

Resumen Ejecutivo

mi CUERPO
mi TERRITORIO



Articulación Regional
de Organizaciones de la
Sociedad Civil de América Latina
y El Caribe **Cairo+20**

Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

Documento de Referencia

Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de
América Latina y el Caribe

EQUIPO DE TRABAJO:

Agustina Ramón Michel y Mariana Romero (CEDES)

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Silvina Ramos (CEDES) y Ana Cristina González Vélez

Con la colaboración de Susana Chávez (PROMSEX)

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.com

Marzo de 2014

*Este documento fue posible gracias al apoyo del American
Jewish World Service y de la Fundación Ford.*

Contenido

- Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 20145

- Objetivos del documento6
 - a) Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes8
 - Análisis de los indicadores8
 - Análisis de políticas.....8
 - Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticonceptivos8
 - Educación sexual 10
 - Embarazo adolescente 10

 - b) Diversidad sexual: Identidad/orientación sexual/de género 11
 - Análisis de indicadores..... 11
 - Análisis de políticas..... 11

 - c) Anticoncepción 12
 - Análisis de indicadores..... 12
 - Análisis de políticas..... 13
 - Información 13
 - Acceso..... 14

 - d) Salud materna..... 15
 - Análisis de indicadores..... 15
 - Análisis de políticas..... 16

e) Interrupción voluntaria del embarazo.....	18
Análisis de indicadores.....	18
Análisis de políticas.....	18
f) Cánceres cervicouterino y mamario	20
Análisis de indicadores.....	20
Análisis de políticas.....	20
g) Violencia de género y sexual.....	21
Análisis de indicadores.....	21
Análisis de políticas.....	22
h) Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.....	24
Análisis de indicadores.....	24
Análisis de políticas.....	25
Conclusiones	27
Referencias bibliográficas	33

Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

La IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 constituyó un cambio de paradigma en la relación entre población y desarrollo, al pasar del control demográfico al enfoque de derechos. Se proyectaron nuevas relaciones entre las dinámicas demográficas, la sustentabilidad ambiental y los derechos, en especial, los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSR) de las mujeres, adolescentes y jóvenes. Los Estados expresaron su compromiso, y desde la sociedad civil hemos trabajado de forma persistente y comprometida para implementar y enriquecer la agenda de CIPD.

Más de cincuenta redes, coaliciones, campañas y organizaciones de los movimientos de América Latina y el Caribe (LAC) se agruparon en la Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe (Articulación Regional). Desde esta instancia se ha generado un proceso político de alto impacto en la implementación de la agenda del Programa de Acción de la CIPD (PA-CIPD). La Articulación Regional está convencida de que el proceso de CIPD ha logrado muchos avances, pero que se mantiene abierto, con deudas pendientes y nuevos retos por delante.

Este documento técnico tiene como propósito dar cuenta del cumplimiento del PA-CIPD y sumar reflexiones para la agenda de población y desarrollo después de 2014.

Objetivos del documento

1. Describir y analizar el grado de cumplimiento de los compromisos PA-CIPD en relación a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en LAC:
 - 1.1. Análisis de situación en base a los indicadores de iniciativas regionales y globales (Análisis de indicadores);
 - 1.2. Análisis del estado de cumplimiento en base a las políticas de SDSR (Análisis de políticas).
2. Identificar los temas vacantes y desafíos de la agenda futura, más allá de 2014.

De acuerdo al PA-CIPD, se definieron estos **ejes temáticos**:

- a) *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes*: acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticonceptivos, educación sexual, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- b) *Diversidad sexual*: Identidad/orientación sexual/de género: acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- c) *Anticoncepción*: información y acceso a métodos anticonceptivos, prevalencia del uso, necesidad insatisfecha, embarazo no deseado.
- d) *Salud materna*: embarazo, parto y puerperio: atención de la salud materna y morbilidad materna.
- e) *Interrupción voluntaria del embarazo*: prevención y atención del aborto inseguro, información sobre aborto seguro, atención del aborto legal.
- f) *Cánceres cervicouterino y mamario*: prevención y tratamiento.
- g) *Violencia de género y sexual*: prevención, atención integral.
- h) *Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA*: prevención y tratamiento.

Para el desarrollo del objetivo 1.1. se seleccionaron iniciativas de nivel regional o global que tuvieran específicamente el seguimiento del PA-CIPD como propósito o que hayan surgido de acuerdos posteriores de los Estados que conforman las Naciones Unidas, y cuyos objetivos afectan la SDSR:

- Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD (CEPAL).
- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL).
- ISOQuito.
- Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS).
- Seguimiento de las Metas Globales del Milenio (Naciones Unidas).
- Global Health Observatory (OMS).
- Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative.
- Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas¹.

Para el desarrollo del objetivo 1.2. se llevó a cabo una revisión bibliográfica que cubrió los informes presentados por la sociedad civil de cada país² (informes país), y también los documentos y reportes regionales³ realizados con miras al seguimiento de Cairo +20.

1 Ver: <<http://celade.cepal.org/redatam/pryresp/cairo/>>; <<http://www.eclac.cl/oig/adecisiones/>>; <http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234>; <<http://www.devinfo.info/>>; <http://www.who.int/gho/health_equity/en/index.html>; <<http://www.who.int/pmnch/en/>>; <<http://www.everywomaneverychild.org/>>.

2 Argentina, Brasil, Colombia, Perú, Uruguay, Nicaragua.

3 Declaraciones regionales de la sociedad civil en los procesos de revisión del PA-CIPD (1994-2014); Informes por país de la sociedad civil

El análisis de los ejes temáticos indica:

a) Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Análisis de los indicadores

- Las mujeres adolescentes y jóvenes conforman el 50% de las mujeres en edad fértil de la región. Los indicadores dan cuenta de su contribución a la fecundidad general y no necesariamente del abordaje integral y de promoción de derechos que merecen.
- Entre el 10 y el 20% de las adolescentes de la región están embarazadas o ya tienen un hijo, proporción que no se ha modificado en las últimas tres décadas. El porcentaje es aún mayor cuando la adolescente no tiene instrucción formal o es indígena.
- Las estimaciones indican que su necesidad no satisfecha de planificación familiar es mayor que la necesidad de otras mujeres del mundo.
- La ausencia de datos desagregados por franja etaria (10-14 y 15-19 años) invisibiliza algunos problemas específicos e impacta en el diseño de políticas y programas.

