



Cumplimiento de los compromisos  
adquiridos a partir de la CIPD  
en torno a los servicios de  
aborto en América Latina:  
La agenda inconclusa



# Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina:

La agenda inconclusa



© Ipas 2004

Ipas  
300 Market Street, Suite 200  
Chapel Hill, NC 27516  
EE.UU.  
Tel: +1-919-967-7052  
Fax: +1-919-929-0258  
Correo electrónico: [ipas@ipas.org](mailto:ipas@ipas.org)  
Sitio Web: [www.ipas.org](http://www.ipas.org)

ISBN: 1-882220-69-2

Cita sugerida: Rayas, Lucía, Diane Catotti y Ana Cortes. 2004. Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: La agenda inconclusa. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Diseño gráfico: Rachel Goodwin, Valerie Holbert

Impresión: Graphics Ink, Durham, Carolina del Norte, EE.UU.

Traducción: Lisette Silva

Revisión de la traducción: Lucía Rayas

Fotografía de la portada: Armando Waak/Pan American Health Association

Esta publicación puede reproducirse total o parcialmente, sin permiso, siempre y cuando el material reproducido se distribuya gratuitamente y se haga mención de la editorial y de las autoras.

Las fotografías utilizadas en esta publicación tienen fines ilustrativos solamente; no implican actitudes, comportamientos o acciones específicas por parte de los sujetos.

Sobre Ipas:

*Ipas es una organización internacional no gubernamental que lleva más de tres décadas dedicada a reducir el número de muertes y lesiones relacionadas con el aborto; a ampliar la capacidad de la mujer de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos; y a mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto seguro. Entre los programas mundiales y nacionales de Ipas figuran la capacitación, la investigación, la gestoría y defensa (advocacy), la difusión de información y la distribución de tecnologías en salud reproductiva.*

 Impreso en papel reciclado

# Índice

---

Agradecimientos .....	4
Resumen ejecutivo .....	5
Línea de base de la CIPD respecto a los servicios de aborto .....	7
Diez años después...Evaluación del progreso en América Latina .....	8
Cambios y retos en los servicios de salud reproductiva de las mujeres en la región ....	9
Retos conceptuales .....	9
Falta de voluntad política y de continuidad .....	9
Sectores de la población carentes de servicios .....	9
Financiamiento de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD .....	11
Aumento en las tendencias conservadoras .....	11
Políticas restrictivas del Gobierno de EE.UU. ....	12
Una evaluación regional de avances .....	13
Investigaciones .....	13
Esfuerzos a nivel nacional .....	14
Reformas legislativas .....	17
Cambios en las normas y tecnologías relacionadas con el aborto desde la CIPD .....	17
Perfiles de los países .....	19
Bolivia .....	19
Brasil .....	22
México .....	26
Nicaragua .....	30
Uruguay .....	35
La agenda inconclusa .....	39
Notas .....	41
Definiciones estadísticas y acrónimos .....	41
Fuentes .....	43

# Agradecimientos

Ipas desea agradecer a todas las personas que colaboraron en la elaboración de este documento. Agradecemos, en particular, a las siguientes personas que amablemente respondieron a nuestras preguntas sobre los avances alcanzados en sus respectivos países en torno al tema del aborto desde la CIPD:

Ivana Calle Rivaz, Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), Bolivia

Dr. Víctor Conde, Ministerio de Salud, Bolivia

Ximena Machicao, Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), Bolivia

Dra. Desirée Mostajo, FLASOG, Bolivia

Eliana del Pozo, Ipas, Bolivia

Iván Prudencio, UNFPA, Bolivia

Dra. Leila Adesse, Ipas, Brasil

Maria José Araujo, Ministerio de Salud, Brasil

Rosemary Barber-Maden, UNFPA, Brasil

Sonia Correa, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS y DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era)

Dr. Anibal Faundes, CEMICAMP, Brasil

Tania Lago, antiguamente con el Ministerio de Salud, Brasil

Wilza Villela, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Brasil

Doris Montenegro, CLADEM/CEMUJER, El Salvador

Lic. Haydée Padilla Obregón, Ministerio de Salud, El Salvador

Dr. Javier Domínguez, UNFPA, México

Gisela Espinosa, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México

Dra. Nadine Gasman, Ipas, México

Martha Juárez, GIRE, México

Guillermina Mejía, Consultora de Mexfam, México

Elena Zúñiga, Secretaria General, CONAPO, México

Marta Maria Blandón, Ipas, Nicaragua

Dr. Hugo González, UNFPA, Nicaragua

Lic. Patricia Independencia Obregón, Procuradora Especial de la Mujer, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Nicaragua

Dra. Ana Maria Pizarro, Servicios Integrales para la Mujer (SiMujer), Nicaragua

Dr. Armando Ulloa, Facultad de Medicina, Universidad de Managua, Nicaragua

Susana Chávez, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Perú

Lilián Abracinskas, Red Mujer y Salud, Uruguay

Dr. Leonel Briozzo, Sindicato Médico del Uruguay

Alejandro Gherardi, Organización Panamericana de la Salud, Uruguay

Cristina Grela, Comisión Nacional de Seguimiento de los Compromisos de Beijing, Uruguay

Dr. Bremen de Mucio, Ministerio de Salud Pública, Uruguay

Solana Quesada, Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Uruguay

Muchas personas colegas y amigas proporcionaron orientación y apoyo durante la elaboración y revisión del documento en sus diversas etapas. Reed Boland proporcionó información importante respecto a las leyes de aborto de los países incluidos en esta investigación. Sarah Packer ayudó a recopilar la información estadística a la cual se hace referencia en el documento. Ellen Mitchell proporcionó orientación en el diseño del estudio. Asimismo, agradecemos los esfuerzos de Ana Cortés, que realizó las entrevistas, y damos las gracias a Lilián Abracinskas, Christopher Bross, Eliana del Pozo, Pearl Friedberg, Nadine Gasman, Cristina Grela, Charlotte Hord y Luz Heathe McNaughton por su detallada revisión y corrección del documento. Por último, agradecemos el trabajo de Leila Hessini, Asesora Principal de la Unidad de Políticas de Ipas, cuya visión y orientación inicial propició la elaboración del presente documento.

## Resumen ejecutivo

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, ofreció al mundo un nuevo paradigma que distanció a los países del tradicional y estrecho enfoque cuyos ejes eran el control de la población y la planificación familiar. El nuevo marco conceptual se centra en los derechos de las personas, en un enfoque integral en torno a la salud reproductiva, y en la participación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan su salud y sus derechos. Muchos países latinoamericanos han luchado por ampliar los programas de salud reproductiva a fin de cumplir con la definición de la CIPD.

Algunos países de América Latina tienen las leyes de aborto más restrictivas del mundo. En sólo tres países (Barbados, Guyana y Cuba) se permite la interrupción legal del embarazo por una amplia gama de causales, lo cual lleva a que la gran mayoría (el 95%) de los abortos en la región sean ilegales. A pesar de que las leyes de aborto son extremadamente restrictivas, millones de procedimientos son practicados en la región anualmente. Según los cálculos, el elevado índice anual de abortos varía entre 25.1 por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad en México y 56.1 por cada 1,000 mujeres en Perú. La proporción de abortos (es decir, el número de abortos por cada 100 embarazos) varía entre 17.1 en México y 29.8 en Brasil (Henshaw et al., 1999).

Debido a esta legislación restrictiva, en los países latinoamericanos existe un alto índice de abortos realizados en condiciones de riesgo, el cual, con 26 abortos inseguros por cada 1,000 mujeres de 15 a 49 años de edad, es más alto que en cualquier otra región del mundo (Åhman y Shah, 2002). El número total de mujeres hospitalizadas para recibir tratamiento por complicaciones de aborto es un buen indicio del grado hasta el cual el aborto en condiciones de riesgo continúa poniendo en peligro la salud y la vida de las mujeres. Según los datos de seis países latinoamericanos, de cinco a diez de cada 1,000 mujeres son hospitalizadas anualmente a consecuencia de las complicaciones de un aborto inducido. En México, el índice de hospitalización anual es de 5.4 por cada 1,000; en Brasil, es de 8.1 (Henshaw et al., 1999).

Dichos abortos inseguros con frecuencia llevan a la muerte, según se refleja en las altas tasas de mortalidad materna de la región consignadas a este rubro. En Uruguay, por ejemplo, el 48% de las muertes maternas se atribuyen al aborto practicado en condiciones de riesgo (Global Health Council, 2002).

En toda la región existe un clima político sumamente conservador, con una gran influencia de la Iglesia Católica, y un debate público en torno al aborto muy limitado. Cuando se plantea el tema, con frecuencia el debate es dirigido por los grupos de mujeres. La comunidad médica recién ha empezado a movilizarse en algunos países para tratar el problema del aborto en

condiciones de riesgo, después de haberlo reconocido como uno de los principales factores que contribuyen a las altas tasas de mortalidad materna. Asimismo, se experimenta en la región una disminución en el apoyo de la comunidad donante.

En toda Latinoamérica existe un uso moderado de métodos anticonceptivos modernos, pero el acceso es desigual y particularmente limitado para las adolescentes y las mujeres de áreas rurales. Los servicios de atención postaborto (APA) tienen buen nivel de aceptación y están cada vez más disponibles.

En este estudio de los avances logrados a partir de la CIPD, resulta evidente que los factores políticos y económicos en la región, aunados a la presencia de poderosas entidades religiosas, han llevado a infringir el derecho de las mujeres a controlar su fecundidad. No obstante, desde 1994 se ha progresado. En muchos países las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales están esforzándose por destacar la magnitud y las consecuencias del aborto inseguro. Asimismo, se han formulado legislación y directrices técnicas, y se han introducido, en toda la región, nuevos métodos para el control de la fecundidad, tales como la anticoncepción de emergencia (AE). Desafortunadamente, en muchos casos estos métodos aún no se encuentran disponibles en gran escala o a precios asequibles, y todavía existe una escasez de servicios, especialmente en las áreas rurales. Muchos especialistas en salud reproductiva convienen en que aún está lejos el cumplimiento cabal con los compromisos adquiridos en la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina.

# Línea de base de la CIPD respecto a los servicios de aborto

La mayor parte de las mujeres del mundo no tienen la posibilidad de ejercer plenamente uno de los derechos humanos fundamentales: la capacidad de controlar su vida reproductiva. De hecho, el imperativo "...todas las parejas y las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios para hacerlo"—que se acordó por primera vez en la Conferencia Mundial de Población, celebrada en 1974 en Bucarest— continúa siendo un ideal inalcanzable para muchas mujeres.

A pesar de que el aborto es legal para proteger la salud física de la mujer y por otras causas en 155 de los 195 países del mundo (Centro de Derechos Reproductivos, 2003a), con frecuencia estas leyes no se traducen en compromisos gubernamentales que garanticen la prestación de servicios seguros y accesibles. Cuando un procedimiento de aborto se practica bajo condiciones adecuadas, éste es uno de los procedimientos médicos más seguros. No obstante, el aborto realizado en condiciones de riesgo es una de las causas principales de muertes y lesiones maternas en los países en desarrollo. Del número total de abortos realizados cada año, casi la mitad, o 20 millones, son practicados en condiciones de riesgo<sup>1</sup>, y ocasiona aproximadamente 70,000 muertes e innumerables lesiones. En Latinoamérica, el número total de muertes maternas es muy alto en comparación con otras regiones. Asimismo, la proporción de muertes causadas por aborto inseguro es extremadamente alta: el 24 por ciento en Sudamérica, una tasa que casi duplica la de África y que es similar a la de Europa Oriental (OMS, 1998).

## ***Párrafo 8.25 de la CIPD:***

*En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones pertinentes intergubernamentales y no gubernamentales a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones inadecuadas como un importante problema de salud pública, y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.*

## ***Párrafo 63iii de la CIPD+5:***

*... en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer.*

La pérdida prematura de la salud y la vida de las mujeres, su impacto en las familias y comunidades y el costo para un sistema de salud que ya ha sobrepasado sus límites, es particularmente inconcebible puesto que la prestación de servicios de aborto seguro es posible si se cuenta con un compromiso político y políticas de apoyo.

La comunidad internacional reconoció por primera vez al aborto en condiciones de riesgo como un importante problema de salud pública en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 (ver el recuadro). En 1999, los delegados de los países que participaron en la sesión especial de la ONU para la evaluación de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD —comúnmente conocido como CIPD+5— hicieron un llamado a los sistemas de salud para capacitar y equipar a los prestadores de servicios de salud, y para tomar otras medidas, con el fin de salvaguardar la salud de las mujeres e incrementar su acceso a los servicios de aborto en los lugares donde la interrupción del embarazo es permitida por la ley.

A pesar de que se han logrado avances en la salud reproductiva de las mujeres, varios factores han impedido en Latinoamérica el cumplimiento de los compromisos realizados durante la CIPD. Entre éstos figuran: la falta de compromiso político, las crecientes diferencias entre ricos y pobres, las actividades del movimiento mundial *anti-choice* (en contra del derecho a decidir respecto a la interrupción del embarazo), y la disminución o falta de atención a este asunto por parte de la comunidad donante en la región. Después de diez años desde que se celebró la conferencia en El Cairo, resulta esencial mantener el ímpetu y multiplicar esfuerzos para dar seguimiento a los gobiernos y lograr que se responsabilicen de los compromisos que adquirieron en 1994.

## Diez años después. . . Evaluación del progreso en América Latina

Con el fin de determinar los cambios relacionados con los servicios de aborto seguro que se han presentado desde la CIPD de 1994, y de la revisión realizada cinco años después, Ipas estudió el estado actual de la salud reproductiva en la región, centrándose en el tema del aborto, y aplicó una entrevista entre las partes interesadas clave en un grupo selecto de países latinoamericanos. Los resultados del estudio reflejan las respuestas de 33 personas íntimamente relacionadas con el tema, provenientes de Bolivia, Brasil, México, Nicaragua y Uruguay. Las personas entrevistadas representan a una variedad de sectores, tales como organizaciones multilaterales y gubernamentales, grupos médicos y de salud pública y organizaciones de mujeres y de derechos humanos. Las entrevistas se llevaron a cabo por teléfono desde mayo hasta septiembre de 2003. Los resultados de las entrevistas se utilizan para ilustrar diversos aspectos e inquietudes en torno al tema a nivel de cada país, así como para suplementar los datos provenientes de otras fuentes.

# Cambios y retos en los servicios de salud reproductiva de las mujeres en la región

## Retos conceptuales

Las personas entrevistadas declararon de manera abrumadora que el concepto de salud reproductiva aún no se comprende bien en la mayoría de los países. Con frecuencia se define como un programa que incluye a la salud materno-infantil o los servicios de planificación familiar, pero rara vez se incluye el enfoque holístico definido en el Programa de Acción de la CIPD.

