, entre expertos y expertas donde se reconoce a las mujeres (y las mujeres autoreconocen) su sapiencia, autodeterminación y poder,
 7. La separación de la salud de las mujeres de la salud de los niños y las niñas. Seguir hablando del “binomio madre-hijo” y de la mortalidad o de la salud materno-infantil resulta anacrónico y fundamentalista. Conlleva concebir a las mujeres sólo como madres y meter en un mismo saco asuntos que si bien, en cierto grado pueden estar vinculados, son diametralmente distintos.
 8. Una modificación del lenguaje para hacerlo inclusivo y sensible al género que pasa por:
 - a) La modificación de la forma en que se denomina a las mujeres que hacen uso de los servicios de salud para dejar de resaltar la *paciencia*, el *padecimiento* como cualidad principal sino destacar otras características como la co-participación, la autopercepción, la autodeterminación y la autonomía.
 - b) El empleo de lenguaje inclusivo, para atender las recomendaciones de la UNESCO para un uso no sexista del lenguaje.
 - c) Cuestionarse el uso de diminutivos y de adjetivos posesivos para referirse a las consultantas (“*mi* pacientita tiene una salpingitis”)
 - d) Cuestionarse el empleo del término “esterilización” para referirse a la ligadura, corte o cauterización de las trompas de Falopio. El término esterilización da cuenta de la acción y efecto de esterilizar y, por lo tanto, de “hacer infecundo y estéril lo que antes no lo era” y transformarlo en algo estéril (del latín *sterilis*): “que no da fruto, o no produce *nada*” (Real Academia Española, 2001). Considerar que una mujer, solo por el hecho de haber sido operada no produce nada es limitarse a la visión de las mujeres como madres biológicas y negar sus diversos frutos.
 9. La co-construcción de los procesos salud-enfermedad. Los “diagnósticos” y los “tratamientos” deben ser producto de los aportes que las personas involucradas realizan; una integración de saberes, experticias, significados, vivencias, deseos, preferencias, decisiones e historias que implica tiempo para escuchar y escucharse.

10. La institucionalización del “libre consentimiento” como acto de libertad que no puede darse entre personas desiguales y sólo es libre cuando se da entre dos personas auto-reconocidas. El sistema de salud, debe asegurar que una persona firma el “consentimiento informado” en pleno ejercicio de sus derechos y comprendiendo todos los riesgos e implicancias. Es un peligro que el consentimiento se transforme en un trámite, en un fin en sí mismo y no en el producto de un intercambio entre iguales.
11. La distinción entre la esfera sexual y la reproductiva.
12. La revisión de las prácticas de educación para la salud sexual y reproductiva que se brinda en las instituciones de educación básica y media: ¿Será que nos falta co-construcción del conocimiento?, ¿Será que nos falta oído para la retroalimentación?, ¿Será que seguimos con un modelo memorístico?, ¿Será un monólogo educativo?, ¿Qué es lo que no estamos percibiendo?, ¿Hemos explorados las buenas razones que tienen las adolescentes para embarazarse?. Al respecto, conviene reflexionar sobre la tendencia en educación sexual a la que el Estado se adscribe. Según Mercedes Muñoz (2002), se pueden distinguir seis tendencias en la educación sexual: la tendencia moralista, la corriente biologicista, la concepción mecanicista, la corriente patologicista, la concepción erótica y la concepción dialógica-concientizadora (que propone el diálogo y la reflexión crítica como estrategia para elevar los niveles de conciencia, para contribuir al ejercicio pleno, responsable y placentero de la sexualidad). Es lamentable que los videos educativos realizados en el contexto de la fundación Niño Jesús (de Mauro y Laura) estén orientados por la corriente patologicista y no por la dialógica.
13. La despenalización de la interrupción del embarazo. Mientras siga muriendo una venezolana cada semana por la realización de abortos en condiciones inseguras, seguiremos teniendo un tema pendiente. El aborto existe y su abordaje pasa por la educación para la salud desde tempranísima edad, por el acceso libre e indiscriminado a anticonceptivos y por la despenalización del aborto que es la única manera proba de reducir la mortalidad, de ejecutar programas de salud basados en información certera e integrada al sistema y de combatir el negociado que existe alrededor de este problema de salud pública.
14. El abordaje, desde las mujeres y hacia las mujeres de las buenas razones que han tenido para no acudir a las consultas preventivas ni a los controles prenatales. En algunas series se ha encontrado asociación entre la mortalidad materna y la ausencia de control prenatal (entre 31,57% y 33,33% de las mujeres que fallecieron por causas vinculadas al embarazo no habían acudido a controles prenatales (Pedro Faineite et al, 2009).
15. La reducción, pensada desde las mujeres y hacia las mujeres, de las que han sido denominadas las “tres demoras” que contribuyen a las muertes vinculadas al embarazo, parto y puerperio (1) demora en decidir buscar atención obstétrica de emergencia, (2) demora en identificar y acceder a un servicio de salud, (3) demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno.
16. La profundización del acceso a las formas tradicionales de parir en el sistema público de salud
17. Revisar los indicadores de morbi-mortalidad y hacerlos género sensibles, en especial el concepto de “mortalidad materna”.
18. Garantizar un sistema de registro estadístico eficiente de abortos, violencia por razones de género y muertes prevenibles
19. Otras implicancias que deseen darles las usuarias de los servicios de salud.