Análisis de políticas

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticonceptivos

- Se han reformado constituciones, se han ratificado tratados de derechos humanos y aprobado leyes de salud, SDSR y otras normas que incorporan a adolescentes y jóvenes reconociéndoles una autonomía progresiva bajo el enfoque de derechos. Sin embargo, numerosas normas, regulaciones y protocolos hospitalarios no refle-

sobre la evaluación de la implementación del PA de la CIPD en América Latina y el Caribe a 20 años de la Conferencia; Informe regional de América Latina y el Caribe sobre la encuesta mundial sobre el cumplimiento del programa de acción de CIPD y su seguimiento después de 2014 (CEPAL); otros informes regionales y globales elaborados por organismos de Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil sobre la evaluación de la implementación del PA-CIPD en América Latina y el Caribe a 20 años de la Conferencia.

jan este paradigma, sino que mantienen una perspectiva paternalista de «menores» (RSMLAC 2013). Además, varios de los instrumentos de políticas públicas están diseñados como si los adolescentes fueran sexualmente pasivos (Articulación Regional Feminista 2011).

- La titularidad de DSR también está minada por las ambigüedades jurídicas y por la falta de especificidad de los marcos legales y de las políticas propias de los países.
 - Atención del aborto: las adolescentes enfrentan serias barreras para obtener una atención adecuada, debido a restricciones formales o informales vinculadas a su «estatus» de adolescentes (Informes países; UNFPA 2013).
 - Abuso y consentimiento: si bien las legislaciones penales establecen sanciones a todo acceso carnal en mujeres menores de 12-14 años, las normas civiles fijan la edad de consentimiento general entre los 12 y los 14 años. Esta contradicción hace que los profesionales se sientan desorientados al momento de recibir casos de adolescentes de 13-14 años de edad.
 - Anticoncepción: exigencia del consentimiento de los cuidadores como protección de los profesionales frente a potenciales problemas legales (Informes países; UNFPA 2010).
- El discurso sobre la importancia de la salud integral de los adolescentes no se ha traducido en prioridades presupuestales ni en inversión en infraestructura dedicada a este grupo (Informes países; UNFPA et. al 2010).
- Los adolescentes no han sido incorporados de modo relevante en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las acciones para el desarrollo de los servicios de SSR (Informes países; UNFPA 2010).

- Las políticas vinculadas a los servicios de SSR para adolescentes no están disponibles en el primer nivel de atención ni en las jurisdicciones ajenas a las grandes ciudades (UNFPA/Mentor 2010; Calandria UNFPA 2009; Cultura Salud 2010; Bolivia 2010).
- Falta de recursos humanos.
 - Falla estructural de entrenamiento para orientar las necesidades en SSR de adolescentes, así como de formación en la perspectiva de género y masculinidades (UNFPA et. al 2010).
 - Alta rotación del personal asignado a la atención de adolescentes.

Educación sexual

- Se constata negación, inmovilismo o, en el mejor de los casos, avances muy escasos. Esto es aún más evidente en Centro América y el Caribe (ARROW 2012; UNFPA 2013).
- Pese a la elevada demanda de mayor educación sexual, la prestación en instituciones educativas y de salud dista de ser satisfactoria (ARROW 2012).
- Hay barreras vinculadas al lugar y al tiempo dedicado en la educación formal, a los contenidos ofrecidos, a la capacitación de profesores, a la permeabilidad a presiones de sectores antiderechos, y, dado el diseño federal, a las dificultades para una aplicación uniforme en todos los territorios. (ARROW 2012; RSMCLAC 2013; UNFPA 2013).
 - Hay casos extremos como el de República Dominicana, en el que solo se ofrece educación sexual en el nivel educativo terciario (ARROW 2012).
 - Es casi inexistente la implementación en preescolares de currículas que incluyan información sobre, por ejemplo, abuso sexual.
 - Predomina un enfoque biológico y restringido de la prevención de las ITS.

Embarazo adolescente

- No es un tema de la agenda política.
- Las políticas no han sido receptivas al conocimiento sobre las tendencias y los determinantes del embarazo adolescente, particularmente en los embarazos de

niñas de 10-14 años y prevalentemente en Centroamérica.

- Hay poca evidencia de programas centralizados que asistan a las madres adolescentes y no se han realizado evaluaciones de impacto de los escasos programas existentes (Azevedo et. al 2012).
- Los programas de prevención del embarazo adolescente ponen escasa atención en la prevención del segundo o tercer embarazo (UNFPA 2013).

b) Diversidad sexual: Identidad/orientación sexual/de género

Análisis de indicadores

- Ninguna iniciativa incluye indicadores que releven la situación de la SDR según diversidad sexual y de géneros. Puede pensarse que se percibe como un tema de minorías y que, por ende, los esfuerzos técnicos no están puestos en diseñar indicadores que destaquen su importancia.

Análisis de políticas

- El ejercicio de los DSR de personas con identidad u orientación sexual diversa está fuertemente frustrado por la renuencia de los Estados a reconocerlos, lo que se traduce en una discriminación sistemática basada en sexo y género que afecta, entre otras dimensiones, su acceso a la salud.
- Casi la totalidad de los sistemas legales como las políticas de los gobiernos desconocen el derecho a la identidad, especialmente en lo que se refiere a la reasignación de sexo y cambios en los documentos legales de las personas.

- Los profesionales de la salud no cuentan con conocimientos técnicos adecuados ni han sido capacitados para la atención de la población trans.
- Desde hace tiempo, en la región existen normas legales que reconocen los derechos humanos de las personas que viven con VIH y políticas de acceso universal. En algunos países, estas normas son reforzadas por legislación antidiscriminación (RSMLAC 2013). No obstante, la prevención, detección y atención del VIH por parte de las poblaciones de la diversidad sexual tiene falencias graves y muy visibles:
 - Las políticas presentan debilidad financiera y ausencia de mecanismos claros para la obtención de nuevos fondos; problemas de coordinación entre las instancias nacionales y locales; y un marco conceptual que aun mantiene el enfoque epidemiológico basado en los llamados «grupos de riesgo».
 - La población trans no ha recibido una activa y debida atención por parte de los programas de prevención, detección y atención del VIH ni tampoco de los servicios de apoyo destinados a estos grupos.
 - En Centroamérica, las políticas de VIH se han dirigido especialmente a las mujeres embarazadas, mientras que las intervenciones a las poblaciones de la diversidad sexual no han contado con medidas relevantes (USAID|PASCA 2013).
 - Los servicios de salud reproducen la discriminación a las personas trans, quienes se ven forzadas a ocultar su identidad sexual por temor a las actitudes violentas y discriminatorias del personal.

c) Anticoncepción

Análisis de indicadores

- Casi todos los países de LAC muestran descensos en el número promedio de hijos por mujer.
- Persisten diferencias subregionales en la prevalencia de uso de anticonceptivos: en los países de América Latina es mayor (5 a 8 mujeres de cada 10) que en los del Caribe (3 a 5 mujeres de cada 10).
- En LAC, 6 de cada 10 mujeres usan un anticonceptivo moderno. Este crecimiento ha ocurrido particularmente entre las mujeres residentes en las zonas

rurales y las que tienen menor escolaridad, pero persisten brechas importantes en el acceso de las mujeres indígenas.