## Falta de voluntad política y de continuidad

Las personas entrevistadas afirmaron que, en general, la CIPD ha tenido un impacto positivo en Latinoamérica —lo cual es notable en el lenguaje que se está utilizando en torno a políticas públicas y en el creciente número de debates públicos que se han originado respecto a la salud y los derechos reproductivos— pero reconocieron, no obstante, varios problemas. La mayoría de las personas entrevistadas señalaron que, a pesar de que los gobiernos suelen declarar su compromiso con el Programa de Acción de la CIPD, esto no siempre se ha visto acompañado de la formulación de políticas adecuadas, programas realizables e indicadores claros y concisos para medir su eficacia. Cuando han ocurrido cambios en las políticas a nivel central en muchos países, a menudo éstos no han alcanzado los niveles municipal y comunitario. Los administradores de servicios de salud y los directores de programas en estos niveles con frecuencia no comprenden el enfoque de la CIPD, las verdaderas implicaciones de la salud reproductiva y la manera de implementar programas eficaces. Aún se necesita que las ONG y las organizaciones comunitarias unan esfuerzos a fin de garantizar la aplicación de las políticas relacionadas con la salud reproductiva.

Además, durante la década que siguió a la CIPD, muchos de los países estudiados experimentaron cambios en su gobierno. Con frecuencia los gobiernos entrantes no están tan comprometidos con la visión de salud reproductiva heredada de sus antecesores. En algunos países, los nuevos gobiernos han mantenido el lenguaje de la CIPD pero han propiciado considerables cambios respecto de los compromisos adquiridos a partir de esta conferencia.

## Sectores de la población carentes de servicios

Numerosas personas entrevistadas —principalmente quienes provenían de organizaciones de mujeres— hicieron hincapié en la creciente necesidad de prestar servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto seguro, para **adolescentes**. Estas últimas con frecuencia experimentan embarazos no deseados como resultado de sus escasos conocimientos sobre reproducción o anticoncepción, así como por falta de control sobre las relaciones sexuales no consentidas. El mensaje cultural de la maternidad como fin único de las mujeres, con frecuencia contribuye a las altas tasas de embarazo adolescente.

Algunos de los retos mencionados con relación a las adolescentes en América Latina son: a) el acceso de las adolescentes solteras o unidas (casadas o no) a los métodos anticonceptivos, incluso cuando los reglamentos establecen explícitamente una cobertura universal; b) un aumento alarmante en la cantidad de embarazos de adolescentes; c) una creciente necesidad de servicios de aborto seguro para las mujeres en este grupo de edad; y d) un alto índice de

complicaciones, consecuencia de abortos practicados en condiciones de riesgo. En México, por ejemplo, una de las personas entrevistadas del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señaló que el 26% de las adolescentes que viven con su pareja experimentan una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos<sup>2</sup>. Asimismo, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Nicaragua, el 27% de todas las adolescentes (mujeres menores de 20 años de edad) en Nicaragua son madres o están embarazadas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2001). En Uruguay, las personas entrevistadas informaron que el 16.5% de todos los embarazos corresponden a mujeres adolescentes.

Estos retos se presentan por razones culturales, sociales e institucionales. Con frecuencia a las adolescentes se les considera “demasiado jóvenes” para tener acceso a los servicios de salud reproductiva. Además, algunas se avergüenzan de buscar servicios debido al estigma social o temen que sus padres se enteren. Esta discriminación de facto se traduce en atención deficiente, en estigmatización y en el consiguiente abandono de los servicios de salud por parte de este grupo.

Tres casos recientes de menores pobres que fueron violadas y a quienes posteriormente se les negó acceso a servicios de aborto seguro y legal han recibido mucha atención pública. Los casos involucraban a una niña boliviana, a una mexicana (Paulina) y a una nicaragüense (Rosa). En los tres casos era factible solicitar una interrupción legal del embarazo. En los casos de Bolivia y Nicaragua, el movimiento de mujeres y algunos aliados médicos demostraron su compromiso con los derechos reproductivos practicando los procedimientos de interrupción a las niñas cuando el sistema de salud se negó a hacerlo. En México, Paulina, una niña de 13 años de edad, no tuvo la posibilidad de que se le practicara un aborto y se vio forzada a llevar el embarazo a término. Un grupo de defensores de derechos humanos mexicanos e internacionales está llevando este caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En el caso de Nicaragua, se originó en España una petición por correo electrónico, cuyos signatarios solicitaban la excomunión por parte de la Iglesia Católica en solidaridad con aquellas personas que habían sido amenazadas con ser excomulgadas por haber apoyado a Rosa.

En casi todos los países donde se realizó el estudio, se mencionó el problema de acceso para las **mujeres que viven fuera de los centros urbanos**. La distancia física de los establecimientos de salud con frecuencia puede sumarse a otras barreras culturales y sociales para la obtención de servicios de salud reproductiva. En México, por ejemplo, la Secretaria General del CONAPO informó que existen 196,000 comunidades rurales e indígenas, de las cuales 64,000 están aisladas. Entre cuatro y cinco millones de personas (es decir, entre el 4 y el 5 por ciento de la población mexicana) viven en estas comunidades y tienen graves problemas de acceso a los servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva. En algunas de las zonas más remotas de Brasil, como el Amazonas, las distancias son inmensas y existen pocos establecimientos de salud que cuenten con médicos. En estos lugares, los prestadores de servicios de salud más comunes son los de nivel intermedio<sup>3</sup>, tales como las parteras y las enfermeras-obstetrices, quienes con frecuencia carecen de formación en muchos de los servicios de salud reproductiva, incluida la atención del aborto.

**Las poblaciones indígenas** afrontan barreras adicionales, tanto culturales como sociales. Por ejemplo, en Bolivia, debido a su experiencia con las campañas de esterilización forzada que se llevaron a cabo en la década de los setenta, los grupos indígenas, que constituyen casi la mitad de la población, a menudo se muestran sospechosos de los esfuerzos por prestarles servicios de salud sexual y reproductiva. Los programas de salud reproductiva a veces son interpretados como intentos enmascarados para prevenir la reproducción de las poblaciones indígenas. Además, muchas mujeres en la región —en particular las mujeres indígenas— carecen del apoyo y el consentimiento de su pareja respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos.

**La pobreza** es una enorme barrera social que incide de diversas formas en la disminución del acceso a los servicios de salud reproductiva. En algunos de los países donde se realizó el estudio, por ejemplo en México, la pobreza parece venir de la mano con las personas que habitan en áreas rurales. Datos de la Secretaría General del CONAPO indican que el 83% de la población rural de México y el 97% de la población indígena viven en condiciones de pobreza. En Nicaragua, las estadísticas resultan igual de alarmantes. Entre la población rural, que representa el 46% del total de habitantes, el índice de pobreza alcanza un porcentaje del 68.5% (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2000). La falta de servicios de salud reproductiva y de otros servicios contribuye a incrementar los problemas de salud de las mujeres pertenecientes a estos sectores de la población.

## Financiamiento de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD

Las personas entrevistadas señalaron repetidas veces que el financiamiento de la ejecución de la agenda de la CIPD constituye uno de los retos principales. En el Programa de Acción de la CIPD se recalca la importancia de contar con la cooperación internacional para la aplicación de las recomendaciones emanadas de este consenso. Se estimó que los países debían financiar hasta dos terceras partes de los gastos que implica la puesta en práctica de la agenda de la CIPD, y que los donantes debían comprometerse a cubrir una tercera parte. A consecuencia del actual clima de recortes presupuestales y cambios en las prioridades de financiamiento, la comunidad internacional no ha cumplido con estas expectativas.

Además, los programas de ajuste estructural, con frecuencia impuestos por instituciones de préstamo mundiales, precedieron o se lanzaron al mismo tiempo que las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD. Estos enfoques contradictorios han propiciado un reto para los países: mientras que la comunidad internacional se comprometió a aumentar la inversión social en la salud reproductiva y en el desarrollo mediante la CIPD, otros actores implementaron un modelo económico que impone recortes presupuestales en los programas sociales y ha aumentado el índice de pobreza y las diferencias entre ricos y pobres.

Después de años de depender de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para el suministro de métodos anticonceptivos, varios países, como Bolivia y Nicaragua, se han visto forzados a adquirir sus propios anticonceptivos. Incluso cuando se cuenta con programas de mercadotecnia social ya establecidos, continúa existiendo una fuerte dependencia del suministro de métodos anticonceptivos provenientes del exterior. Las disminuciones de financiamiento procedente de los donantes y de otras fuentes, tales como las que experimentó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) cuando el gobierno de Bush retiró su distribución anual de fondos, afectan a todo el sistema mundial de salud y no han permitido una respuesta adecuada a las necesidades y demandas de la población con relación a los métodos anticonceptivos.

La incapacidad del sector público de llegar a los sectores más pobres y más marginados de la población fue reiterada por los representantes de todos los países que se incluyeron en este estudio.

## Aumento en las tendencias conservadoras

El aumento en el número de movimientos conservadores, cuyas metas son bloquear los esfuerzos para prestar servicios de salud reproductiva, incluida la atención del aborto, es muy obvio en toda Latinoamérica. La oposición a la agenda de la salud reproductiva ha adquirido

visibilidad y fuerza y ha sido reforzada por el gobierno de Bush y por la elección de presidentes conservadores en varios países de la región. Por ejemplo, en Nicaragua, las personas entrevistadas informaron que miembros de la organización religiosa conservadora, *Opus Dei*, ocupan altos puestos en los ministerios de salud y educación, fortaleciendo aun más las posiciones conservadoras así como una interpretación poco o nada favorable de las políticas y los programas. En México, el Secretario del Trabajo, una persona extremadamente conservadora, ha hecho declaraciones sobre el papel de la mujer en la sociedad, en las que enfatiza que éstas deben ocupar con gusto su posición subordinada.

El aborto es una de las áreas de mayor confrontación por parte de la oposición. Sus tácticas incluyen esfuerzos por impedir la aprobación de legislaciones que amplíen las leyes de aborto restrictivas, así como intentos por establecer el derecho a la vida desde el momento de la concepción en las constituciones de la región. Su condena al aborto como algo inmoral limita considerablemente el debate público en torno a sus consecuencias sociales y con frecuencia afecta la disposición de los profesionales de la salud respecto de prestar la atención médica adecuada. Entre otras iniciativas conservadoras de gran alcance figuran coordinar manifestaciones *anti-choice*, limitar o atacar los mensajes progresistas de salud reproductiva que se presentan en los medios de comunicación, aumentar la visibilidad de los grupos *anti-choice* cada vez que hay debates públicos sobre el aborto, y establecer y celebrar el “Día del No Nacido” como un día de festejo nacional. Las alegaciones de que la anticoncepción de emergencia (AE) causa aborto son frecuentes en México y en toda Latinoamérica, lo cual influye en los puntos de vista negativos con relación a muchos de los métodos anticonceptivos modernos con similares mecanismos de acción.

Las autoridades de la Iglesia Católica han ejercido una considerable influencia negativa en el área de la salud reproductiva y del aborto en particular. La Iglesia Católica, con frecuencia en colaboración con las autoridades educativas, ha promovido campañas en toda la región a favor de la abstinencia como método anticonceptivo exclusivo, así como contra el uso del condón. Por ejemplo, varias de las personas entrevistadas en Bolivia mencionaron que en el año 2002, la jerarquía de la Iglesia Católica detuvo una campaña apoyada por organismos internacionales, cuyo objetivo era promover el uso del condón.

## Políticas restrictivas del gobierno de EE.UU.

Las políticas del gobierno de Bush en EE.UU. han puesto en peligro los adelantos logrados en el área de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en la última década. Aunque durante la CIPD y durante el gobierno de Clinton, Estados Unidos fue un líder en el apoyo a la salud reproductiva, el gobierno de Bush ha invertido esta posición y realizado considerables cambios en el enfoque de EE.UU. para abordar el Programa de Acción, tales como: negarse a reafirmar los compromisos adquiridos a partir de la CIPD a menos que se eliminen los términos clave acordados en El Cairo; reinstalar la Política de la Ciudad de México; y promover una educación sexual basada exclusivamente en la abstinencia.

Durante su segundo día en la presidencia, el 22 de enero de 2002, el presidente Bush reinstaló la Política de la Ciudad de México, también conocida como la Ley Mordaza. Mediante esta política, el gobierno de Bush prohíbe a las organizaciones que reciben fondos de EE.UU. para programas de planificación familiar que practiquen abortos, aboguen a favor de los servicios de aborto, o proporcionen consejería o remisión médica relacionada con dichos servicios, incluso cuando esas actividades sean financiadas por sus propios fondos (no procedentes de EE.UU.) y sean legítimas ante su soberana legislación nacional. De esta forma, los Estados Unidos controla lo que puedan lograr las ONG tanto con sus propios fondos como con los

que proceden de otros donantes (Global Gag Rule Impact Project, 2003).

El impacto de la Ley Mordaza ha tenido consecuencias devastadoras en las actividades de las ONG en Latinoamérica y en el resto del mundo. En particular, ha perjudicado el trabajo de aquellas personas que prestan servicios de anticoncepción necesarios para la prevención del embarazo no deseado y para la disminución del índice de abortos. Muchas organizaciones han tenido que abandonar el trabajo relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos a fin de sobrevivir. Esto resulta particularmente inquietante puesto que las organizaciones en el extranjero que reciben fondos de USAID a veces son los únicos prestadores de servicios de salud en las áreas rurales.

Varias personas entrevistadas señalaron que existe un efecto dominó de la Ley Mordaza, ya que además de limitar las actividades de las ONG, también tiene el potencial de crear divisiones entre ONGs que han trabajado juntas históricamente, así como entre los gobiernos y las ONG, dado que las disposiciones de la Ley Mordaza no abarcan las actividades del sector público (Centro de Derechos Reproductivos, 2003b). En Bolivia, las personas entrevistadas informaron que la Ley Mordaza impidió que varias ONG continuaran trabajando en cuestiones relacionadas con el aborto y la AE, limitó importantes debates en torno a los derechos, y permitió que un clima conservador asumiera el mando, todo esto en detrimento de la salud de las mujeres. En países como Brasil, que no reciben gran cantidad de fondos de EE.UU., la mayoría de las ONG han podido continuar con sus actividades sin importar la Ley Mordaza.

## Una evaluación regional de avances

Pese a los retos señalados anteriormente, los servicios de salud y derechos reproductivos en la región se han ampliado considerablemente en los últimos diez años. De los cinco países latinoamericanos representados en esta investigación, casi todos han adoptado nuevas políticas para cumplir con el consenso de la CIPD. Las entidades gubernamentales y no gubernamentales están trabajando para destacar la magnitud y las consecuencias del aborto practicado en condiciones de riesgo. Con este fin, se han formado redes y grupos de organismos y/o personas interesadas en el tema. Los diferentes aspectos del aborto han sido tratados en mesas redondas, conferencias y eventos públicos, y varios grupos han propuesto y defendido ampliar las políticas públicas así como las causales de aborto legal. Se han formulado legislación y normas técnicas, y se están lanzando nuevas tecnologías para facilitar la prestación de servicios de aborto seguro en toda la región.