En tiempos de propuestas alternativas contrahegemónicas, parece oportuno revisar cómo los fundamentalismos permean el sistema de salud dificultando la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y/o reproductivos en general y del derecho a la vida en particular. Se requieren modificaciones culturales profundas para que los esfuerzos orientados hacia el bienestar sexual y/o reproductivo de las mujeres venezolanas (elaboración de leyes, diseño de normas y programas,

inversión, capacitación, acciones preventivas, intervenciones) sean más efectivos permitiendo, entre otros, reducir el número de muertes prevenibles de mujeres, por razones de género.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agencia Venezolana de Noticias (23-12-12). Misión niño Jesús se ampliará en el período 2013-2019. Disponible en: <http://www.vicepresidenciasocial.gob.ve/> Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013.
- Andrade Carmen y Patiño Ana (2010). *El aborto en estudiantes universitarias. Elemento que configuran la toma de decisión. Año 2007.* (Tesis de licenciatura). Departamento de Trabajo Social. Universidad de Oriente.
- Banco Mundial (2012). Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador>. Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013.
- Banco Mundial (2013). Gasto en salud (total, % del PIB). Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (véase <http://apps.who.int/nha/database>). Fuentes Indicadores del desarrollo mundial. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>. Búsqueda realizada en 15 de abril del 2013.
- Brito Hurtado Julio G, Cabrera Carlos, Gutiérrez Orlando, Gutiérrez Miguel y Porras Flor (2007). Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 1982-1991. Rev. Obstet Ginecol Venez v.67 n.1 Caracas ene. 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script>. Búsqueda realizada el 10 de enero del 2013
- Chacón Germán, Monsalve Nazira (2007). Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev. Obstet Ginecol Venez 2007 Jun; 67(2): 99-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve>. Búsqueda realizada el 14 de febrero del 2013
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2009, 19 de Febrero). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.908 [Extraordinario], Febrero 15, 2009
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)(2006). Manifiesto por una convención interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Segunda Versión. Lima: Autor@s - Fundación Ford, Hivos - Ministerio Real Danés de Relaciones Exteriores. Disponible en: <http://www.choike.org/documentos/convencion/manif05principios.pdf>. Búsqueda realizada el 15 de febrero del 2013
- Durán Isbelly, Ferrarotto Marianella, Brito Julio, Cabrera Carlos, Sánchez Jesús, Scaramella Jesús y Anaysín Marín (2011). Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2001 - 2008. Rev Obstet Ginecol Venez 14; 71(1): 13-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve>. Búsqueda realizada el 13 de febrero del 2013.
- Facio Alda (2003). Asegurando el futuro. Las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos. Costa Rica: Fondo de Población de las Naciones Unidas