- Las mujeres reportan que la mitad de los embarazos no son planeados: el porcentaje de fecundidad no deseada no se ha reducido.

Análisis de políticas

Información

El derecho a la información se encuentra menoscabado debido a:

- Inadecuada difusión de los sitios gubernamentales destinados a ofrecer información a las distintas poblaciones:
 - Las adolescentes y las jóvenes tienen una situación especial en relación al acceso a la información.
 - La información relevante en materia de SDR no ha seguido un diseño universal ni ha realizado los ajustes necesarios para que también sea accesible para las personas con discapacidad.
- Déficit en la formación y capacitación continua del personal de salud.
- Si bien gran parte de los Estados ha reconocido el derecho a la información en materia de SDR, su desarrollo legal y en las políticas públicas aún es bajo. Un avance jurídico relevante, recogido por la Corte Constitucional de Colombia y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, es el deber de transparencia activa en SDR que obliga a suministrar información de oficio, sin necesidad que la persona la solicite explícitamente.

Acceso

- La provisión de métodos anticonceptivos está reconocida en distintos instrumentos legales/políticos, en general bajo el marco de derechos y políticas de SDR o de maternidad. El Salvador, Honduras y Paraguay y República Dominicana son excepciones alarmantes. No obstante los avances, aún existen problemas y barreras inaceptables.
- La falta de reglamentaciones de leyes sobre SDR impone serias trabas en el diseño y la implementación de las políticas. En otros casos, la proliferación de normas afecta la toma de decisiones de las autoridades sanitarias así como su implementación en los distintos niveles.
- Los avances en otras materias de salud no se incorporan al campo de la SDR. Así, las normas sobre derecho de los pacientes o de atención de calidad no han sido integradas a las intervenciones públicas de SDR.
 - En 2002 en Nicaragua se aprobó la Ley General de Salud, que fija como uno de sus principios centrales la calidad en la atención sanitaria: esta pieza legislativa aún no se ha implementado en los servicios de SDR (RSMLAC 2013).
 - Pese a que la ley 26.529, «Derechos del Paciente», ha sido un avance para la Argentina, poco se ha realizado para conectar este marco con los SDR e informar a los profesionales, especialmente en temas como el consentimiento informado para la ligadura de trompas y la colocación de DIU en adolescentes.
- En la mayoría de los países hay déficit de mecanismos de denuncia, monitoreo y control del cumplimiento de las prestaciones de SDR en los servicios de salud.
- Uno de los rasgos persistentes en el suministro de anticonceptivos es su sesgo de género, en el que las mujeres son visualizadas como las responsables de la reproducción y las relaciones sexuales heterosexuales como la norma (CEPAL 2013; Articulación Regional Feminista 2011). Esto genera, entre otros efectos, respuestas inadecuadas a mujeres lesbianas en términos de servicios reproductivos, así como el desplazamiento de las responsabilidades y preocupaciones de los varones (RSMLAC 2013).
- Se ha avanzado de manera importante en la compra y almacenamiento de los insumos. Sin embargo, persisten grupos con necesidades insatisfechas de pla-



nificación familiar (personas en zonas semi-urbanas y territorios urbano-marginales, poblaciones afro en zonas rurales en Colombia, comunidades indígenas en distintos países, migrantes indocumentados, las personas LGTTTBI, las personas afectadas o damnificadas por desastres naturales) (UNFPA 2013).

- Las intervenciones públicas destinadas a ampliar la provisión de métodos anticonceptivos a grupos específicos aún es muy incompleta, pese a que un gran número de países de la región cuenta con normas antidiscriminación aplicables al ámbito de la salud.
 - Pese a la importante presencia de población indígena en varios países, las mujeres no han sido una prioridad. El Estado y otros actores adeudan incorporar las prácticas médicas indígenas positivas (RSMLAC 2013).
 - El acceso a la ligadura de trompas continúa restringido por la imposición de requisitos irrazonables, y algunos países no incorporaron la vasectomía dentro de la oferta de métodos (UNFPA 2013).
 - La litigiosidad, contenciosidad y el déficit de decisión política institucional han generado dificultades en la importación, fabricación, comercialización y/o distribución gratuita o comercial de la AE (CEPAL 2013; Bergallo 2011).

d) Salud materna

Análisis de indicadores

- En general, en todos los países de LAC aumentó la atención del embarazo y del parto por personal calificado, y disminuyó la brecha que separaba a los países al inicio del período. También aumentó la proporción

de mujeres que recibieron al menos 4 controles prenatales: 9 de cada 10 mujeres embarazadas de América Latina accedieron a estos servicios, respecto de las 7 de cada 10 mujeres caribeñas.

- Esta mejora explica, en parte, la disminución de la razón de mortalidad materna (RMM) en la región: 41% en los últimos 20 años, con diferencias significativas entre los países del Caribe, donde es más elevada (190 x 100.000 NV) y la de los de América Latina (72 x 100.000). Sin embargo, sólo 8 de los países de LAC alcanzarán la meta comprometida para el ODM 5 (CLAP/OPS 2012).
- Al interior de los países se observan distribuciones injustas: en general, en los municipios marginados, con importantes proporciones de población indígena, los riesgos de muerte materna superan ampliamente los del promedio nacional. Esta disparidad se observa también cuando se considera a las adolescentes.
- Las causas médicas de la mortalidad materna son diversas y varían de acuerdo con el nivel de desarrollo de los sistemas de salud. Entre las más frecuentes se encuentran las obstétricas directas: hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones del aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%) y otras causas directas (15%) (OPS 2011).
- La persistencia de altas RMM en algunos países puede explicarse por dificultades en el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud, barreras en la atención calificada del parto, inadecuada atención de las emergencias obstétricas y ausencia de controles durante el puerperio (CEPAL 2012). La ausencia de sistemas de vigilancia de las muertes maternas sólo agrava los interrogantes acerca de la contribución de los distintos determinantes.
- Se requiere de un análisis más detallado que considere las causa de muerte, la edad de la mujer, el lugar de residencia y proceso de atención, entre otros, para que puedan identificarse aquellos obstáculos y deficiencias que perpetúan las inequidades que afectan a diferentes grupos sociales en los países. Las decisiones y acciones informadas son las que pueden reducir las muertes maternas.