### Investigaciones

En varios países de América Latina, diversas ONG e investigadores individuales han emprendido el estudio de diferentes aspectos del aborto, lo cual ha generado herramientas para las activistas, materiales para la capacitación e información y datos útiles para apoyar la reforma de políticas y de legislación. Por ejemplo, las investigaciones sobre la incidencia del aborto y sus efectos en las mujeres generaron datos que, en 1995, llevaron a reformar la legislación sobre aborto en Guyana. En Colombia, la Universidad Externado de Colombia organizó reuniones frecuentes entre académicos y activistas latinoamericanos, con el fin de deliberar sobre los últimos hallazgos en torno al aborto en la región y de presentarlos a los formuladores de políticas en varios países latinoamericanos. En 2001, el Population Council en México organizó una reunión internacional de investigadores procedentes de toda América Latina y el Caribe en un esfuerzo por compartir hallazgos, avances y el trabajo realizado en

distintos temas relacionados con el aborto. La cobertura del congreso por parte de la prensa generó considerable debate público. En México y Argentina se han llevado a cabo varias investigaciones acerca de las actitudes de los profesionales de la salud hacia el aborto. Asimismo, el Population Council ha realizado encuestas de opinión en México para determinar cuán favorable es la postura del pueblo mexicano ante una posible reforma a la legislación del aborto.

## Esfuerzos a nivel nacional

No existe un modelo de organización único para poner en práctica las recomendaciones de la CIPD y de la CIPD+5. Se han creado múltiples modalidades para estimular diálogo e intercambios, promover esfuerzos de gestoría y defensa (advocacy) y engendrar cambios positivos. Se han formado redes en toda la región y se han organizado eventos públicos para tratar el problema del aborto en condiciones de riesgo.

El tipo y la cantidad de actores involucrados en aspectos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres se ha ampliado desde la CIPD para incluir activistas a favor de la salud y los derechos de las mujeres, abogados, profesionales médicos y formuladores de políticas. Se están utilizando los documentos del consenso internacional a fin de abogar por mejoras en las políticas a nivel nacional y por programas gubernamentales para promover los servicios de aborto seguro. En cada país investigado se informó de actividades para promover medidas relacionadas con la CIPD; algunas en reacción a cambios pendientes en las políticas gubernamentales, otras para conmemorar una fecha o para crear mayor conciencia pública. La siguiente lista de actividades demuestra la diversidad de las estrategias que se están llevando a cabo en toda la región a fin de ejecutar el Programa de Acción de la CIPD.

- El movimiento *pro-choice* ha crecido considerablemente en algunos países de la región y ha incorporado a nuevos voceros y voceras. En México, por ejemplo, varias organizaciones han coordinado esfuerzos y emprendido actividades relacionadas con el aborto seguro, tales como gestoría y defensa, información para tomadores de decisiones, investigación y capacitación para la prestación de servicios, y han trabajado con líderes religiosos y comunitarios. *Andar* (la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir) por su parte se fundó con el fin de crear un foro abierto para el debate sobre salud reproductiva, bioética y educación en salud. Destacados médicos, abogados y académicos se han incorporado a los debates públicos sobre estos temas.
- En Brasil, la *Rede Feminista de Saúde* incluye a más de cien instituciones, profesionales de la salud, feministas y organizaciones de mujeres, procedentes de toda la nación, con el fin de tratar el tema del aborto.
- En Bolivia, la coalición denominada Grupo de Trabajo de Embarazo no Deseado y Aborto está trabajando de manera eficaz a pesar de haber experimentado numerosos contratiempos.
- La Campaña del 28 de Septiembre para la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, fundada en 1991, tiene miembros en 22 países de la región y está conformada por otras siete redes regionales. Sus miembros abogan por cambios a las leyes restrictivas de aborto y crean campañas de información y educación cada 28 de septiembre.
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), con defensores en más de cien países y socios en toda América Latina, Canadá y Europa, es la voz de las Católicas en todo el mundo con puntos de vista progresistas respecto a las mujeres, la reproducción y la sexualidad. Con siete organizaciones colegas en la región de Latinoamérica, la CDD está

comprometida a fomentar los principios, las metas y los objetivos del Programa de Acción de la CIPD, en particular aquellos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

- En 2001, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) creó un Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, que ha realizado numerosos talleres sobre dicho tema en toda la región, con el fin de educar a los prestadores de servicios de salud y de ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva. El comité también ha emitido recomendaciones oficiales para las sociedades miembros a fin de promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (ver recuadro). Ejercen considerable influencia debido a la prominencia de la comunidad médica en América Latina.
- En todos los países donde se realizó el estudio, los socios de las sociedades nacionales y locales de gineco-obstetricia han participado al máximo en el debate sobre el aborto inseguro. Esto ha llevado a la creación de publicaciones para los profesionales de la salud y el público en general; a seminarios y conferencias en diversos niveles; a actividades conjuntas y a la creación de redes entre profesionales de la salud, representantes gubernamentales y grupos defensores y promotores de los derechos de las mujeres, y a una mejor capacitación en las áreas de los derechos reproductivos, las nuevas tecnologías relacionadas con el aborto, la APA (atención postaborto), y los enfoques holísticos en torno a la atención médica de las mujeres sobrevivientes de agresión y violencia sexual.
- El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) lleva varios años trabajando para crear una Convención sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.

A pesar de que el alcance de muchos de estos esfuerzos es principalmente regional, con frecuencia también tienen un impacto a nivel nacional.

### **Extractos del:**

#### **Informe del Taller Pre-Congreso sobre Derechos Sexuales y Reproductivos**

Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

19 de octubre de 2002

Hotel Los Trajibos

El Taller definió los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres como parte inseparable de los Derechos Humanos consagrados en una serie de Declaraciones y Convenciones Internacionales, además de estar presentes en la Constitución de cada país. Se identificaron las principales violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres observadas en América Latina. A partir de ese diagnóstico, los participantes del taller proponen las siguientes recomendaciones para los ginecólogos y obstetras reunidos en la FLASOG, con el objetivo de respetar, promover y defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, preservando una visión integral de su salud.

Las Sociedades de Ginecología y Obstetricia y sus miembros deben trabajar activamente para alcanzar los siguientes objetivos, con referencia a:

#### **I. El derecho a la interrupción del embarazo en los casos permitido por la legislación de cada país**

- Fácil acceso a la interrupción legal del embarazo para las mujeres que cumplen con los requisitos legales en cada país.

- Implantación de normas y rutinas que definan los criterios y procedimientos para facilitar la rápida ejecución de la solicitud de interrupción del embarazo, cuando se cumplan las condiciones de legalidad. Las normas actualmente en vigor en Brasil preparadas por el Ministerio de Salud en estrecha colaboración con FEBRASGO, sobre atención al embarazo de alto riesgo y a mujeres y adolescentes víctimas de violencia sexual, y que incluyen criterios y procedimientos para la interrupción del embarazo, pueden servir de orientación para las SOG de otros países.
- Cuando la legislación del país no condena el aborto en los casos de riesgo a la vida y a la salud de la mujer, la opinión de la mujer sobre cuánto riesgo está dispuesta a correr debe ser un factor determinante en la decisión de interrumpir la gestación.
- Información a los médicos de que pueden ser responsabilizados de casos de muerte materna indirecta (causada por enfermedad agravada por el embarazo) en que fue solicitada la interrupción del embarazo y ésta fue negada.
- Ampliación de las condiciones en que el aborto es permitido por la ley, para incluir los casos de malformación incompatible con la vida (debidamente documentada por especialistas calificados) y cuando la mujer presenta condiciones en que el embarazo coloca en riesgo su vida.

### **Acciones necesarias para alcanzar esos objetivos**

- Actuación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia junto con las autoridades gubernamentales de salud en la redacción e implementación de normas que definan los procedimientos que aseguren la existencia de servicios, técnicos y suministros, en el sector público, que permitan la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Convocar a los profesores de facultades de medicina y escuelas formadoras de profesionales de la salud y ciencias afines, para incluir en sus currículos materia que responda a las necesidades de las mujeres para el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Esta materia debe incluir conceptos de género y de derechos humanos, el respeto a la diversidad, evitando la imposición de valores personales sobre los derechos de la mujer.
- Incluir en las actividades de educación continuada promovidas por las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de cada país, los temas referentes a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Actuar directamente con ginecólogos y obstetras, particularmente profesores, jefes de servicios, directores de maternidades, o en puestos de ejecutivos en organismos públicos o privados, para promover la implementación de servicios que respondan a las necesidades de promoción, protección y aplicación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.
- Servir de fuente de información a los medios de comunicación masiva, para la difusión de información científicamente correcta, en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Establecer alianzas con instituciones públicas, privadas y ONGs nacionales e internacionales, también preocupadas con este problema, con el fin de potencializar el efecto de sus acciones.
- Que cada Sociedad y Federación de Ginecología y Obstetricia cree Comités de Derechos Sexuales y Reproductivos, con la participación de otras disciplinas que promuevan el ejercicio de estos derechos y para dar seguimiento y asegurar el cumplimiento de estas recomendaciones.

## Reformas legislativas

Las actividades mencionadas anteriormente han culminado en reformas jurídicas en dos de los cinco países latinoamericanos donde se realizó esta investigación. La ley de aborto fue modificada en el Distrito Federal y en el estado de Morelos, México, en 2002 y 2000, respectivamente, con el fin de incluir más exenciones a la penalización del aborto. En 2002, la Cámara de Diputados de Uruguay aprobó el proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva, la cual permitiría la interrupción de embarazos a petición de la mujer, siempre que no se exceda de una edad gestacional de hasta 12 semanas. En mayo de 2004, después de un largo debate, el Senado votó en contra de la propuesta.

## Cambios en las normas y tecnologías relacionadas con el aborto desde la CIPD

### Normas

A pesar de que las reformas jurídicas son un paso necesario, el acceso de las mujeres a los servicios de aborto se puede garantizar únicamente mediante la prestación de servicios integrales centrados en la mujer. Con el fin de garantizar el funcionamiento de estos servicios, es importante proporcionar a los establecimientos y a los profesionales de la salud normas clínicas y administrativas para dar cumplimiento a la ley. En 1999, el Ministerio de Salud de Brasil finalizó las normas técnicas para la prevención y el tratamiento de las lesiones resultantes de la violencia sexual contra las mujeres adultas y adolescentes (*Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*), que incluye orientación en la prestación de servicios de interrupción legal del embarazo (ILE). A excepción de Brasil y de algunas entidades federativas mexicanas que cuentan con normas técnicas para la prestación de servicios de aborto para las víctimas de violación, en los países donde se realizó el estudio sólo existen normas técnicas para la APA.

- En Bolivia se publicó en 2001 una *Norma técnica para el tratamiento de hemorragia en el primer trimestre*.
- En Nicaragua se formuló, en 1989, una Norma para la atención del aborto, pero ésta no fue emitida de conformidad con el decreto ministerial y, por tanto, no tiene ninguna autoridad jurídica.
- En el sector médico de Uruguay se redactaron normas pre- y postaborto en el año 2001. Esta innovadora iniciativa de redactar normas pre-aborto que aborden las diferentes opciones para las mujeres que han tenido un embarazo no deseado es una adición bienvenida al concepto de atención centrada en la mujer.
- En el 2000, la Secretaría de Salud de México publicó el *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica*. No obstante, estos lineamientos no son de carácter obligatorio.
- En 2003, el gobierno de Brasil reunió a un grupo de ONGs con el fin de formular normas técnicas para la atención del aborto, con un enfoque en la APA. Dichas normas actualmente están siendo revisadas por los grupos de mujeres y el Ministerio de Salud.

A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha formulado directrices y normas para ayudar a los gobiernos en la prevención del aborto en condiciones de riesgo y en el manejo de sus complicaciones. Con el fin de ampliar su trabajo en esta área y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud de poner en práctica el lenguaje del párrafo 63iii del

informe de la CIPD+5, la OMS publicó en 2003 *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Esta guía trata de la atención médica de las mujeres que se someten a un aborto, la prestación de servicios y los factores políticos y jurídicos que se deben tener en cuenta. Entre otras recomendaciones, la guía hace hincapié en la función de los gobiernos relativa a la prestación de servicios de aborto seguro y legal, en la importancia de capacitar a los profesionales de la salud de nivel intermedio en la prestación de servicios de aborto y en la eliminación del LUI (legrado uterino instrumental) de la práctica médica relacionada con el aborto. Para principios del 2004, las traducciones del documento al español y el portugués casi se habían terminado. Una vez disponibles, su distribución ayudará a guiar a los gobiernos y a los establecimientos de salud hacia el mejoramiento de los servicios de aborto.

## Tecnologías relacionadas con el aborto

Las normas clínicas establecidas en los países donde se realizó la investigación recomiendan el uso de la **aspiración manual endouterina (AMEU)** en vez del **legrado uterino instrumental (LUI)**, también conocido como **dilatación y curetaje (D&C)**. No obstante, el LUI continúa usándose en la región con más frecuencia que el procedimiento más seguro de AMEU, tanto para la práctica de abortos como para la prestación de servicios de APA, a pesar de que el uso de la AMEU ha aumentado en los últimos diez años. En los servicios de APA en Latinoamérica, con frecuencia se utilizan ambos procedimientos en el mismo servicio: la AMEU primero, y el LUI se emplea como una tecnología de “respaldo”. Este enfoque ocasiona un aumento en los costos y los riesgos. Como parte de los esfuerzos para fomentar el uso de la AMEU en vez del LUI en Bolivia y Brasil, los reembolsos pagados por el seguro social para cubrir los procedimientos de AMEU se han incrementado para igualar los reembolsos proporcionados para pagar los procedimientos de LUI.

En 2003 se realizó una evaluación de los servicios de APA en Nicaragua, la cual reveló que a pesar de que el personal médico recibió capacitación en el uso de la AMEU, en el 20% de los establecimientos de salud se utilizaba exclusivamente el LUI, y la mitad de los establecimientos que ofrecen APA no contaban con un equipo completo (Ipas Nicaragua, 2003). Las personas entrevistadas en México calcularon que entre un 60 y un 70 por ciento de los procedimientos son practicados con el LUI. En Uruguay, la AMEU es utilizada de forma muy limitada; el tratamiento habitual consiste en la práctica del LUI, el uso de un anestésico y hospitalización.

En las últimas dos décadas, los científicos y prestadores de servicios de salud han identificado y refinado el uso de varios agentes medicinales que, cuando se utilizan debidamente, pueden inducir un aborto de manera segura y eficaz. Los métodos de **aborto médico** (también conocido como RU486, la píldora abortiva, o aborto farmacológico) ponen fin al embarazo mediante medicamentos. Citotec (misoprostol), que se utiliza en el tratamiento de úlceras, es un fármaco no costoso que puede utilizarse por sí solo o, junto con mifepristona o metotrexate, para inducir el aborto. Citotec está ampliamente disponible en Latinoamérica. Las mujeres toman el medicamento y, una vez que empiezan a sangrar y sentir contracciones, acuden a los establecimientos de salud para que se les practique una evacuación endouterina. En varios estudios se ha demostrado que el uso automedicado de Citotec por parte de las mujeres brasileñas llevó a una reducción en el número de mujeres que acuden a los hospitales con complicaciones de aborto realizado en condiciones de riesgo (Coeytaux, 2002).