- Faneite Pedro (2008). Mortalidad materna en la región bolivariana de Latino-américa: área crítica. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.68 n.1 Caracas mar. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo>. Búsqueda realizada el 20 de enero del 2013
- Faneite A Pedro, Rivera Clara, Rodríguez Fátima, Amato Rosanna, Moreno Shirley, Cangemi Lynmer (2009). Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69(3):147-151. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n3/art02.pdf>. Búsqueda realizada el 12 de febrero del 2013
- Faneite Pedro (2012). Mortalidad materna. ¿Meta del milenio alcanzable? *Academia Nacional de Medicina. Boletín ANM-Venezuela*. Mayo 2012. Volumen 4, N° 41, Sección III-83
- Faneite Pedro y Rivas Marianela (2010). Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado?. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2010, vol.70, n.1, pp. 24-30 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>. Búsqueda realizada el 5 de febrero del 2013
- Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder popular para la salud. LOGROS DE LA REVOLUCIÓN EN SALUD 2010. Disponible en <http://www.cavedro.org/wp/wp-content/uploads/2011/03/logros.pdf>. Búsqueda realizada el 5 de Febrero 2013.
- Leavell Hugh Rodman, E. Gurney Clark et al (1965). *Preventive medicine for the doctor and his community*. Tercera edición. New York: Mc Graw-Hill
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. (2006, 25 de Noviembre). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.668, Abril 23, 2007
- Maier Elizabeth (1992). La mujer frente a los derechos humanos. *Política y Cultura*. Otoño, 001, pp. 35-47. Universidad Autónoma Metropolitana. Xochimilco. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26700104.pdf>. Búsqueda realizada el 12 de febrero del 2013
- Maira Vargas, Gloria (2010). El pildorazo: Michelle Bachelet, nosotras y la defensa de la anticoncepción de emergencia. En: Burotto Alessandra y Torres Carmen -Editoras- (2010). *Y votamos por ella. Michelle Bachelet: miradas feministas*. Santiago: Fundación Instituto de la Mujer-Heinrich BöllStiftung Cono Sur, pp.115-138
- Mazza María Margarita, Vallejo Carla María y González Blanco Mireya (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012, vol.72, n.4, pp. 233-248. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php> Búsqueda realizada el 14 de febrero del 2013
- Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología- Dirección de Información y Estadísticas de Salud (2007). *Manual de normas y procedimientos para el manejo del Certificado de Defunción EV-14*. Caracas: Autor
- Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dirección General de Epidemiología (2008). *Manual de normas de vigilancia epidemiológica de muerte materna, Infantil y 1-4 años de edad (SIS-05. SIVIGILA 2008)*. Caracas: Autor
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud). (2003). *Norma Oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Caracas: La Galaxia
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2010). *Logros de la revolución en salud*. Disponible en: <http://www.cavedro.org/wp/wp-content/uploads/2011/03/logros.pdf>. Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011). *Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica N°52. 25 al 31 de diciembre de 2011. Año de edición LX. Cuadro N° 17. Mortalidad materna*.

Defunciones distribuidas por semanas epidemiológicas y entidades federales. Disponible en: http://www.bvs.org.ve/boletin_epidemiologico/2011/Boletin_52_2011.pdf Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013

Ministerio del Poder Popular para la salud (2012). Protocolos de atención. Cuidados Prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud- Organización Panamericana de la Salud-Fondo de Población para las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.misionniñojesus.org.ve/publicaciones/PROTOCOLO%20BTETRICO.pdf>. Búsqueda realizada el 2 de febrero del 2012

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2012). Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica N°52. 23 al 29 de diciembre de 2012. Año de edición LXI. Cuadro N° 18. Mortalidad materna. Defunciones distribuidas por semanas epidemiológicas y entidades federales. Disponible en: http://www.bvs.org.ve/boletin_epidemiologico/2012/Boletin_52_2012.pdf. Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013

Ministerio del Poder Popular para la Salud - Dirección de Información y Estadísticas de Salud (2012). Venezuela. Anuario de Mortalidad 2010. Caracas: Autor. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:anuarios-de-mortalidad. Búsqueda realizada el 16 de febrero del 2013