Análisis de políticas

- La mortalidad materna es parte de la desigualdad social existente en la región y es deber del Estado garantizar los DSR de las mujeres. La cristalización de la visión

tradicional de la mujer como madre se convierte en un problema en los países que implementan medidas para la reducción de la mortalidad materna sin combinarlas con una implementación igualmente decidida en planes que garanticen otros servicios asociados a los DSR, como de anticonceptivos, consejerías de embarazos no deseados, etc. (Articulación Regional Feminista 2011).

- La persistencia de altas tasas de morbilidad materna en algunos países o al interior de grupos pone de manifiesto las carencias en (CEPAL 2012, UNICEF 2011, Wong y Perpetuó 2011, Informes países):
 - la calidad de la atención calificada del parto;
 - la atención en emergencias obstétricas;
 - el control prenatal y del puerperio;
 - la falta de garantías en la asignación recursos económicos suficientes;
 - la escasa creatividad e innovación en las modalidades de prestación de los servicios de salud, así como una actualización lenta y una pobre gestión del conocimiento capaz de apoyar el desarrollo de la salud materna-neonatal e infantil en los ámbitos nacionales y, sobretudo, locales;
 - la falta de priorización necesaria para determinados grupos: en los países con proporciones más altas de población indígena, la razón de mortalidad materna es entre dos y tres veces mayor en áreas donde viven éstos grupos que en las áreas donde residen las poblaciones hispanohablantes (UNICEF 2011);
 - la falta de prioridad dada a las adolescentes y jóvenes; el mantenimiento de la ilegalidad del aborto y las restricciones al acceso al aborto permitido por la ley.

- Persiste una falta de atención dada por parte de los Estados a los sistemas de vigilancia de la mortalidad materna. Incluso cuando hay sistemas de vigilancia, no se han emprendido las acciones necesarias para fortalecer las competencias del personal de salud para la recolección, análisis e interpretación de la información relacionada con las muertes maternas, ni tampoco para procurar mantener el recurso humano capacitado con el fin de garantizar la continuidad de los procesos. Tampoco se observa un enfoque de análisis integral en la vigilancia epidemiológica relacionada con la mortalidad materna, lo que impide identificar de modo adecuado, preciso y oportuno los factores y las condiciones de vida que contribuyeron a la muerte materna, así como los rasgos de distintos grupos de mujeres y casos individuales y agrupados, de forma de orientar las acciones de los programas con responsabilidad en el área de la salud materna.

e) Interrupción voluntaria del embarazo

Análisis de indicadores

- El número de muertes maternas por abortos inseguros en el mundo se ha reducido progresivamente (de 69.000 en 1990 a 47.000 en 2008), acompañando la reducción global de las muertes maternas. Todas ocurren en países en desarrollo: 1.100 de ellas en mujeres latinoamericanas y caribeñas (WHO 2011).
- Se estima que en 2008 ocurrieron 21,6 millones de abortos inseguros en el mundo, y el 20% de ellos ocurrió LAC. La región tiene la tasa de incidencia de aborto inseguro más alta del mundo: 31 abortos inseguros/1.000 mujeres (WHO 2011).
- La ausencia de información por país respecto del número de internaciones por complicaciones de abortos inseguros, del impacto sobre los servicios de salud de la utilización de la AMEU o del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto o de la atención del aborto legal, tan sólo corroboran la intención de invisibilizar el problema.

Análisis de políticas

- En LAC la inseguridad está ligada a «situaciones antes, durante y después» del aborto (WHO 2011). La ausencia de consejería sistemática en salud reproductiva, las barreras para acceder a los abortos legales, la escasa disponibilidad de la tecnología adecuada para el tratamiento del aborto incompleto, la amenaza

de procesos judiciales, el estigma y la sanción social refuerzan la clandestinidad e inseguridad del aborto.

- El marco legal de LAC se caracteriza por su desconocimiento de los derechos de las mujeres. Salvo Cuba, Puerto Rico, Ciudad de México y Uruguay, el resto de los países oscilan entre legislaciones prohibitivas, restrictivas y moderadamente restrictivas (González 2012). En la práctica, estas limitaciones impuestas a las decisiones de las mujeres se vuelven aún más intensas dada la escasa implementación de las regulaciones permisivas, las situaciones en que se llevan a cabo muchos de los abortos «ilegales» y el acceso a los servicios de atención del aborto inseguro. El período 2009-2014 deja escasos avances. Unos pocos países reformaron su legislación adoptando una posición más permisiva y otros países (ej. Honduras, Nicaragua, estados mexicanos) endurecieron su posición, mientras que la gran mayoría mantuvo marcos regulatorios que están en tensión con los derechos humanos (ej. Chile, Ecuador, Perú).
- Los países (salvo Ciudad de México y Uruguay) que cuentan con legislaciones moderadamente restrictivas –con algunas causales de permisibilidad– continúan sin garantizar un acceso de calidad y oportuno a los abortos legales (ej. Brasil, Argentina, México y Colombia) (Informes países). Entre las barreras se observan: el uso indebido de la objeción de conciencia, la falta de implementación de protocolos, la ausencia de sanciones ante la negación de la prestación y la falta de información a las mujeres (Informe países; UNFPA 2013).
- Independientemente del estatus legal del aborto en cada país, las mujeres de la región tienen derecho a recibir la atención adecuada por complicaciones de salud debidas al aborto. No obstante, este derecho se ha encontrado con serias violaciones:

- poca capacidad resolutive en el primer nivel de atención;
- escasas experiencias formales de consejería para embarazos no deseados, pre-aborto y post-aborto con frágil o nulo apoyo estatal;
- persistencia de barreras para incorporar la atención post-aborto dentro del paquete de prestaciones de SSR;
- el uso de los tribunales para acosar a las mujeres y a las políticas;
- falta de protocolos de atención de aborto legal y de embarazos no planeados, y desajustes con la normativa acerca del secreto profesional y el deber de confidencialidad (ej. Perú, Argentina, Guatemala);
- déficit de capacitación e información dirigida a los profesionales de la salud;
- ausencia de campañas de promoción de las causales legales de aborto;
- en particular, las adolescentes y las jóvenes son unas de las poblaciones que más sufren esta falta de institucionalidad, de servicios amigables y de información.

f) Cánceres cervicouterino y mamario

Análisis de indicadores

- A pesar del énfasis puesto en la integralidad y ciclo de vida del PA-ICPD, ninguna iniciativa incluye indicadores sobre este eje temático. Persiste una visión reducida a la etapa fértil de las mujeres sin jerarquizar la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino y mamario en la en la etapa postreproductiva.