# Perfiles de los países



“En gran medida, los compromisos de Beijing y El Cairo han quedado en un plano teórico”. —persona entrevistada en Bolivia

Bolivia, uno de los países latinoamericanos más pobres, cuenta con una de las tasas de mortalidad materna más altas de la región (UNDP, 2003). En esta nación existe una extensa población indígena y un alto grado de inestabilidad política, lo cual afecta la continuidad de las políticas y los programas públicos. Los líderes gubernamentales actualmente en el poder, con frecuencia carecen de información sobre los compromisos adquiridos vía acuerdos internacionales por sus antecesores.

Bolivia ha experimentado cambios notables en la última década en su apoyo abierto a la salud y los derechos reproductivos. Debido al impacto negativo de los programas de esterilización forzada en las décadas de los sesenta y setenta, la planificación familiar y el aborto eran temas tabú en el país hasta principios de los noventa. Con el apoyo de ONGs progresistas, formuladores de políticas y organismos internacionales, gradualmente, hacia finales de los ochenta, se lanzaron programas más amplios en torno a la salud de la mujer y la delegación boliviana a la CIPD presentó la primera política del país en población, que incluyó un debate sobre el aborto practicado en condiciones de riesgo (Camacho et al., 1995). Los debates sobre las perspectivas basadas en género y los derechos sexuales y reproductivos fueron fortalecidos en Bolivia después de su participación en el consenso de

## Indicadores de población:

Población total (millones) 2001: 8.5\*

Tasa de crecimiento poblacional anual (%) 2000-2015: 1.7\*

Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) 2001: 60\*

Tasa de fecundidad total (por cada mujer) 2000-2005: 3.8\*

## Indicadores socioeconómicos:

Población que vive por debajo de la línea nacional de pobreza (%) 1987-2000: 62.7\*

Población de menos de 15 años de edad (como % del total) 2001: 39.3\*

Producto interno bruto (PIB) por persona (PPA US\$) 2001: 2,300\*

Gasto público en salud (como % del PIB) 2000: 4.3\*

Gasto en salud por persona (PPA US\$) 2000: 145\*

Médicos (por cada 100,000 habitantes) 1990-2001: 130\*

la CIPD. Los esfuerzos se centraron en el derecho a decidir cuántos hijos tener y el derecho de acceder a los servicios para disminuir la tasa de mortalidad materna. El gobierno creó un Viceministerio de la Mujer, encargado de la aplicación de políticas de género en las instituciones del estado, pero éste se ha visto debilitado por cambios frecuentes en el gobierno.

Bolivia depende en gran medida de donantes internacionales que han brindado apoyo financiero y técnico para los programas de salud reproductiva, tales como la distribución de métodos anticonceptivos. Esto resulta problemático dada la disminución de la base de donantes. La trágica tasa de mortalidad de Bolivia seguirá siendo alta si los financiadores descontinúan o disminuyen el financiamiento para los servicios de anticoncepción o de APA.

La anticoncepción de emergencia (AE) es polémica, pero está ganando terreno en Bolivia. Pronto se podrá adquirir en el mercado un producto dedicado específicamente a la AE y, una vez que éste sea aprobado por la comunidad farmacéutica nacional, será incluido en las normas técnicas del Ministerio de Salud.

Las ONG nacionales han desempeñado una función importante en el suministro de información, educación, capacitación, gestoría y defensa (advocacy) y algunos recursos para el aborto, pero se han visto afectadas por la Ley Mordaza impuesta por EE.UU. Varias agrupaciones de mujeres, tales como las Mujeres Parlamentarias y los grupos de Alcaldesas, son voces importantes en cuestiones de salud reproductiva.

Después de la CIPD, el Ministerio de Salud ha llevado a cabo varios programas dirigidos a la salud reproductiva, pero los últimos programas se han desviado de un enfoque integral. El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el cual proveía atención médica a todas las mujeres de Bolivia, era financiado casi en su totalidad por donantes internacionales pero fue terminado en el año 2002.

En 2003, se estableció un nuevo programa, cuyo énfasis recae nuevamente en las mujeres embarazadas y en los niños. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) cubre el 100% de los servicios para las mujeres embarazadas hasta los seis meses posteriores al parto, así como a recién nacidos y niños menores de cinco años de edad. El SUMI cubre también el tratamiento

## Indicadores de salud reproductiva:

Número de mujeres de 15 a 44 años de edad (total para 1995-2000): 1,738,479°

Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (%) 1995-2001: 53\*

Razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) 1995: 550\*

Embarazos (total para 1995-2000): 2,141,139°

Nacimientos (total para 1995-2000): 1,413,165°

Partos atendidos por personal de salud calificado (%) 1995-2001: 59\*

Mujeres que reciben atención prenatal (%): 52®

Abortos (total para 1995-2000): 406,804°

Muertes maternas (sin incluir las muertes a consecuencia del aborto) (total para 1995-2000): 7,772°

Muertes maternas a consecuencia del aborto (total para 1995-2000): 664°

Embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 905,651°

Nacimientos imprevistos (total para 1995-2000): 498,847°

Muertes a consecuencia de los embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 3,173°

\* UNDP Human Development Indicators, 2003. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

° Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. Washington, DC, GHC.

® Population Action International. 2001. *The PAI Report Card*. [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).

de hemorragias en la primera mitad del embarazo e incluye el tratamiento de complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo, puesto que, con frecuencia, éstos llevan a incrementar la mortalidad materna. El Seguro Básico de Salud, que precedió al SUMI, también incorporaba el tratamiento de hemorragia. Bajo el plan nacional actual de reforma del sector salud boliviano, la cobertura y la eficiencia son prioridades, pero no existe un verdadero compromiso con la calidad de la atención y los derechos. Sin futuros subsidios para los programas de salud reproductiva, las mujeres no tendrán la posibilidad de acceder a los servicios a menos que estén embarazadas.

## La ley de aborto

En Bolivia el aborto es gobernado por el Código Penal, que fue creado en 1834 y actualizado en 1972. El aborto se permite sólo cuando el embarazo es el resultado de una violación, incesto o estupro que no es seguido por matrimonio, o cuando la salud o la vida de la mujer corren peligro. Posiblemente se disminuyan las penalidades jurídicas si un aborto es practicado para salvar el “honor” de una mujer soltera. El aborto debe ser practicado por un médico. En el caso de violación se requiere autorización judicial, y deben haberse emprendido acciones legales contra el culpable. En la práctica, no se ha efectuado ninguna interrupción legal del embarazo (ILE) en Bolivia a pesar de que este servicio ha sido solicitado por mujeres que reúnen las condiciones necesarias para que se les practique una ILE. A pesar de que podría darse cumplimiento a la ley actual de manera más completa y más eficaz, el clima actual de Bolivia parece ser adverso a todo tipo de cambio.

## La atención postaborto (APA)

La *Norma técnica para el tratamiento de hemorragia en el primer trimestre* se publicó en 2001. Se abarca la atención de urgencia, la consejería, incluida la consejería anticonceptiva, y la remisión a otros servicios. Las personas entrevistadas informaron que la APA casi siempre es proporcionada en establecimientos de salud especializados (de segundo y tercer nivel), aunque algunos establecimientos de primer nivel también prestan servicios de APA. En Bolivia existen 76 establecimientos de salud de primer nivel con personal capacitado en APA, de los que el 13% es rural. Entre el 30 y el 40 por ciento de los establecimientos de segundo nivel y el 100% de los hospitales de tercer nivel también cuentan con personal de salud capacitado en la APA. El Hospital de la Mujer en La Paz, en el cual se atienden de siete a diez complicaciones de aborto al día, es un centro de capacitación para el 70% de los estudiantes de medicina de pre-grado (Ipas Bolivia, sin fecha).

En siete de las once universidades estatales, la APA, de conformidad con sus indicaciones para urgencias obstétricas, ha sido incluida en los programas académicos de las facultades de medicina y enfermería, con la AMEU como parte de la práctica clínica.

## El aborto inducido

En Bolivia, cada año se practican entre 40,000 y 50,000 abortos en condiciones de riesgo. El aborto es la tercera causa de mortalidad materna, responsable del 27 al 35 por ciento de las muertes maternas (Ministerio de Desarrollo Humano y Secretaría Nacional de Salud, 1996). Las personas entrevistadas convinieron en que el estigma en torno al aborto en Bolivia contribuye directamente a la alta tasa de mortalidad materna. El simple hecho de mencionar el aborto es desaprobado, lo cual dificulta un debate abierto acerca de su estado legal y de la APA.

Las personas entrevistadas informaron de una gran variedad de servicios de aborto no oficiales, prestados en el mercado negro, cuyos precios fluctúan entre \$50 y \$300 dólares estadounidenses<sup>4</sup>. Estos servicios clandestinos ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, lo cual aumenta los costos para los servicios de salud y la sociedad en general.



“La Iglesia Católica en Brasil todavía ejerce una influencia muy grande sobre los gobiernos. Hay siempre una preocupación, hay una fantasía, de que la mayoría de la población es conservadora y se identifica con las posiciones de la IC en este asunto, entonces hay miedo de que una acción más eficaz pueda tornar al gobierno mal visto.” *—persona entrevistada en Brasil*

Brasil es el país más grande de la región –tanto en territorio como en población. Está extensamente urbanizado: aproximadamente un 80% de sus 170 millones de habitantes viven en áreas urbanas, y el 20% restante en áreas rurales (Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas, 2004).

Un importante movimiento feminista ayudó a crear conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos en Brasil antes de la CIPD. El debate acerca de los derechos y la diversidad sexual aumentó a lo largo de los años noventa en conexión con la política nacional de VIH/SIDA, que promovió el uso del condón y mayor conciencia acerca del SIDA. A finales de los noventa, el gobierno cambió su enfoque de la salud materno-infantil a la salud reproductiva, fortaleciendo las políticas y los servicios de salud reproductiva. Los profesionales de la salud fueron capacitados y las mujeres recibieron más información sobre sus derechos. La atención del aborto ahora constituye un componente integral de muchos programas, incluido el programa nacional de salud. La inclusión de temas de derechos reproductivos como parte de conferencias profesionales de medicina y de reuniones técnicas ha ayudado a mejorar los servicios y los derechos reproductivos.

#### Indicadores de población:

Población total (millones) 2001: 174\*

Tasa de crecimiento poblacional anual (%) 2000-2015: 1.1\*

Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) 2001: 31\*

Tasa de fecundidad total (por cada mujer) 2000-2005: 2.2\*

#### Indicadores socioeconómicos:

Población que vive por debajo de la línea nacional de pobreza (%) 1987-2000: NA

Población de menos de 15 años de edad (como % del total) 2001: 28.8\*

Producto interno bruto (PIB) por persona (PPA US\$) 2001: 7,360\*

Gasto público en salud (como % del PIB) 2001: 3.4\*

Gasto en salud por persona (PPA US\$) 2000: 631\*

Médicos (por cada 100,000 habitantes) 1990-2001: 158\*

Desde que se estableció la democracia en 1985, cada vez hay más mujeres en la toma de decisiones, así como en puestos clave en el Ministerio de Salud. Las mujeres son más visibles en los niveles estatales y municipales y han logrado atraer mayor atención a los temas que preocupan a las mujeres y a sus derechos.

El sector médico brasileño se ha mostrado sensible y activo en cuestiones de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. La Federación Brasileña de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) ha apoyado en gran medida los derechos sexuales y reproductivos y ha ejercido influencia sobre federaciones colegas de gineco-obstetricia en toda Latinoamérica en torno a estos temas. Además de prestar servicios de interrupción legal del embarazo (ILE), muchos asociados de FEBRASGO han sido importantes aliados para los grupos de mujeres en Brasil en cuanto al problema del aborto, desempeñando un papel importante de cara a la opinión pública.

Numerosas ONG brasileñas se dedican a promover y defender la salud de las mujeres. *Redesaúde (Rede Feminista de Saúde)*, que cuenta con más de 113 afiliadas, tales como organizaciones de mujeres, activistas y profesionales de la salud, ha recalado la necesidad de presionar al gobierno y a los medios de comunicación para despenalizar el aborto y mejorar los servicios de aborto y de APA. Otras ONG están esforzándose por mejorar y ampliar dichos servicios. *Redesaúde* recientemente lanzó una campaña con el fin de legalizar el aborto en Brasil, a la cual se han unido FEBRASGO y las organizaciones que defienden los derechos de las mujeres y los derechos humanos.

## La ley de aborto

Las únicas causales de aborto permitidas por la ley, establecida en el Código Penal de 1940, son violación y riesgo para la vida de la mujer. El aborto debe ser practicado por un médico y, en el caso de una violación, la mujer embarazada debe dar su consentimiento por escrito para que se le efectúe el aborto. En la práctica, un equipo médico decide si se justifica o no la interrupción del embarazo. Recientemente se estableció una jurisprudencia que permite la interrupción del embarazo en casos de graves malformaciones congénitas.

## Indicadores de salud reproductiva:

Número de mujeres de 15 a 44 años de edad (total para 1995-2000): 42,275,982°

Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (%) 1995-2001: 77\*

Razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) 1995: 260\*

Embarazos (total para 1995-2000): 36,405,429°

Partos (total para 1995-2000): 20,595,470°

Partos atendidos por personal de salud calificado (%) 1995-2001: 88\*

Mujeres que reciben atención prenatal (%): 86®

Abortos (total para 1995-2000): 10,349,160°

Muertes maternas (sin incluir las muertes a consecuencia del aborto) (total para 1995-2000): 53,548°

Muertes maternas a consecuencia del aborto (total para 1995-2000): 9,680°

Embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 14,941,950°

Nacimientos imprevistos (total para 1995-2000): 4,592,790°

Muertes a causa de embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 19,463°

\* UNDP Human Development Indicators, 2003. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

o Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. Washington, DC, GHC.

® Population Action International. 2001. *The PAI Report Card*. [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).

A pesar de que el Código Penal permite la interrupción del embarazo en casos de violación, los primeros servicios de aborto legal no fueron establecidos hasta 1989. En 1999, el Ministerio de Salud publicó *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica*, en el cual se incluyen los procedimientos recomendados para la interrupción legal del embarazo. Las normas técnicas respecto al aborto para las víctimas de violencia sexual deben mucho a la conferencia celebrada en El Cairo. En 1994 existían sólo cuatro centros de aborto legal; ahora existen muchos más en toda la extensión del territorio nacional, pero éstos están concentrados principalmente en el sur de Brasil y en las grandes ciudades. Continúa siendo un reto difundir información a las víctimas de violencia respecto a la disponibilidad de atención integral. Asimismo, resulta difícil institucionalizar los servicios de aborto a lo largo del país cuando existe un sistema descentralizado con 5,561 municipalidades, particularmente en lugares donde la toma de decisiones a nivel municipal entra en conflicto con la puesta en práctica de las normas técnicas federales.

Las normas técnicas en violencia sexual han sido atacadas por grupos conservadores, y, por medio del Congreso, se ha intentado dos veces declarar las normas inconstitucionales. Los grupos conservadores han intentado plantear su caso frente al Tribunal Supremo. Los grupos *anti-choice* (contra el derecho a decidir respecto a la interrupción del embarazo) también han adquirido más visibilidad. Las conferencias médicas internacionales y los grupos feministas han tratado de defender las normas técnicas, apoyando a las instituciones públicas y al sector judicial con sus gestiones.