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2013). Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica N°03. 13 al 19 de Enero de 2013 Año de edición LXII. Cuadro N° 17. Mortalidad materna. Defunciones distribuidas por semanas epidemiológicas y entidades federales. Disponible en: http://www.bvs.org.ve/boletin_epidemiologico/2013/Boletin_03_2013.pdf. Búsqueda realizada en 15 de enero del 2013

Muñoz, Mercedes (2002). Iglesia Católica y la concepción moralista de la educación sexual vs. derechos sexuales y reproductivos y concepción dialógica concientizadora de la educación sexual. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer UCV*, 7 (19), 37-60

Ocanto Laydes (2006). La Mortalidad Materna en Venezuela. Fundación Escuela de Gerencia Social - Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Disponible en: <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/MMV.PDF>, Búsqueda realizada el 10 de enero del 2013

Organización Mundial de la Salud (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Switzerland: WHO Press. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/ Búsqueda realizada el 10 de enero del 2013

Organización Mundial de la Salud (2012) Nota descriptiva N°348 Mayo de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Búsqueda realizada el 10 de enero del 2013

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. Washington. Disponible en: www.cemece.salud.gob.mx/fic/cie/index.htm. Búsqueda realizada el 14 de Mayo del 2011

Pérez D'Gregorio Rogelio (2008). Prevención del aborto inseguro. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.68 n.2 Caracas jun. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048> Búsqueda realizada el 13 de febrero del 2013

- Real Academia Española. (2001). Estéril. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=esteril>
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994;38:1091-1110
- Valdivieso Ide Elisa A (2008). Marco jurídico Nacional e Internacional pro-derechos sexuales y/o reproductivos. Material de apoyo elaborado en el marco del proyecto Promoción de los Derechos de la Juventud: Equidad de Género, Derechos Humanos y Advocacy (ID: VEN 1R306). Caracas y Mérida: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) - Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela
- Valdivieso Ide Elisa A. (2013)
- Vélez Álvarez Gladis Adriana, Gallego Vélez Liliana Isabel y Diana Cecilia Jaramillo Posada (2005). Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia, pp. 33-43. En: Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Medellín: Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro>. Búsqueda realizada el 15 de febrero del 2013
- YVKE Mundial/ MPPS (29 de diciembre del 2012). Misión Niño Jesús cierra el año con logros en el área materna-infantil. Disponible en: <http://radiomundial.com.ve/article/misi%C3%B3n-ni%C3%B1o-jes%C3%BAs-cierra-el-a%C3%B1o-con-logros-en-el-%C3%A1rea-materna-infantil>. Búsqueda realizada el 15 de febrero del 2013

Nota sobre la autora:

Elisa Alejandra Valdivieso Ide

- Médica Cirujana. *Universidad Central de Venezuela*. Caracas-Venezuela 2001
- Médica Especialista en Familias. *Universidad de Los Andes*. Mérida-Venezuela. 2006
- Enfoque Sistémico-Construccionistas para trabajar con individuos, familias y organizaciones. *Centro de Estudio Sistémico*. Santiago-Chile. 2010
- Investigadora/Facilitadora de proyectos del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela desde el 2000.
- Asesora para la tipificación de la violencia obstétrica durante la redacción de la Ley Orgánica por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Venezuela).
- Docente del Centro de Estudio Sistémico (Chile) y del Magister de Estudios y Desarrollo de la Familia (UFRO).
- Participó en el diseño y facilitación de los proyectos: “Promoción de los Derechos de la Juventud: Equidad de Género, Derechos Humanos y Advocacy (UNFPA)”, “Fortalecimiento de la Capacidad Institucional del PNUD y del SNU Venezuela, para la transversalización del enfoque de género” y “Talleres sobre estrategias de Empoderamiento y Liderazgo (UNFPA).

Dirección postal: Av. Sucre 2970, Departamento 505, Ñuñoa. Santiago- Chile

Teléfono: 00562-2-3431223

Fax: 00562-2-4158370

correo electrónico: elisavaldivieso@hotmail.com