Análisis de políticas

- No hay información relacionada a la implementación efectiva de las políticas, estrategias y servicios para la prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino (OPS 2014). En general, lo que se «estima» es que con excepción de algunos programas exitosos ocurridos en la región, un gran porcentaje de la población aun tiene poco o ningún acceso a la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas debido a frágiles o casi inexistentes programas de tamizaje y tratamiento para las lesiones precancerosas.

- En República Dominicana los datos disponibles muestran un escenario preocupante. La cobertura de PAP en mujeres en edad fértil no alcanza el 10% y en general, tanto la detección como su tratamiento, son tardíos (RSMLAC 2013).
- Argentina, Colombia y México poseen un programa de vacunación pública contra VPH, pero Brasil, Nicaragua, la República Dominicana no tienen normas específicas (RSMLAC 2013).
- Existen diferencias en la cobertura de los tratamientos de los cánceres cervicouterino y mamario (RSMLAC 2013).
- Si bien gran parte de los países ofrecen servicios para la atención del cáncer de mama, no es generalizada la implementación de un abordaje integral destinado a la detección precoz del cáncer de mama que incluya, además de la mamografía, exámenes clínicos manuales y campañas de prevención.

g) Violencia de género y sexual

Análisis de indicadores

- El rasgo más saliente de este eje es la falta de información sistemática.
- Las estimaciones indican que 3 de cada 10 mujeres del Continente Americano han sido violentadas física o sexualmente por sus parejas, y 1 de cada 10 por alguien no relacionado a ellas.
- La firma y ratificación del Protocolo Facultativo de CEDAW es un *proxy* de la disponibilidad de leyes que sancionan la violencia contra las mujeres. Casi la totalidad de los países de América Latina ha firmado y ratificado el Protocolo, a diferencia de lo que ocurre en los países del Caribe, donde 15 de los 18 países no lo han firmado ni ratificado.

- Es absolutamente necesario realizar un esfuerzo de sensibilización, alarma y visibilización del problema. Asimismo, la utilización de instrumentos que tengan un común denominador y que recolecten características de la mujer, de la afectación de la salud emocional, física y social, de las características del agresor, entre otras, son los primeros pasos para estimar la magnitud y las particularidades de la violencia contra las mujeres y aumentar la alarma social.

Análisis de políticas

- La mayoría de los países de LAC han aprobado legislación para erradicar y reducir la violencia contra las mujeres, así como otras reformas legales complementarias (UNFPA 2013; Informes países).
- Si bien países como México y Colombia han aprobado leyes integrales contra la violencia, otros países, como Ecuador, Bolivia, Perú, Chile, han abordado la política contra la violencia hacia la mujer con normas de menor nivel.
- No todos estos cambios legales adoptan una visión integral. Esto ha llevado a que MECSEVI, en su Primer Informe Hemisférico, recomendara que «el tratamiento de los temas sobre las mujeres deben ser abordados desde una perspectiva de género y de derechos humanos, y no en el marco de concepciones familistas y tradicionales que obstaculicen y frenen el avance de los derechos de las mujeres o implique su retroceso.»
 - La apelación al sistema judicial y policial ofrece resultados limitados si no es acompañada por otras medidas (ej. acceso a la vivienda).
- La falta de articulación entre las distintas normas y políticas que abordan distintos tipos y aspectos de la violencia de género y sexual.
 - Coexistencia entre estas normas en contra de la violencia de las mujeres o de género con otras normas que abordan tipos específicos de violencia: Ecuador (Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia - Ley 103 de 1995 y el Plan Nacional para la erradicación de los delitos sexuales en el ámbito educativo del Ecuador); Perú (Establecen política del Estado y de la sociedad frente a la Violencia Familiar - Ley 26260 de 1993, y el Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011 del Perú) (Articulación Regional Feminista 2011).⁴

4 Hay que tener en cuenta que el problema no solo serían los posibles solapamientos entre unas y otras, sino las contradicciones, la ineficiencia de la atención, la falta de uso adecuado de los recursos

- Hay fallas estructurales a lo largo de la región que impiden organizar una intervención ordenada, eficiente e integral por parte de las políticas institucionales.
 - Como expresión de esto se identifica una multiplicación de agencias del Estado con funciones solapadas, similares y/o no coordinadas.
- Otro de los problemas para la implementación de intervenciones integrales en países con sistemas federales (ej. México y la Argentina) es la falta de armonización entre las normas y políticas locales y las federales (Articulación Regional Feminista 2011).
- Otro rasgo común en muchos países es la falta de asignación de recursos financieros suficientes para su aplicación adecuada a lo largo del territorio.
- La priorización del trabajo para enfrentar la violencia hacia las mujeres se da en los mecanismos de adelanto para la mujer y no necesariamente en los otros actores involucrados en su prevención, atención y sanción (educación, bienestar social, salud, interior, justicia, entre otros) (Articulación Regional Feminista 2011).
- No se han encontrado planes que contengan una vinculación más clara entre las identidades de género, la perspectiva de la masculinidad y la violencia (UNFPA 2013).
- Existe un altísimo déficit en las modalidades implementadas en la prevención y cambio de patrones culturales y estereotipos (Informes países).
 - En Ecuador, la campaña «Despierta Ecuador, el machismo es violencia», lanzada por la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la

y la pérdida de posibilidades de potenciar las intervenciones, todo lo cual se traduce en barreras para garantizar la prevención o solucionar los problemas que la ley intenta afrontar.

Igualdad de Género, no se articuló ni se sostuvo con otras acciones (Articulación Regional Feminista 2011).

- Invisibilización de ciertos grupos.
 - La falta de incorporación del grupo de las lesbianas a las políticas de prevención y atención.
 - Existen poquísimas instituciones que trabajan en el rescate de adolescentes y jóvenes que sufren violencia y que quieren salirse de las redes de las pandillas y la violencia (UNFPA 2013).
- En general, en los servicios de salud no hay capacidades de peritaje y de identificación de casos de violencia sexual (UNFPA 2013).

h) Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Análisis de indicadores

- La información para este eje temático está fragmentada y tiene serias limitaciones para hacer un diagnóstico integral: en general, sólo se refiere al VIH y a poblaciones particulares (mujeres embarazadas que asisten al control prenatal y fueron testeadas, varones y mujeres adolescentes, adultos jóvenes, trabajadoras sexuales).
- Las estimaciones indican que en el Caribe el número de personas infectadas con VIH cayó a más de la mitad entre el 2001 y el 2012: de 25.000 [22.000-28.000] a 12.000 [9.400-14.000]. En el mismo período, en América Latina el número de nuevas infecciones bajó un 11%: de 97.000 [78.000-120.000] a 86.000 [57.000-150.000].
- 6 de cada 10 personas de LAC con infección avanzada por VIH tiene acceso al tratamiento antirretroviral. La limitación para el análisis de la cobertura es que la información no está desagregada por sexo (Global Health Observatory, en línea).
- La proporción de adolescentes y adultos jóvenes que tiene un conocimiento correcto acerca del VIH-sida está disponible solo para el Caribe y para un único quinquenio. Esta información indica que el 44% de las mujeres tenía un conocimiento adecuado, proporción algo mayor que la de los varones de la misma subregión (Global Health Observatory, en línea).