Dentro del sector médico cada vez hay más apoyo para ampliar el acceso a los servicios de aborto legal. De los 4,270 gineco-obstetras que contestaron una encuesta anónima enviada a las 14,700 personas afiliadas de FEBRASGO, entre el 70 y el 80 por ciento convinieron en que la ley debe permitir el aborto en casos de riesgo para la vida de la mujer, así como de violación y malformación congénita. El 60% de las personas encuestadas afirmaron que ayudarían a un pariente que deseara interrumpir su embarazo aconsejándola sobre dónde acudir o informándole sobre el Citotec (Faúndes, 2004).

## La atención postaborto (APA)

Pese a que se debieran prestar servicios de APA en todos los establecimientos de salud, en la práctica éstos existen únicamente en los principales centros urbanos. A menudo las mujeres que viven en las áreas más pobres y rurales que necesitan APA o atención prenatal deben viajar inmensas distancias. No obstante, se están llevando a cabo gestiones para descentralizar la atención médica mediante capacitación en las áreas rurales más remotas, particularmente en la parte septentrional de Brasil.

Las ONG han desempeñado un importante papel en la ampliación de los servicios de APA. Actualmente existen 83 establecimientos de salud que cuentan con personal capacitado en APA (Ipas Brasil, sin fecha). En el año 2003, el sistema de salud pública (SUS) informó que más de 240,000 procedimientos postaborto, la mayor parte practicados con la técnica de legrado uterino instrumental (LUI), fueron reembolsados por medio del sistema de salud pública (Ministério da Saúde, 2004).

En el año 2000, el Ministerio de Salud emitió un decreto que recomendaba el uso de la AMEU en vez del LUI para la atención del aborto, seguido en agosto de 2001 por otro decreto que indicaba que se pagaría la misma cantidad por medio del seguro de previsión social para ambos procedimientos, con el fin de fomentar el uso de la tecnología de AMEU, que es más segura (Ministério da Saúde, 2001 y 2002). No obstante, en todos los establecimientos de salud se practica el procedimiento de LUI, aunque, desde 1999, ha habido un aumento constante en el número de procedimientos ambulatorios, lo que demuestra un giro a la AMEU en

el sistema de salud. En 2003 se creó un grupo técnico con el fin de formular pautas clínicas y un plan de capacitación para la implementación de la APA. Además, algunas ONG están capacitando a las obstetras para que mejoren la calidad de la atención en las áreas remotas de Brasil.

## El aborto inducido

Según datos de una de las personas entrevistadas, en Brasil ocurren entre 600,000 y 700,000 abortos anualmente. El Alan Guttmacher Institute calcula que ocurren más de 1.4 millones de abortos al año (AGI, 1996). Las personas entrevistadas informaron que entre 30 y 90 establecimientos de salud ofrecen servicios de aborto legal en Brasil, aunque el acceso se encuentra limitado fuera de las principales áreas urbanas. De acuerdo con la representante del Ministerio de Salud, este último planea ampliar los servicios en un 30% en los próximos tres años, para tener por lo menos un centro de servicios de aborto en cada uno de los 26 estados. El aborto continúa siendo la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, aunque el número total de muertes relacionadas con el aborto está disminuyendo dado que más mujeres están optando por ser esterilizadas.

El uso de métodos anticonceptivos está en aumento, al igual que el de Citotec (misoprostol) para la interrupción del embarazo. A pesar de que el Citotec se suministra exclusivamente a aquellas personas que cuentan con receta médica y que se ha prohibido explícitamente su uso en procedimientos de aborto, puede obtenerse mediante vías clandestinas por aproximadamente \$70 dólares estadounidenses. Se calcula que un 75% de las 600,000 mujeres brasileñas que se someten a la interrupción del embarazo anualmente utilizan Citotec (Coeytaux, 2002).

Las víctimas de violencia que acuden a los establecimientos de salud inmediatamente después de un acto violento tienen acceso oportuno a los servicios de aborto; esto resalta la importancia de realizar campañas informativas sobre el acceso a dichos servicios. La atención integral a las víctimas de violencia incluye la AE, la prevención de las ITS/VIH/SIDA y la consejería. Las normas técnicas estipulan que los médicos deben recibir una copia del informe policiaco del delito, aunque algunos actores del sector jurídico argumentan que estos documentos no son necesarios para interrumpir un embarazo que ha sido producto de una violación (Torres, 2003). Asimismo, se requiere el consentimiento de la mujer por escrito, mismo que debe acompañarse de la firma de dos testigos (Ministério da Saúde, 1999).

Algunos consejos médicos conservadores, tanto a nivel regional como estatal, están tratando de imponer normas que dicen que los médicos deberán solicitar una orden judicial en vez de aceptar el documento emitido por la policía como autorización para que se practique el aborto. Debido a la lentitud del sistema jurídico y al limitado acceso de las mujeres a éste, la obtención de autorización judicial podría demorar más que el embarazo. La FEBRASGO está procurando que estos consejos aprueben el uso del documento policiaco como prueba suficiente para practicar abortos a las víctimas de violación.

No obstante, para cumplir con la agenda de la CIPD en Brasil, aún es necesario empoderar a las mujeres respecto a sus derechos reproductivos. El Programa de Acción de la CIPD fundamentalmente trata el aborto inseguro como un problema de salud. Uno de los retos más difíciles es comenzar a tratar el aborto como un asunto de derechos y libertad en Brasil. El trabajo relacionado con la interrupción del embarazo debido a graves malformaciones congénitas, que actualmente se practica sólo a instancia de decisiones judiciales, bien podría ser una nueva ruta para ampliar los servicios de aborto en este país.



Sean Sprague/Panos Pictures

“Los temas de los derechos sexuales y reproductivos están vigentes y presentes en las agendas, los procesos de legislación, sujetos a los procesos de comunicación, y están llevando a que diferentes actores a nivel estatal y federal sigan teniendo en mente la necesidad de trabajar a favor de estos derechos.” *—persona entrevistada en México*

El gobierno mexicano asumió una firme postura respecto a los derechos sexuales y reproductivos durante la CIPD y la CIPD+5, con delegados oficiales a la vanguardia de las propuestas relacionadas con los derechos reproductivos y los derechos de los adolescentes. A pesar de recientes tendencias conservadoras, las personas entrevistadas convinieron en que el clima en torno a la salud y los derechos reproductivos en México cambió de manera positiva después de la CIPD. Junto con un nuevo órgano administrativo dedicado a las mujeres, se creó un nuevo programa gubernamental en atención a la salud reproductiva, en un esfuerzo para cumplir con el Programa de Acción de la CIPD. Algunas integrantes de la sociedad civil organizada se incluyeron en el proceso de toma de decisiones. En la década de los noventa, antes del gobierno de Fox, se ampliaron las políticas de población y educación en concordancia con las metas establecidas en El Cairo. Asimismo, se introdujeron los conceptos de derechos asociados a la salud, la perspectiva de género y la noción de equidad, con la finalidad de mejorar la condición de las mujeres. El gobierno reconoció la necesidad de empoderar a las mujeres e involucrar a los hombres. Las ONG han participado más en la toma de decisiones en torno a la legislación, las normas y los reglamentos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos. Los grupos de jóvenes, lesbianas, homo-

### Indicadores de población:

Población total (millones) 2001: 100.5\*  
 Tasa de crecimiento poblacional anual (%) 2000-2015: 1.2\*  
 Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) 2001: 24\*  
 Tasa de fecundidad total (por cada mujer) 2000-2005: 2.5\*

### Indicadores socioeconómicos:

Población que vive por debajo de la línea nacional de pobreza (%) 1987-2000: NA  
 Habitantes menores de 15 años de edad (como % del total) 2001: 33.3\*  
 Producto interno bruto (PIB) por persona (PPA US\$) 2001: 8,430\* (Cálculo basado en una regresión)  
 Gasto público en salud (como % del PIB) 2000: 2.5\*  
 Gasto en salud por persona (PPA US\$) 2000: 477\*  
 Médicos (por cada 100,000 habitantes) 1990-2001: 130\*

sexuales, bisexuales y transexuales han logrado importantes avances.

No obstante, muchas de estas iniciativas no han continuado bajo el gobierno de Fox. En el año 2000, después de más de 70 años de dominio, el Partido Revolucionario Institucional (PRI) fue derrotado por el Partido Acción Nacional (PAN). El PAN es de ideología conservadora y ha incidido de manera negativa en los derechos sexuales y reproductivos. A excepción del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, creado a fines del 2003, y de inversiones específicas en los servicios de salud prestados a las víctimas de violencia, en general, ha habido una pérdida de derechos reproductivos. La atención prestada anteriormente a la salud reproductiva —mantenida a partir de la CIPD— ha cambiado para poner énfasis en el embarazo y la atención del niño, dejando atrás los aspectos más amplios de la salud reproductiva, tales como la anticoncepción y el aborto.

Las posiciones conservadoras y la influencia de la Iglesia Católica son visibles en los medios de comunicación y en el campo legislativo. Existe una tradición de censura ante temas relacionados con la sexualidad y el aborto, aunque esto se ha transformado poco a poco. Por lo general, el aborto es tratado por los medios de comunicación únicamente cuando sucede algo concreto y de amplias repercusiones, tales como cuando alguno de los estados mexicanos piensa restringir o ampliar la ley. Las ONG conservadoras han tratado de limitar las causales establecidas para la práctica de la interrupción legal del embarazo y están promoviendo una definición exclusiva y tradicional de la “familia”, que incluye un hombre, una mujer e hijos. Una línea telefónica dirigida a adolescentes fue cancelada poco después que Vicente Fox asumiera la presidencia. Estos sucesos, que amenazan el avance del Programa de Acción de la CIPD, están motivando una mayor participación de los defensores de la CIPD a nivel nacional. Las ONG han ampliado las investigaciones y el debate público, y frecuentemente se hacen gestiones para reformar las leyes restrictivas de aborto. Las encuestas locales y nacionales aplicadas por diversas instituciones han demostrado que existe una opinión más positiva en torno al aborto (ARCOP, 1999; Centro de Estudios de Opinión, 2000; García Romero et al., 2000; The Population Council, 2000a, 2000b, 2003).

## Indicadores de salud reproductiva:

Número de mujeres de 15 a 44 años de edad (total para 1995-2000): 23,855,860°

Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (%) 1995-2001: 67\*

Razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) 1995: 65\*

Embarazos (total para 1995-2000): 20,854,681°

Partos (total para 1995-2000): 14,133,796°

Partos atendidos por personal de salud calificado (%) 1995-2001: 86\*

Mujeres que reciben atención prenatal (%): 80°

Abortos (total para 1995-2000): 3,592,693°

Muertes maternas (sin incluir las muertes a consecuencia del aborto) (total para 1995-2000): 9,187°

Muertes maternas relacionadas con el aborto (total para 1995-2000): 2,827°

Embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 6,278,114°

Partos imprevistos (total para 1995-2000): 2,685,421°

Muertes a consecuencia de embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 4,035°

\* UNDP Human Development Indicators, 2003. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

o Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. Washington, DC, GHC.

© Population Action International. 2001. *The PAI Report Card*. [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) está a cargo del Programa Nacional de Población, que incluye la prevención del aborto practicado en condiciones de riesgo y mejoras a la calidad de la APA; la Secretaría de Salud y otras instituciones de salud son responsables de implantar los servicios. CONAPO ha realizado excelentes análisis respecto a la salud, la salud reproductiva y la población, pero no ha tratado el problema del aborto en ninguna campaña pública. El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) ha expresado preocupación respecto al aborto siempre dentro de los marcos legales, en particular en los casos de mujeres que se han enfrentado con obstáculos al tratar de obtener servicios.

Varias ONG estatales y nacionales están trabajando en cuestiones de aborto en México. Muchas ONG feministas se han comprometido a promover los derechos reproductivos, a ampliar las causales para la interrupción legal del embarazo, a prevenir mayores restricciones a la legislación de aborto y a dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos internacionales.

## La ley de aborto

Las causales para la interrupción legal del embarazo en México varían por estado e incluyen riesgo para la salud o vida de la mujer, violación, malformaciones congénitas, motivos sociales y económicos, e inseminación artificial sin consentimiento. La interrupción de un embarazo producto de una violación se permite en los 31 estados y en el Distrito Federal. En 28 estados se permite el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer. Para todas las demás causales, la legislación varía según el estado. Un solo estado permite el aborto por motivos sociales y económicos.

Desde la aprobación de la ley Robles en el año 2000, la cual amplió las causales para la interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México y cuya constitucionalidad fue reconocida en 2002 por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha habido considerables avances en la prestación de servicios de aborto para las mujeres sobrevivientes de violación. Se han redactado normas, se está difundiendo información sobre la disponibilidad de estos servicios y se está capacitando al personal de salud.

## La atención postaborto (APA)

La APA es regulada en el *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica*, publicado en el año 2000, y es parte de los programas de la Secretaría de Salud. En teoría, todas las mujeres que acuden a los hospitales públicos con complicaciones de aborto o con abortos incompletos deberían recibir atención médica adecuada. Casi todas las personas entrevistadas convinieron en que existe acceso a la APA en las instituciones de salud, aunque la mayoría de los casos son resueltos por medio del LUI en vez de la AMEU. También indicaron que el aborto médico a veces es practicado únicamente con misoprostol puesto que no hay posibilidad de adquirir mifepristona en México.

La calidad de la APA ha mejorado en la década posterior a la CIPD. Existe un mayor reconocimiento del aborto inseguro como un problema de salud pública y mayor participación de las ONG y los grupos comunitarios en el seguimiento del cumplimiento de las normas y los protocolos. A pesar de este avance, la atención médica continúa siendo insuficiente, y se necesita elevar la capacitación, la habilidad clínica con la AMEU, y la infraestructura. La capacitación en APA está disponible al personal médico y a veces al personal de enfermería, pero no en todos los establecimientos, y no existe un programa gubernamental de capacitación permanente. Las enfermeras obstétricas no son incluidas en los programas gubernamentales de capacitación en APA. La atención postaborto es considerada parte de los programas de maternidad sin riesgo y salud reproductiva, pero no se trata como prioridad a pesar

del número de muertes maternas asociadas con el aborto practicado en condiciones de riesgo. El interés en recibir capacitación en APA varía según el estado y depende de las personas responsables de tomar decisiones a nivel local.

## El aborto inducido

El acceso a los servicios de aborto legal aún está muy limitado. Las mujeres y los prestadores de servicios de salud carecen de información y la mayoría de los códigos y normatividades carecen de procedimientos explícitos. Las mujeres afrontan insuperables barreras cuando solicitan servicios de interrupción legal del embarazo, e incluso en los lugares donde el aborto es permitido, las instituciones a menudo no prestan dichos servicios. Esta situación cambió hace poco en el Distrito Federal y en el estado de Morelos, donde la legislación ahora dispone que se presten servicios de aborto legal en todas las instituciones de salud.

El acceso a los servicios de aborto clandestino varía considerablemente según la situación socioeconómica de la mujer y su acceso a información. En general, mientras más alto su nivel económico, mayor es la probabilidad de que a la mujer se le practique un aborto seguro, aunque sea clandestino. El último recurso de las mujeres sin medios es, frecuentemente, producirse un aborto ellas mismas, con un altísimo riesgo para su vida. Si los médicos encuentran indicios de aborto inducido cuando la mujer llega al establecimiento de salud para recibir APA, piensan que tienen que denunciar a la mujer a las autoridades jurídicas; no obstante, en la práctica rara vez sucede esto. Los prestadores de servicios de salud tienden a registrar los abortos inducidos como espontáneos, a menos que existan pruebas convincentes de lo contrario. No existe un registro de abortos clandestinos, ya sean realizados en condiciones adecuadas o inadecuadas.

A pesar de que la Secretaría de Salud ha reconocido al aborto inseguro como la novena causa de ingreso hospitalario de la población femenina (*Salud Pública de México, 2003*) y como un contribuyente principal a la mortalidad materna, los servicios de aborto no se incluyen explícitamente en los programas de mortalidad materna, y la información estadística sobre el aborto es limitada. El aborto inducido, además, no se ha incluido en los reglamentos o manuales federales de la Secretaría de Salud.

El acceso a los métodos anticonceptivos en México varía según el estado y la institución de salud. Los anticonceptivos se suministran gratuitamente en los establecimientos de salud pública, pero su disponibilidad ha disminuido considerablemente debido a la descentralización de los servicios de salud. Las autoridades de salud estatales, quienes a menudo muestran poco interés en la salud reproductiva, ahora son responsables de decidir sobre la compra de anticonceptivos. Las personas entrevistadas señalaron que la escasez de anticonceptivos es aun mayor en los estados gobernados por el Partido Acción Nacional (PAN). Por otro lado, en enero de 2004 se añadieron la AE y el condón femenino a las normas técnicas nacionales sobre anticoncepción.



“...En la práctica, la verdad es que las mujeres que tienen acceso a recursos son las que pueden hacerlo (el aborto) sin poner en riesgo su vida. ...La mujer que no tiene los recursos recurre a una forma mucho más precaria y ahí se derivan las complicaciones.” —persona entrevistada en Nicaragua

Nicaragua es el segundo país más pobre de América Latina. De los cinco millones de habitantes nicaragüenses, casi la mitad (el 47.9%) vive en la pobreza. El UNDP calcula que la razón de mortalidad materna es de 250 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, entre las más altas de la región (UNDP, 2003). Existe también una notable variación regional: el representante de UNFPA Nicaragua calcula que en la Región del Atlántico, la razón de mortalidad materna es de 500 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Las personas entrevistadas, que representan diversos sectores, señalaron que existe un notable subregistro del número de muertes maternas, lo cual plantea dudas respecto a la validez de las estadísticas oficiales. Asimismo, comentaron que no existen estadísticas oficiales sobre el aborto y que, con frecuencia, las muertes relacionadas con el aborto son ocultadas como “causas obstétricas indirectas”.

La CIPD llevó a una serie de cambios en Nicaragua, tales como la incorporación del concepto de salud reproductiva, la creación de leyes, normas y programas, y el establecimiento de nuevas instituciones, así como a una nueva actitud entre los profesionales de la salud y un nuevo esquema de acción para las ONG. A principios de los ochenta, bajo el gobierno Sandinista, existía amplio acceso a los servicios

### Indicadores de población:

Población total (millones) 2001: 5.2\*

Tasa de crecimiento poblacional anual (%) 2000-2015: 2.1\*

Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) 2001: 36\*

Tasa de fecundidad total (por cada mujer) 2000-2005: 3.7\*

### Indicadores socioeconómicos:

Población que vive por debajo de la línea nacional de pobreza (%) 1987-2000: 47.9\*

Habitantes menores de 15 años de edad (como % del total) 2001: 42.2\*

Producto interno bruto (PIB) por persona (PPA US\$) 1998: 2,450\*

Gasto público en salud (como % del PIB) 2000: 2.3\*

Gasto en salud por persona (PPA US\$) 2000: 108\*

Médicos (por cada 100,000 habitantes) 1990-2002: 61\*

de aborto terapéutico. No obstante, las personas entrevistadas señalaron que en la actualidad existe un clima político cada vez más conservador, una opinión hostil respecto de los derechos sexuales y reproductivos y un movimiento hacia la privatización de los programas de salud gubernamentales junto con una reestructuración de los servicios. Incluso en los lugares donde existen leyes o programas centrados en la salud reproductiva, a menudo éstos no son puestos en práctica. Las personas entrevistadas indicaron que los programas de corte social no son una prioridad presupuestal y que el público ha perdido la fe en las instituciones gubernamentales.

El aborto continúa siendo un tema tabú. Las concepciones religiosas tradicionales inciden notablemente en las gestiones gubernamentales en torno a este tema. La Iglesia Católica cuenta con importantes recursos y ejerce gran influencia sobre los propietarios y las juntas ejecutivas de las estaciones de televisión y de algunos medios de prensa, y, mediante esta influencia, tiene la capacidad de lanzar campañas permanentes a través de los medios de comunicación. El debate público en torno al aborto surge sólo en casos especiales, tales como la acción legislativa, el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres y el 28 de septiembre.

En los últimos diez años, USAID ha suministrado anticonceptivos, inicialmente por medio de donaciones y posteriormente mediante un programa de mercadotecnia social; sin embargo, los fondos de los donantes ahora están disminuyendo. Dado que ya no se cuenta con fondos para distribuir métodos anticonceptivos en toda la extensión del territorio nacional, a menudo éstos no son distribuidos y permanecen en las instalaciones centrales hasta que caducan. El sector público aún no ha formulado una estrategia o una política gubernamental para abordar esta situación.

Las personas entrevistadas comentaron que la AE es parte de la atención básica del sistema de salud y que está incluida en las normas de planificación familiar del MINSAs (Ministerio de Salud). El Programa para una Tecnología Apropiaada en Salud (PATH) en Managua y León promueve activamente su uso. Se puede adquirir el producto dedicado a bajo costo.

## Indicadores de salud reproductiva:

Número de mujeres de 15 a 44 años de edad (total para 1995-2000): 1,063,703°

Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (%) 1995-2001: 60\*

Razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) 1995: 250\*

Embarazos (total para 1995-2000): 1,197,945°

Partos (total para 1995-2000): 826,787°

Partos atendidos por personal de salud calificado (%) 1995-2001: 65\*

Mujeres que reciben atención prenatal (%): 71®

Abortos (total para 1995-2000): 191,466°

Muertes maternas (sin incluir las muertes a consecuencia del aborto) (total para 1995-2000): 2,067°

Muertes maternas a consecuencia del aborto (total para 1995-2000): 165°

Embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 315,485°

Partos imprevistos (total para 1995-2000): 124,018°

Muertes a consecuencia de embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 451°

\* UNDP Human Development Indicators, 2003. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

o Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. Washington, DC, GHC.

® Population Action International. 2001. *The PAI Report Card*. [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).

Una importante iniciativa inspirada por la CIPD fue el Programa de Atención Integral de la Mujer y la Niña, establecido por el MINSA en 1995. El programa va más allá de la atención a la salud materna para incorporar la detección sistemática de cáncer y el tratamiento de las ITS y el SIDA, pero no abarca educación sexual. Actualmente, el MINSA propone crear un nuevo programa nacional de salud reproductiva, que incluiría la salud sexual.

En 1994 se estableció un programa de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. El programa ha fortalecido la agenda de la CIPD, ya que muchos de sus graduados ahora ocupan importantes puestos en el sector salud público a nivel local y nacional y ayudan a reincorporar los componentes de la salud reproductiva a los programas gubernamentales.

## La ley de aborto

En Nicaragua el aborto es regido por el Código Penal de 1891. La única excepción a la penalización del aborto es “el aborto terapéutico determinado científicamente” que, aunque no se define, generalmente se interpreta como el aborto para salvar la vida de la mujer. La legislación dispone que el aborto terapéutico sea autorizado por tres médicos especialistas.

Los sectores conservadores de Nicaragua están trabajando al máximo en contra del aborto. En el año 2001 lanzaron, sin éxito, una iniciativa legislativa para eliminar el aborto terapéutico y restringir aun más las disposiciones del Código Penal. Mediante el nuevo código, los conservadores buscaban encarcelar a toda persona que indujera un aborto, cerrar clínicas y prohibir que los prestadores de servicios de aborto ejercieran la profesión médica. Las personas entrevistadas señalaron que los legisladores abandonaron sus esfuerzos por modificar la ley de aborto en respuesta a la presión procedente de diversos sectores.

El movimiento de mujeres de Nicaragua ha desempeñado un papel importante en defensa del aborto, produciendo investigaciones y publicaciones, realizando cabildeo y fomentando debate público en torno al aborto. Los grupos de mujeres están luchando por mantener el aborto terapéutico como una de las causales para practicar la interrupción legal del embarazo, así como por ampliar su interpretación para incluir casos en que la salud de la mujer está en riesgo y casos de violación, incesto o malformaciones congénitas.

La Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia (SONIGOB), cuya opinión por lo general es bien vista por el público, ha tenido éxito en sus esfuerzos por eliminar el estigma en torno al aborto. SONIGOB apoya la interrupción del embarazo cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo, y en casos de violación o de malformaciones congénitas.

## La atención postaborto (APA)

La APA se incluye en las normas oficiales del MINSA. Una de las personas entrevistadas calcula que en Nicaragua ocurren más de 32,000 abortos anualmente, y un informe de Ipas Nicaragua señala que, en promedio, 5,500 mujeres ingresan cada año en los establecimientos de salud para recibir servicios de APA (Ipas Nicaragua, 2003). Una evaluación nacional realizada en 2003 reveló varios problemas: a veces la calidad es deficiente, el equipo está en malas condiciones, el personal necesita capacitación continua, no existe un sistema de remisión, existe un subregistro de casos, y las historias médicas son deficientes, lo cual dificulta el seguimiento. En la mayor parte de los establecimientos de salud (el 85%, o 40 establecimientos) con personal capacitado, se prestan servicios de APA, la mayoría con AMEU. Ocho establecimientos (el 20%) ofrecen APA sólo con legrado uterino instrumental. Se encontró que la mitad de los establecimientos no cuentan con equipo completo (Ipas Nicaragua, 2003).

Las personas entrevistadas señalaron que las mujeres que necesitan servicios de APA a veces reciben un trato inhumano. Una de las personas entrevistadas mencionó que a algunas mujeres se les niega el servicio de APA cuando algunos prestadores de servicios de salud concluyen que su aborto incompleto fue inducido y, por tanto, probablemente ilegal.

Los estudiantes de medicina y el personal de los establecimientos de salud de vez en cuando reciben capacitación en APA, pero ésta es limitada. Las ONG en el campo de atención a la salud, en colaboración con el MINSA, han proporcionado capacitación y equipo. Ipas se ha dirigido a las facultades de medicina y a los programas de maestría con el fin de incorporar la APA en sus programas. Asimismo, el programa de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva ha participado en la capacitación de médicos, enfermeras, obstetras y personal de consejería.

## El aborto inducido

Los servicios de aborto inducido, permitido por la ley sólo en casos de aborto terapéutico, rara vez son accesibles a las mujeres debido a la no definición en la ley de qué constituye un aborto terapéutico y a que el proceso de autorización de la interrupción del embarazo es demasiado burocrático. Hay poca claridad y mucho temor entre los médicos de verse involucrados en problemas jurídicos. En los últimos dos años se han permitido sólo dos o tres abortos (McNaughton, et al., 2003). En el caso reciente de Rosa, una menor de nueve años de edad, se destacan las vicisitudes en torno a obtener un aborto terapéutico legal.

Las personas entrevistadas señalaron que la práctica del aborto inducido en condiciones adecuadas ha aumentado en Nicaragua, a pesar del hecho de que es ilegal y que las tarifas en clínicas particulares varían de \$500 a \$1000 dólares estadounidenses, precios que son inasequibles para la mayoría de las mujeres. La alternativa es el aborto practicado en condiciones de riesgo con métodos tradicionales, que cuesta de \$7 a \$150 dólares estadounidenses. Las mujeres que

### El caso de Rosa

Rosa es una niña pobre nicaragüense, quien, después de haber emigrado con sus padres a Costa Rica, fue violada y quedó embarazada a los nueve años. Cuando las autoridades costarricenses rehusaron practicarle un aborto, a pesar de que la ley permite el aborto para proteger la salud y vida de la mujer, Rosa y sus padres regresaron a Nicaragua, donde el aborto terapéutico es legal. El caso se hizo público cuando la Red de Mujeres contra la Violencia inició una campaña internacional para apoyar la petición de Rosa.

Rosa se enfrentó con mayor indecisión en Nicaragua, donde nadie en posición de autoridad estaba dispuesto a interpretar la ley de aborto. Los médicos opinaban que continuar el embarazo podría poner en peligro la vida de la madre y el feto, pero dejaron que los padres de Rosa decidieran al respecto, de manera que no se les acusara de promover el aborto. El Ministro de Salud se opuso a la petición de Rosa, declarando que el aborto es un pecado. Su posición y la de la Ministra de Familia demostraron cómo los funcionarios públicos de altos niveles permiten que sus creencias religiosas incidan en las decisiones relacionadas con las políticas públicas cuando se debaten temas de derechos sexuales y reproductivos, particularmente el aborto.

Finalmente, Rosa tuvo acceso a un aborto seguro en una clínica particular, puesto que ningún hospital público accedió a hacerlo. Debido al estigma y a las posibles represalias en su contra, los médicos que practicaron el aborto lo hicieron con la condición de permanecer anónimos. El caso generó considerable cobertura por la prensa y un aumento en el debate sobre la ley de aborto en toda la región.

se someten a estos procedimientos suelen acudir a los centros de salud en estado crítico.

Un reciente fenómeno inquietante para las ONG es el número de mujeres que mueren por envenenamiento con pesticidas. Las mujeres toman tabletas baratas, que se venden en los mercados para inducir un sangrado, y terminan envenenadas, con frecuencia de manera mortal. Aun cuando estas muertes incluyen mujeres embarazadas que deseaban interrumpir su embarazo, no son registradas como muertes a consecuencia de aborto, sino como suicidios o muertes por causas accidentales, lo cual contribuye al sesgo que oscurece las muertes por aborto en las estadísticas de mortalidad materna (McNaughton et al., 2003).

Las personas entrevistadas señalaron el temor a la reacción de los grupos conservadores como un factor constante que impide mayores gestiones por parte del MINSA y un mayor compromiso de los establecimientos de salud. Bajo estas circunstancias, será difícil lograr una verdadera implementación de los servicios de salud reproductiva o cumplir con la agenda de la CIPD.