- El testeo para sífilis en las mujeres embarazadas es una práctica relativamente instalada en los países de América Latina: al menos a la mitad de ellas se les solicita la prueba en la primera visita prenatal. Cuando se observa la prevalencia de las pruebas positivas, la mayoría de los países de Sudamérica reportan más de 5% de embarazadas con VDRL(+). La proporción es similar cuando se reporta la prevalencia de sífilis activa entre las trabajadoras sexuales (Global Health Observatory, en línea).
- Si bien los indicadores que se proponen brindan en conjunto una perspectiva integral (conocimiento, incidencia, tratamiento), la información disponible proviene de grupos específicos y esto limita la posibilidad de un diagnóstico poblacional o un escenario regional. Al mismo tiempo se observa una preponderancia de indicadores relativos al VIH frente a los de otras ITS, lo que también reduce la comprensión del problema.

Análisis de políticas

- LAC ha tenido éxito en algunas iniciativas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA (CEPAL 2013). Sin embargo, se observan brechas persistentes en el acceso universal a la prevención y atención del VIH/SIDA en la región, y en el abordaje integral entre los programas de VIH/SIDA y otras políticas de SSR.
- Hay variaciones en la incidencia de un país a otro y entre distintos grupos, lo que señala la necesidad de estrategias con perspectiva de equidad.
- Uno de los problemas profundos que tiene LAC es la escasa divulgación sobre formas de prevención, transmisión y acceso voluntario a la prueba de detección de ITS. Esto se acentúa en las zonas rurales y semiurbanas.

- Pese a que en LAC la prevalencia de VIH está concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas trans, no todos los programas han sido exitosos en avanzar con estrategias más precisas (ONUSIDA 2011).
- LAC es la región con mayor cobertura de acceso a tratamiento en el mundo: 51% (ONUSIDA 2011). No obstante aun quedan retos importantes, ya que persisten problemas en la compra, abastecimiento y distribución de medicamentos y, además, el gasto destinado a la epidemia de VIH varía enormemente entre los distintos países (ONUSIDA 2011; Informes países). En esta misma línea, la «falta de acceso a medicamentos en formulación pediátrica se traduce en problemas de adherencia en los niños y niñas y encarecimiento del acceso a los servicios» (ONUSIDA, 2011: 9).
- Persisten países con regulaciones que obligan a la realización de pruebas de VIH a ciertos grupos y para algunos trámites civiles, y esto significa una gravísima violación de los derechos humanos. Aún se encuentran en uso ciertas prácticas que criminalizan la infección por VIH y penalizan el trabajo sexual (Articulación Regional Feminista 2011).
- Si bien hay una fuerte correlación entre varios tipos de movilidad y el mayor riesgo de contraer la infección, los programas no han puesto la atención en esto (Articulación Regional Feminista 2011).
- Salvo algunas excepciones, los Estados se han mantenido renuentes a abrir espacios para la participación de la sociedad civil, tanto en la propuesta de alternativas y ajustes de enfoque como en el monitoreo de las iniciativas gubernamentales (Informes países).
- Hay muchas dificultades en coordinar los múltiples organismos nacionales al interior de los países. En relación a esto, desde hace unos años no se han vuelto a reiterar con vocación política y técnica cierta la compra consolidada de medicamentos e insumos para la prevención, atención y tratamiento con el objeto de lograr mejores precios.

Conclusiones

Para concluir, se señalan algunos de los incumplimientos y temas que se consideran más relevantes, reconociendo que el PA-CIPD es un acuerdo y proceso que, para garantizar avances reales, requiere voluntad y compromiso políticos, inversiones y posibilidades económicas, así como aciertos en el diseño de los instrumentos necesarios.

Es importante destacar que los incumplimientos de los Estados se expresan no sólo a través de omisiones sino también a través de acciones, y ambas pueden darse tanto en lo que respecta a la producción de información como al diseño e implementación de normativas, políticas y otros instrumentos.

En lo que respecta a las omisiones, la región ofrece variados ejemplos:

- no revisión de la legislación punitiva del aborto o de la discriminación de personas no heterosexuales;
- ausencia de sistemas de información que incluyan la violencia íntima;
- escasa implementación de sistemas de vigilancia de las muertes maternas;
- no protección frente a interferencias indebidas de terceros en los servicios de salud;
- no aprobación del misoprostol para la interrupción del embarazo;
- escasa promoción de investigaciones y pruebas de tamizaje para cánceres cervicouterino y mamario; y
- enormes déficits en la calidad de la atención de los abortos permitidos por la ley.

Los Estados en LAC han incumplido también a través de sus acciones:

- sanción de normativas irrazonables –sin ninguna relación con la protección de derechos ni intereses legítimos de los gobiernos– (ej. regulaciones sanitarias que exigen la aprobación de comités para acceder a una interrupción legal del embarazo);
- normativas ambiguas respecto a la capacidad de consentir por parte de los adolescentes y discriminatorias (ej. normas sobre información y educación sexual sin un abordaje que considere a las personas con discapacidad, la raza, los pueblos indígenas y la diversidad cultural);
- asignación presupuestaria ad hoc o fragmentada;
- implementación inadecuada de lineamientos sanitarios (ej. imposición de requisitos o procedimientos especiales a los adolescentes en los servicios de salud), pese a que la norma nada marca;
- interpretación restrictiva de la noción violencia de género;
- negación de abortos permitidos por parte de servicios de salud o tribunales;
- implementación incompleta (ej. falta de promoción, capacitación y monitoreo del uso de AMEU para la atención de los abortos incompletos).

Los incumplimientos no son inocuos. Cada uno de estos incumplimientos sostiene y refuerza indicadores inaceptablemente altos y dispares en la región, inequidades entre grupos dentro de los países y discriminación sistemática de otros. Los incumplimientos representan una afectación de derechos y, por tanto, una distribución inequitativa de recursos y posibilidades entre grupos y personas.

El énfasis del PA-CIPD está puesto en una agenda integral, diversa, con un enfoque de derechos, en la que la sexualidad no se limita a la reproducción. Sin embargo, muchas de las políticas de DSRS y los indicadores propuestos refuerzan centralmente una visión tradicional basada en la fecundidad, la planificación familiar y la salud materno infantil.

Una mirada regional muestra patrones que minan las posibilidades de avanzar, de fortalecer las medidas favorables adoptadas y revertir las políticas y las prácticas que afectan los derechos a la sexualidad y reproducción de las personas:

- bajo grado de compromiso por parte de los políticos con la agenda de SDRS;
- déficit en la difusión de información acerca de derechos, políticas y servicios disponibles;

- aislamiento de los DSRS: si bien se han aprobado importantes normativas sanitarias o legislaciones que reconocen y garantizan derechos y necesidades para un mejoramiento de los DSRS, estos avances legales no se han incorporado a los lineamientos y/o los servicios de SSR;
- baja institucionalidad de los programas;
- las normativas, programas, políticas y planes vinculados a los DSRS han ido incorporando un enfoque de derechos; no obstante, aun se observan dificultades para que la salud pública en estos temas adopte el paradigma de derechos humanos;
- segmentación de los programas de SDRS, planes y procesos de la atención de la salud, lo cual genera barreras al acceso y pérdidas de calidad y eficiencia;
- falta de protección por parte del Estado frente a las interferencias indebidas de actores antiderechos;
- descuido de los recursos humanos en salud, con escasa asignación a las áreas específicas de SDRS, falta de capacitación, falta de reconocimiento de los avances logrados y ausencias o problemas relativos a los mecanismos de incentivos y sanción;
- ausencia de una cultura de monitoreo y evaluación de indicadores de proceso y resultados dentro de los programas, y de rendición de cuentas;
- sistemas de información frágiles, discontinuos y con información no comparable;
- restricciones en el acceso a la información pública;
- escasos espacios institucionales-políticos para la participación de la sociedad civil en el diseño, la implementación y el monitoreo de las medidas adoptadas por los Estados;

- judicialización de derechos, políticas y casos individuales que involucran DSR, en especial en temas de AHE, adolescentes y acceso a la SSR, derechos de personas LGTBTTI y aborto.

Los Estados han reconocido que para el cumplimiento de sus compromisos es indispensable la recolección sistemática de información. La falta de información no solo es un incumplimiento, sino que socava la legitimidad y la transparencia del proceso, imposibilita la rendición de cuentas y dificulta de forma sustancial la posibilidad de constatar los avances, identificar barreras, brechas y, eventualmente, generar algunas hipótesis acerca de los comportamientos observados. En este sentido, la selección de los indicadores ha presentado serios problemas, pues muchos demandan relevamientos especiales que no se realizan periódicamente en los países (de 41 países de LAC, solo 20 tienen información proveniente de encuestas de demografía y de salud de la última década). El resultado son lagunas persistentes en la disponibilidad de información clave. En este punto, es alarmante que aun existan metas y objetivos del PA huérfanos de indicadores (cáncer cervicouterino y mamario, diversidad sexual y morbilidad materna) y de información (violencia contra las mujeres, embarazo adolescente precoz, educación sexual). A esto se suma el sub-desarrollo de indicadores para algunas dimensiones de los compromisos (consecuencias para la salud del aborto inseguro, calidad de la atención, acceso a servicios de SSR, etc.) y la recolección incompleta de información (ITS distintas a VIH/SIDA, desagregación por variables sociodemográficas, atención de SSR en los efectores no públicos del sistema de salud).

Al mismo tiempo, existen temas que no han recibido reconocimiento ni respuestas adecuadas:

- Cánceres cervicouterino y mamario: pese a ser parte del PA-CIPD y del peso que estas enfermedades tienen en términos de morbilidad y mortalidad para las mujeres en la región, estos cánceres no están incluidos en las iniciativas de seguimiento globales ni regionales que monitorean los DSRS ni se cuenta con información a nivel país.
- Mujeres afrodescendientes, indígenas, personas con discapacidad, trabajadoras sexuales, migrantes y desplazadas, personas LGTTTBI y privadas de libertad: no se encuentran incluidas en los relevamientos de información.
- Masculinidades: no está incorporada en la discusión, el diseño, la modificación y la implementación de las políticas de DSRS.

- Aborto:
 - Información: pese al avance básico que significó la inclusión del aborto como parte de la agenda del CIPD, las iniciativas de seguimiento se limitan a recoger la situación de legislación sobre aborto y su contribución a las muertes maternas. Por lo tanto, no hay indicadores del impacto del aborto inseguro ni del acceso y la calidad de los servicios de aborto legal;
 - registro, disponibilidad y acceso a los medicamentos para la interrupción del embarazo;
 - calidad de servicios de salud que abordan la interrupción voluntaria del embarazo desde la consejería hasta la provisión de la práctica;
 - capacitación: la enseñanza de la medicina y otras profesiones de la salud insisten en mantenerlo al margen de sus currículos.
- Derecho y deber de información: el deber de transparencia activa en materia de DSRD (que, entre otras cosas, obliga a los actores con responsabilidad en el área de salud a brindar información de manera oficiosa) no ha sido incorporado a las normativas ni a los lineamientos de políticas, pese a constituir una herramienta clave dados los problemas que enfrentan las personas en la región.
- Diferencia sexual: el derecho a la salud no se ha conectado de forma adecuada con el derecho a la identidad de género.
- Anticonceptivos: no se cuenta con información suficiente para explicar y comprender la demanda insatisfecha y la brecha en la fecundidad deseada.
- Tecnologías reproductivas: aun está vacante la conexión entre el derecho a disfrutar de los avances cientí-

ficos y técnicos, y las regulaciones sobre producción, comercialización y acceso de estas tecnologías.

- Presupuesto: queda pendiente realizar análisis más detallados acerca de la asignación de recursos y las formas en que las políticas de DSRS reciben financiamiento.
- Salud sexual: es necesario seguir insistiendo (en los discursos, en las legislaciones, en los lineamientos de políticas públicas y en la implementación de estos instrumentos) en una comprensión holística de la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional y mental vinculado estrechamente al bienestar social –y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunción–.

El panorama planteado deja sombras preocupantes para una región que en estas dos últimas décadas ha tenido, en la amplísima mayoría de los países, gobiernos democráticos con agendas de ampliación de derechos en ciertas áreas de la vida social, cultural y política. También es preocupante a la luz del protagonismo que ha tenido en la región el activismo del movimiento de mujeres, los feminismos, el movimiento de derechos humanos, el movimiento de la diversidad sexual y el movimiento de mujeres indígenas, campesinas y afrodescendientes. Las conquistas son variadas por país y los retrocesos, estancamientos y brechas de implementación persisten.