Armando Wadki/Pan American Health Association

“Hubo muchas acciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos porque hubo colectivos que se expresaron, como los médicos, algunos integrantes de partidos políticos y organizaciones que no eran exclusivamente las de las mujeres.” —persona entrevistada en Uruguay

La tasa de crecimiento poblacional de Uruguay, de 0.6%, es una de las más bajas de Latinoamérica (UNDP, 2003; Instituto Nacional de Estadística, 2001). En Uruguay, el 91% de la población es urbana (Instituto Nacional de Estadística, 2001) y la tasa de mortalidad materna tradicionalmente ha sido baja (UNDP, 2003). Existía una clase media grande hasta hace poco cuando el país experimentó una crisis económica. Esta crisis forzó a muchas personas que antiguamente pertenecían a la clase media, y que acostumbraban pagar un seguro de salud para ser atendidas en servicios semi-privados, a utilizar los establecimientos de salud del sector público, lo que ha puesto presión sobre este sistema, que no estaba preparado para lidiar con el flujo de clientes. Por otro lado, el Seguro Médico Nacional, propuesto como parte de la reforma del sector salud, no ha sido lanzado debido a falta de fondos (CLADEM-Uruguay y MYSU, 2003).

La conferencia celebrada en El Cairo generó varios cambios en Uruguay. En 1996, el Estado —mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Intendencia de Montevideo— empezó a prestar servicios de planificación familiar, que anteriormente habían sido cubiertos exclusivamente por la afiliada local de la Federación Internacional de Planificación de la

### Indicadores de población:

Población total (millones) 2001: 3.4\*

Tasa de crecimiento poblacional anual (%) 2000-2015: 0.6\*

Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) 2001: 14\*

Tasa de fecundidad total (por cada mujer) 2000-2005: 2.3\*

### Indicadores socioeconómicos:

Población que vive por debajo de la línea nacional de pobreza (%) 1987-2000: NA

Habitantes menores de 15 años de edad (como % del total) 2001: 24.7\*

Producto interno bruto (PIB) por persona (PPA US\$) 2001: \$8,400\*

Gasto público en salud (como % del PIB) 2000: 5.1\*

Gasto en salud por persona (PPA US\$) 2000: 1,007\*

Médicos (por cada 100,000 habitantes) 1990-2001: 375\*

Estadísticas de Uruguay

Familia (IPPF). Inicialmente, la UNFPA proporcionaba fondos para el suministro de métodos anticonceptivos, pero hace algún tiempo retiró su apoyo de los programas de planificación familiar de Uruguay. Los anticonceptivos ahora se compran con fondos nacionales, pero la cobertura no es uniforme; fuera de Montevideo hay serias limitaciones. Después de mediados del 2003, la anticoncepción de emergencia (AE) se incluyó en el programa de salud reproductiva del MSP y ha sido suministrada por la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). Aunque está disponible y es legal, la AE es costosa y no muy bien conocida. Resulta muy difícil obtener recursos internacionales para fortalecer los proyectos de salud reproductiva.

El concepto de salud y derechos reproductivos comenzó a ampliarse en Uruguay a partir de la CIPD. Para el año 2000, la salud reproductiva había sido incorporada a los servicios básicos de atención a la salud de la mujer. Las personas entrevistadas señalaron que hoy en día se encuentran servicios aceptables de salud reproductiva en todos los departamentos del país, aunque funcionan mejor en Montevideo donde radica el 50% de la población.

En Uruguay, las ONG de mujeres mencionaron la importancia de utilizar la agenda de la CIPD para fomentar cambios en las políticas gubernamentales relativas al aborto. Otras señalaron la utilidad de referirse tanto al Programa de Acción de la CIPD como a la Plataforma de Acción de Beijing, que recomienda modificar las leyes que castigan a las mujeres que se someten al aborto. Muchas de las personas entrevistadas piensan que el Programa de Acción de la CIPD es insuficiente, puesto que trata al aborto únicamente como un problema de salud sin dirigirse a la justicia social y a los derechos de las mujeres.

El sistema de salud uruguayo es atípico en América Latina, con una mezcla de servicios de los sectores tanto público como privado que funcionan bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública (MSP). No obstante, el Estado es uno de los principales prestadores de servicios de salud, mediante el MSP y los establecimientos de Sanidad Militar y Sanidad Policial, además de las instituciones semi-privadas de asistencia médica colectiva pre-pagada, denominadas mutuales. Hasta 1995, el sector público ofrecía

## Indicadores de salud reproductiva:

Número de mujeres de 15 a 44 años de edad (totales para 1995-2000): 705,489°

Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (%) 1995-2001: NA

Razón de mortalidad materna (por cada 100,000 nacidos vivos) 1995: 50\*

Embarazos (total para 1995-2000): 598,305°

Partos (totales para 1995-2000): 343,475°

Partos atendidos por personal de salud calificado (%) 1995-2001: 99\*

Mujeres que reciben atención prenatal (%) 80°

Abortos (total para 1995-2000): 165,084°

Muertes maternas (sin incluir las muertes a consecuencia del aborto) (total para 1995-2000): 172°

Muertes maternas a consecuencia del aborto (total para 1995-2000): 161°

Embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 192,562°

Partos imprevistos (total para 1995-2000): 27,478°

Muertes a consecuencia de embarazos imprevistos (total para 1995-2000): 162°

\* UNDP Human Development Indicators, 2003. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

o Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world.* Washington, DC, GHC.

o Population Action International. 2001. *The PAI Report Card.* [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).

cobertura de salud al 41% de la población de Uruguay. Debido a la crisis económica, ahora cubre aproximadamente la mitad de la población total. Según los datos del Sindicato Médico del Uruguay, en el año 2003, casi 300 ciudadanos perdían su cobertura de salud a diario y eran absorbidos por el sector público o permanecían sin cobertura de salud. Hoy en día, sólo el 5% más rico de la población utiliza los servicios del sector privado.

La atención a la salud de las mujeres es cubierta por dos programas: el Programa de Salud Integral de la Mujer, que incluye planificación familiar y anticoncepción, y el Programa de Atención Integral de la Mujer dirigido por la Intendencia Municipal de Montevideo, que incluye el embarazo, el parto, el período posparto, la menopausia y la anticoncepción. En Uruguay no existen programas específicos de salud reproductiva para la juventud, lo cual se refleja en tasas cada vez más altas de embarazo adolescente: el 16.5% en el año 2001 (UDELAR, 2001).

## La ley de aborto

Bajo el Código Penal de Uruguay, que data del 1938, el aborto está prohibido. Sin embargo, el Código estipula que en dos casos la persona que practica el aborto y la mujer que se somete al aborto no serán castigados: cuando el embarazo es producto de violación y cuando el aborto es practicado por causas graves de salud o para salvar la vida de la mujer embarazada. En el primer caso, el aborto debe efectuarse durante los primeros tres meses del embarazo; en el segundo caso, puede efectuarse en cualquier momento durante el embarazo. En ambos casos, debe ser practicado por un médico. Asimismo, si el aborto es practicado por un médico durante los primeros tres meses del embarazo para salvar el “honor” de la mujer o por razones de angustia económica, el juez puede disminuir la pena impuesta.

Según una de las personas entrevistadas, en la maternidad más importante de Montevideo, el Hospital Pereira Rossell, la tasa de mortalidad materna a consecuencia del aborto realizado en condiciones de riesgo aumentó en un 47% en 2001. Este repentino y radical aumento llamó la atención de muchas personas del sector médico, incluido el Sindicato Médico y el Consejo de la Facultad de Medicina, y los llevó a tomar medidas al respecto. Lanzaron una amplia investigación pública del impacto del aborto inseguro en la mortalidad materna y realizaron gestiones para impedir las muertes maternas evitables. Estudiaron las actitudes profesionales hacia el aborto, así como el principio de confidencialidad, que algunos profesionales violaban al denunciar a las mujeres que se sometían a abortos inducidos. Formaron un grupo denominado Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, y publicaron un libro que describe las consecuencias del aborto inseguro.

En 2001, el sector médico redactó normas pre- y postaborto con el fin de abordar el aumento de abortos practicados en condiciones de riesgo como un factor relacionado con la mortalidad materna. Las normas pre-aborto hacen referencia a la consejería en los servicios de salud respecto a las opciones disponibles a las mujeres con embarazos no deseados.

Las ONG de mujeres, que tienen un largo historial de colocar el tema del aborto en el debate público, ayudaron a construir una gran alianza nacional para apoyar una propuesta legislativa con el objetivo de reformar la ley de aborto y formular lineamientos que definan la atención en los establecimientos de salud. La coalición incluye organizaciones médicas, ONGs de mujeres, parlamentarios, partidos políticos, académicos médicos, diversos grupos religiosos (afroumbandistas, evangélicos, metodistas y grupos judíos), sindicatos, redes de jóvenes y grupos de derechos humanos. La coalición logró reforzar los esfuerzos de mujeres legisladoras que anteriormente habían formado la Comisión de Equidad de Género en el Parlamento y dirigido los esfuerzos por la reforma de la legislación. La Ley de Defensa de la Salud Reproductiva<sup>5</sup>, que autorizaría, a petición de la mujer, la interrupción voluntaria del embarazo

hasta las 12 semanas de gestación, fue aprobada por la Cámara de Diputados de Uruguay en 2002. Pese a las encuestas de opinión pública que indican un amplio apoyo, en mayo de 2004 el Senado votó en contra del proyecto de ley. Los activistas continuarán creando mayor conciencia de este asunto entre el pueblo uruguayo a medida que se forme un nuevo gobierno después de las elecciones presidenciales más adelante en el año 2004.

Antes de la CIPD, durante la década de los ochenta, hubo varios intentos de despenalizar el aborto, pero ninguno de ellos llegó más allá de las deliberaciones de comisiones del congreso. En 1985, 1993, 1994 y 1998, se realizaron nuevos intentos, pero éstos no alcanzaron el nivel de debate. Los últimos esfuerzos han llevado el debate al Congreso por primera vez.

El debate público en torno a la ley de aborto en Uruguay no tiene precedentes y ha incluido amplias discusiones de los conceptos de democracia, ciudadanía y del derecho de las mujeres a la salud. La cobertura del aborto por parte de la prensa y los programas de radio ha sido bien acogida, con altos puntajes cuando se transmiten programas sobre el aborto. Las iglesias Católica y Pentecostal, así como el *Opus Dei*, un grupo fundamentalista que tiene influencia económica en Uruguay, han trabajado de forma agresiva para impedir este proceso, pero no han tenido mucho éxito porque el tema de aborto se ha tratado como un problema de salud pública.

## La atención postaborto (APA)

La accesibilidad y cobertura de la APA en Uruguay se limita principalmente a las áreas urbanas y no se incluye específicamente en los esfuerzos de salud reproductiva, aunque las personas representantes de ONGs señalaron que tanto el MSP como la IMM planean incluir la APA en sus servicios de salud. Hasta la reciente creación de normas pre- y postaborto, la APA no era regulada. Asimismo, la AMEU se utiliza de forma muy limitada. El legrado uterino instrumental se usa en casos de urgencia, con anestesia y hospitalización. Tanto los profesionales médicos como las ONG indicaron que las mujeres temen ser denunciadas y, por tanto, acuden a los establecimientos de salud a último momento en busca de atención médica. Cuando una mujer presenta complicaciones, por lo general recibe tratamiento pero rara vez se le proporciona métodos anticonceptivos o se le remite a otros servicios.

Ningún currículo de universidad, medicina, enfermería u obstetricia incluye la salud sexual o reproductiva, pero se han creado algunos programas extracurriculares y, en 2003, los residentes médicos empezaron a recibir cursos sobre anticoncepción y APA. La atención postaborto no está incluida en la capacitación de los prestadores de servicios de salud en el trabajo, y muy pocos profesionales de la salud han recibido capacitación en AMEU. En 2002, Mujer y Salud (MYSU), una coalición de ONGs de mujeres, proporcionó capacitación en APA para 30 prestadores de servicios de salud del Hospital Pereira Rossell, la municipalidad de Montevideo y el MSP.

## El aborto inducido

Las personas entrevistadas señalaron que en Uruguay existen muchas clínicas de aborto clandestino. Si una mujer cuenta con los medios, puede obtener un aborto seguro, aunque sea ilegal. De lo contrario, las mujeres acuden a curanderos tradicionales o a prestadores de servicios no calificados, o se auto-inducen el aborto. Asimismo, las personas entrevistadas indicaron que un aborto seguro, pero ilegal, cuesta entre \$200 y \$800 dólares estadounidenses. El salario mínimo en Uruguay es de aproximadamente \$12.50 dólares estadounidenses por hora (Instituto Nacional de Estadística, 2003).

# La agenda inconclusa

Debido al clima político conservador que impera en la mayoría de los países latinoamericanos y a los recientes esfuerzos de estos grupos por retrasar los avances en la región, es imperativo reafirmar los compromisos adquiridos a partir de la CIPD. Debe hacerse hincapié en la relevancia de los derechos de las mujeres a la vida y a la salud. Aún falta demasiado por hacer en América Latina para garantizar que las mujeres tengan acceso a la información y los servicios de alta calidad que necesitan a fin de manejar su propia fecundidad. Las ONG y los gobiernos pueden y deben efectuar cambios para implementar plenamente las recomendaciones de los párrafos 8.25 y 63iii de la CIPD.

Entre las medidas primordiales mediante las cuales los gobiernos y las ONG pueden cumplir con los compromisos adquiridos a partir de la CIPD con respecto a la salud reproductiva y al aborto figuran:

## En cuanto a promover el acceso a la atención médica; promover la capacitación y crear conciencia pública:

**Garantizar que se presten servicios de APA de alta calidad**, incluido el tratamiento, métodos anticonceptivos y consejería, al nivel más local posible, tanto para las mujeres que presentan aborto espontáneo como para quienes presentan complicaciones de un aborto clandestino, y que dichos servicios no castiguen a las mujeres.

**Para todas las causales de interrupción legal del embarazo, garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto seguro**, confidencial, de alta calidad y a precios asequibles, de preferencia practicados con la aspiración endouterina o con métodos médicos, según recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003).

**Garantizar que la gama completa de métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia, esté disponible para todas las personas** en su comunidad, con énfasis especial en las mujeres que afrontan barreras al acceso, tales como las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales.

**Garantizar que todos los profesionales de la salud calificados**, incluidos los prestadores de servicios de salud de nivel intermedio, **sean capacitados** en atención del aborto y que se tomen otras medidas para garantizar que las mujeres y la comunidad se informen y empoderen para utilizar métodos anticonceptivos, servicios de aborto seguro y atención postaborto. Del mismo modo, vigilar que los profesionales de la salud sean informados de su mandato respecto de prestar servicios. Los servicios de aborto deben ser prestados de conformidad con las normas emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003).

## En cuanto a actividades de gestoría y defensa de normatividades y políticas públicas:

**Eliminar las barreras médicas y administrativas innecesarias** que atrasan o restringen el acceso a los servicios de salud reproductiva. Entre éstas figuran las leyes, las políticas y los reglamentos que podrían impedir el acceso a los servicios, limitar innecesariamente las funciones del personal de salud, prohibir la prestación de algunos servicios o restringir la importación de fármacos y tecnologías esenciales.

**Resistir las tendencias conservadoras hacia la restricción de leyes y políticas de aborto y anticoncepción**, que llevan a niveles innecesariamente altos de mortalidad materna a consecuencia del aborto practicado en condiciones de riesgo, o a barreras a la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Reafirmar los compromisos de los gobiernos y donantes con las recomendaciones de la CIPD **exigiendo la implementación de programas y el financiamiento correspondiente**. En vista de la notable función que los grupos defensores y promotores de la salud y los derechos de las mujeres han desempeñado en el cumplimiento de los objetivos de la CIPD, su financiamiento no debe disminuirse aun más.

**Crear alianzas** e incrementar la colaboración entre los grupos de mujeres, las comunidades médica y jurídica y los grupos que trabajan por promover los derechos y la salud de las mujeres indígenas, adolescentes, mujeres que viven con VIH/SIDA y las sobrevivientes de violencia intrafamiliar y violencia sexual.

**Fortalecer las investigaciones** sobre la incidencia, el costo y el impacto del aborto inseguro y su contribución a la mortalidad materna, y fomentar el uso de datos para incidir en las gestiones de los formuladores de políticas y de las personas interesadas en el tema, incluida la comunidad médica.

La salud reproductiva es una parte fundamental de la vida de toda mujer. El acceso a los métodos anticonceptivos modernos y a los servicios de aborto seguro y legal es esencial para las mujeres que toman sus propias decisiones respecto a su fecundidad. El reconocimiento en la CIPD de la importancia de garantizar que los servicios de aborto legal se presten en condiciones adecuadas y de tratar el tema del aborto inseguro como un grave problema de salud pública, es un paso vital para destacar la importancia de este tema. En Latinoamérica, así como en otras partes del mundo, el debate en torno al aborto debe distanciarse de los aspectos morales para centrarse en el aborto seguro como una necesidad social y como un derecho de las mujeres.

Es esencial lidiar con el sufrimiento y las muertes evitables a consecuencia del aborto. Para ello, es necesario empoderar a las mujeres e invertir aun más en transformar las normas culturales con el fin de afectar de manera positiva la condición social de las mujeres. Los países latinoamericanos deben reafirmar su compromiso con la salud y los derechos de las mujeres y volver a dedicar esfuerzos a garantizar que todas las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. Las mujeres no podrán ejercer plenamente sus derechos humanos básicos sino hasta que verdaderamente gocen de sus derechos sexuales y reproductivos.

# Notas

- 1 La OMS define al aborto en condiciones de riesgo como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, ya sea practicado por personas sin las calificaciones necesarias o practicado en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambas cosas (OMS, 1992).
- 2 Se dice que las mujeres que desean evitar un embarazo pero que no usan métodos anticonceptivos tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción. Por lo menos 120 millones de las mujeres que viven en países en desarrollo desean aplazar la maternidad o limitar el tamaño de su familia pero no practican la planificación familiar (Population Council, sin fecha).
- 3 Los prestadores de servicios de salud de nivel intermedio son personal de salud no médicos —tales como obstetrices, enfermeras practicantes, funcionarios clínicos, asistentes médicos y otros—, cuyas calificaciones y responsabilidades difieren entre países, pero quienes son capacitados en la práctica de procedimientos clínicos básicos relacionados con la salud reproductiva, incluido el examen pélvico bimanual para confirmar el embarazo y determinar la posición del útero, la ecografía y los procedimientos transcervicales. Este tipo de personal puede ser capacitado en la práctica del aborto en el primer trimestre (OMS, 2003).
- 4 El salario mínimo en Bolivia es de \$67 dólares estadounidenses al mes (The Democracy Center, 2003).
- 5 El proyecto de Ley de Defensa de la Salud Reproductiva fue aprobado por la Cámara de Diputados de Uruguay el 10 de diciembre de 2002. Dicha ley asigna al Estado la responsabilidad de garantizar las condiciones para que toda persona pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la promoción de la educación sexual, la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsables, así como la disminución de la tasa de mortalidad materna. En un artículo se incluye la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación (es decir, a petición de la mujer). Otros temas tratados en relación con el aborto son la consideración de una edad gestacional más avanzada en casos de riesgo a la salud o de malformaciones congénitas, el reconocimiento del padre, la madre o el tutor en casos de menores, la intervención de un juez en casos de que no haya concordancia entre la menor y el adulto, la consideración del aborto como acto médico (en vez de como acto de lucro) dentro de los límites de las políticas de salud pública, y la objeción de conciencia por parte de los profesionales médicos, pero no de los establecimientos de salud. El único aborto penalizado sería el que se practique sin el consentimiento de la mujer.

## Definiciones estadísticas y acrónimos

**Abortos:** Calculado a partir de la tasa de abortos y el número de mujeres de 15 a 44 años de edad.

**Embarazos:** Abortos + pérdida fetal + partos.

**Embarazos imprevistos:** Partos imprevistos + abortos.

**Gasto en salud por persona (PPA US\$):** La suma de los gastos público y privado (en PPA US\$), dividida entre la población. El gasto en salud incluye la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y los auxilios de urgencia designados para la salud, pero excluye el suministro de agua y saneamiento. Ver gasto público en salud y PPA.

**Gasto público en salud (como % del PIB):** Gasto corriente y en capital de los presupuestos gubernamentales (centrales y locales), préstamos y subvenciones externas (incluidas las donaciones de organismos internacionales y de organizaciones no gubernamentales), y fondos sociales (u obligatorios) para el seguro médico. Sumados al gasto del sector privado en salud, hacen el total del gasto en salud. Ver gasto en salud por persona (PPA US\$).

**Médicos (por cada 100,000 habitantes):** Incluye a las personas graduadas de una facultad de medicina que trabajan en un campo médico (incluidas la enseñanza, la investigación y la práctica).

**Muertes a consecuencia de embarazos imprevistos (total):** Muertes maternas a consecuencia

de embarazos imprevistos que no terminan en abortos + número de muertes maternas a consecuencia del aborto.

**Muertes maternas a consecuencia del aborto:** Calculadas según los partos y la razón de mortalidad a consecuencia del aborto inseguro por cada 100,000 nacidos vivos.

**Muertes maternas:** Calculadas de acuerdo a los partos y la razón de mortalidad materna (RMM).

**Partos:** Calculados a partir de la población y el índice de natalidad.

**Partos atendidos por personal de salud calificado (%):** El porcentaje de partos atendidos por personal capacitado (incluidos médicos, personal de enfermería y obstetras) para brindar la atención necesaria, supervisión y consejos a las mujeres durante el embarazo, parto y período posparto, para atender los partos por sí mismos y para atender a los recién nacidos.

**Población total (millones):** La población de facto, que incluye a todos los habitantes presentes en determinada área en un momento dado.

**PPA:** Paridad de poder adquisitivo. Poder adquisitivo se refiere a la capacidad de compra de bienes y/o servicios, o a la cantidad de bienes y servicios que puede comprar una unidad monetaria. En tiempos de inflación, el poder adquisitivo se deprecia debido a la disminución del valor de la moneda. La paridad del poder adquisitivo toma en cuenta el tipo de cambio más justo entre dos monedas como aquel en que se tiene un poder adquisitivo interno equivalente. Es decir, un bien idéntico en los países implicados debería costar lo mismo después del ajuste de la diferencia del valor de las dos monedas.

**Razón de mortalidad materna (RMM) (por cada 100,000 nacidos vivos):** El número anual de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100,000 nacidos vivos. Los datos aproximados se basan en los datos nacionales disponibles y son ajustados para los problemas bien documentados de subregistro y clasificación errónea de las muertes maternas o, donde no se dispone de datos nacionales, en cálculos basados en modelos.

**Tasa de crecimiento poblacional anual (%):** La tasa media de crecimiento exponencial anual para el período indicado. Ver población total.

**Tasa de fecundidad total (por mujer):** El número de hijos que tendría una mujer si fuera a vivir hasta el final de sus años fértiles y a tener hijos en cada edad de conformidad con las tasas de fecundidad predominantes para una edad específica.

**Tasa de mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos):** La probabilidad de morir durante el primer año de edad, expresada por cada 1,000 nacidos vivos.

**Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (%):** El porcentaje de mujeres unidas (casadas o no) de 15 a 49 años de edad que están utilizando, o cuya pareja está utilizando, alguna forma de anticoncepción, ya sea moderna o tradicional.

**AE** – Anticoncepción de emergencia

**AMEU** – Aspiración manual endouterina

**CIPD** – Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

**CLADEM** – Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer

**CONAPO** – Consejo Nacional de Población (México)

**D&C** – Dilatación y curetaje

**FEBRASGO** – Federación Brasileña de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia

**FIGO** – Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

**FLASOG** – Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

**ITS** – Infecciones de transmisión sexual

**LUI** – Legrado uterino instrumental

**MINSA** – Ministerio de Salud de Nicaragua  
**MSP** – Ministerio de Salud Pública (en Uruguay)  
**ONG** – Organización no gubernamental  
**SIDA** – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
**SONIGOB** – Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia  
**UNFPA** – Fondo de Población de las Naciones Unidas  
**USAID** – Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## Fuentes

Åhman, Elisabeth e Iqbal Shah. 2002. Unsafe abortion: Worldwide estimates for 2000. *Reproductive Health Matters*, 10(19).

Alan Guttmacher Institute (AGI). 1996. Issues in brief: An overview of clandestine abortion in Latin America. Disponible en el sitio Web: [www.agi-usa.org/pubs/ib12.html](http://www.agi-usa.org/pubs/ib12.html).

ARCOP (Análisis de resultados de comunicación y de opinión pública). 1999. *Estudio de opinión pública sobre aborto en el Distrito Federal*. México, ARCOP.

Brazilian Institute of Geography and Statistics. 2004. 2000 census data. Disponible en el sitio Web: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

Camacho, Alma Virginia, Susanna Rance, Mariana Abernathy y Alexia Escóbar. 1995. *From 'The Blood of the Condor' to Cairo: Abortion and reproductive health policy in Bolivia*. Ponencia en la Reunión de la Asociación Americana de Salud Pública, 1 de noviembre de 1995.

Centro de Derechos Reproductivos. 2004. U.S. Abstains from resounding reaffirmation of reproductive rights. Disponible en el sitio Web: [www.reproductiverights.org/worldwide.html](http://www.reproductiverights.org/worldwide.html)

Centro de Derechos Reproductivos. 2003a. *The world's abortion laws 2003*. Nueva York, CRR.

Centro de Derechos Reproductivos. 2003b. *The Bush Global Gag Rule: A violation of international human rights*. Nueva York, CRR.

Centro de Estudios de Opinión. 2000. *Estudio para conocer la percepción de la población del Estado de Guanajuato sobre la penalización de la práctica del aborto: conclusiones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

CLADEM-Uruguay y MYSU. 2003. *Derechos sexuales y derechos reproductivos en Uruguay, diagnóstico nacional y balance regional*. Montevideo, Uruguay, CLADEM.

Coeytaux, Francine. 2002. Aborto médico. La Boletina, servicio de noticias electrónicas de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, número especial para el 28 de septiembre.

The Democracy Center. 2003. Bechtel vs. Bolivia: Cochabamba's water bills from Bechtel. Disponible en el sitio Web: [www.democracyctr.org/bechtel/waterbills](http://www.democracyctr.org/bechtel/waterbills)

Faúndes, Anibal. 2004. Aborto inducido: Conhecimento, atitude e prática de ginecologistas e obstetras no Brasil. *Femina*, 32(1).

García Romero, Horacio, et al. 2000. Encuesta de 3021 empleados del Gobierno Federal. *Ginecología y obstetricia de México*, 68.

Global Gag Rule Impact Project. 2003. Access denied: US restrictions on international family planning. [www.globalgagrule.org](http://www.globalgagrule.org) (última vez que fue consultado: 9 de octubre de 2003).

Global Health Council. 2002. *Promises to keep: The toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world*. GHC, Washington, DC.

Henshaw, Stanley, Susheela Singh y Taylor Haas. 1999. The incidence of abortion worldwide. *International*

- Family Planning Perspectives*, 25 (suplemento).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2003. Banco de datos, República Oriental del Uruguay. Disponible en el sitio Web: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy).
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2001. República Oriental del Uruguay, indicadores demográficos. Disponible en el sitio Web: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2001. *Encuesta Nicaragüense de demografía y salud*. Managua: INEC.
- Ipas Bolivia. Sin fecha. Ipas Gerencial (base de datos).
- Ipas Brasil. Sin fecha. Disponible en el sitio Web: [www.ipas.org.br/servicos.html](http://www.ipas.org.br/servicos.html).
- Ipas Nicaragua. 2003. *Un diagnóstico nacional de la atención postaborto*.
- McNaughton, Heathe Luz, Karen Padilla y Diony Fuentes. 2003. *El acceso al aborto terapéutico en Nicaragua*. Managua, Nicaragua, Ipas Centroamérica.
- Ministério da Saúde. 2004. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil. Website do Sistema Único de Saúde. Disponible en el sitio Web: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defpto-htm.exe?sih/cnv/piuf.def>.
- Ministério da Saúde. 2001. *Portaria nº 48 de 13 de Agosto de 2001*. Brasília.
- Ministério da Saúde. 2000. *Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000*. Brasília.
- Ministério da Saúde. 1999. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma Técnica. 1ª Edição. Brasília.
- Ministerio de Desarrollo Humano y Secretaría Nacional de Salud. 1996. *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*. Revisión Bibliográfica. La Paz.
- Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL), OPS y OMS. 2000. *Indicadores básicos en salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra, OMS. Disponible en el sitio Web: [www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/Safe\\_Abortion.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992. *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical working group, Geneva, 12-15 April, 1992*. Ginebra, OMS. WHO/MSM/92.5.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1998. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data, third edition*. Ginebra, OMS.
- Population Action International (PAI). 2001. The PAI Report Card. Disponible en el sitio Web: [www.populationaction.org/](http://www.populationaction.org/).
- Population Council. Sin fecha. Fertility and reproductive behaviour: Unmet need for contraception. Disponible en el sitio Web: [www.popcouncil.org/ppdb/unmetneed.html](http://www.popcouncil.org/ppdb/unmetneed.html).
- Population Council. 2003. *El aborto en México*. México, Population Council.
- Population Council. 2000a. *Encuesta de aborto en Guanajuato*. México, Population Council.
- Population Council. 2000b. *¿Qué piensan y opinan las y los mexicanos sobre el aborto?: Resultados de una encuesta nacional de opinión pública*. México, Population Council.
- Salud Pública de México*, “Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2001”, *Salud Pública de México*, Vol. 45, N.º 4, México, julio-agosto, 2003, pp. 310-327.
- Torres, José Henrique Rodrigues. 2003. Legal issues on care for sexual violence: A consultation to the Ministry of Health. Disponible en el sitio Web: [www.ipas.org.br/arquivos/Torres\\_2003.doc](http://www.ipas.org.br/arquivos/Torres_2003.doc).
- UDELAR. 2001. Estudio de Varela, Carmen, del programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en el sitio Web: [www.reachingu.org/estad.html](http://www.reachingu.org/estad.html).
- UNDP. 2003. Human development indicators. Disponible en el sitio Web: [www.undp.org](http://www.undp.org).