La región de LAC muestra que en dos décadas la agenda de CIPD se ha transformado en políticas, leyes y regulaciones de diversos tipos. También muestra que los cambios políticos y culturales que este paradigma supone son difíciles de sostener y escalar. Por lo tanto, la agenda sigue abierta y pendiente.



Referencias bibliográficas

- Articulación Regional Feminista de Derechos Humanos y Justicia de Género (Articulación Regional Feminista) (2011). «Informe Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género». Santiago de Chile: Letras y Monos. [en línea] <http://www.articulacionfeminista.org/a2/index.cfm?aplicacion=app003&cnl=26&opc=7>
- Asian-Pacific Resource & Research (ARROW) (2012). «Reclaiming & redefining rights: Setting the adolescent & young people SRHR agenda beyond ICPD+20: Global South Overview». [en línea] http://www.arrow.org.my/uploads/R&R_Factsheet.pdf
- Azevedo, J.P., Favara, M., Haddock, S.E., Lopez-Calva, L.F., Müller, M., & Perova, E. (2012). «Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos». Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. [en línea] <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>
- Barker, G., Kimelman, E., Aguayo, F., Correa, P., Contreras, J. M., Segundo, M., Figueroa, J. G. (2011). «Políticas de equidad de género inclusivas de los hombres: reflexiones a partir de la encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México». UNFPA. [en línea] [http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/IMAGES/2012/Encuesta%20IMAGES%20en%20AL%20\(Dic%202011\).pdf](http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/IMAGES/2012/Encuesta%20IMAGES%20en%20AL%20(Dic%202011).pdf)
- Bergallo, P. (2011). «Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe» Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC).
- Bolivia (2010). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*.
- Calandria/UNFPA (2009). «Aportes para un diagnóstico sobre las barreras que impiden un mayor acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva de los establecimientos públicos de salud en Perú». United Nations Population Fund (UNFPA).
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Comisión económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL) (2010). «Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendien-

tes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos». Documento de proyecto. [en línea]. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/41668/LCW346.pdf>

Comité de América Latina y El Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2013). «Balance regional Cairo+20 - tablas de sistematización propia en base a datos relevados en investigación cualitativa propia» (mimeo).

Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2013). «El Estado Legislativo sobre Aborto e interrupción voluntaria del embarazo en la región» en CEPAL Notas de Igualdad N° 7 97. [en línea] http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/9/50579/El_estado_Legislativo_sobre_el_aborto_y_la_interrupcion_voluntaria_del_embarazo_en_la_region_-_Nota_para_la_igualdad_N_7.pdf

Comisión económica para América Latina y el Caribe - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL-CELADE) (2011). «Observatorio Demográfico nro. 11: Proyecciones de población a largo plazo». [en línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/46771/P46771.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). «Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo América Latina y el Caribe Examen del período 2009-2013 y lecciones aprendidas. Síntesis y balance». [en línea] <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/50503/CRPDSintesis.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). «Informe Regional De América Latina y el Caribe sobre la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo y su seguimiento después de 2014». [en línea] http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pesquisa_icpd.pdf

Comisión Interamericana de Mujeres - Organización de Estados Americanos (OEA-CIM) (2012). «Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres.» [en línea] <http://www.oas.org/es/CIM/docs/VIH-VAW-PracticasPromisorias-SP.pdf>

Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes - UNFPA (2010). «Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación. Documento regional». UNFPA. [en línea] <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf>

Cultura Salud para el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes (Cultura Salud) (2010). «Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile». Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA) (s/f). «Población, desarrollo y mujeres indígenas Perspectiva y propuesta a 20 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo+20».

El Telégrafo (2013). «Pastilla del día después causa debate en redes sociales.» [en línea]

Fundación Desafío y Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género (2010). «Diagnóstico en la situación de la difusión y demanda de Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo». Quito.

González, A. C. y Durán, J., (2009). «Consentimiento informado: capacidad de los menores de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva», en Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales. IPPF. [en línea] http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/libro_espanol.pdf

Guttmacher - UNFPA (2009) «Datos sobre la inversión en planificación familiar y en salud materna y neonatal en Latinoamérica y el Caribe.» UNFPA. [en línea] http://coe.ucsf.edu/coe/news/whe_pdf/FB-AIU-LAC-SP.pdf
<http://www.telegrafo.com.ec/al-hilo-de/item/la-pastilla-del-dia-despues-sera-gratis.html>

Juventudes Salvadoreñas Rumbo a Cairo + 20 (2013). Decálogo de las juventudes salvadoreñas integrantes de la Plataforma Juvenil Salvadoreña por los derechos sexuales y derechos reproductivos, con respecto al cumplimiento de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Junio. [en línea] http://www.unfpa.org/sv/dmdocuments/declaratoria_jovenes_sal_rumbo_cairo20.pdf

International Center for Research on Women (ICRW) (2003) «¿Cómo lograr el cumplimiento efectivo de las leyes? Implicaciones Presupuestarias de las Políticas sobre Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Documento de síntesis». ICRW, con el apoyo de BID, OPS, UNIFEM y FNUAP. [en línea] http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1165169562_unfpau-nifempahoidbicrw.pdf

Ministerio de Salud del Perú (MINSa) (2009). «Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y ubicándonos». [en línea] <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20las%20y%20los%20Adolescentes%20Ubic%C3%A1ndolos%20y%20Ubic%C3%A1ndonos.pdf>

- Morán, J. M. (2010). «Índice CLAE de acceso a la anticoncepción de emergencia». CLAE. [en línea] <http://www.redece.org/indiceclae.pdf>.
- Observatorio de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe, CEPAL (2012). «Informe Anual 2012: Los bonos de las mujeres. Aportes y cargas en la mira». CEPAL. [en línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/49307/P49307.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl>
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSR) (2010). «Hoja Informativa 4: La vigilancia de las muertes maternas como herramienta para el logro del ODM 5.» Ortiz, Z., Esandi, M.E. OSSYR. [en línea] http://www.oSSR.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_4.pdf
- ONUSIDA (2009). «Fortaleciendo la educación sexual a través de la cooperación horizontal entre países sudamericanos». Proyecto de Armonización de las Políticas Públicas en Educación Sexual y Prevención del VIH-Sida y Drogas en el Ámbito Escolar. ONUSIDA.
- ONUSIDA (2011). «América Latina Unida por el Acceso Universal: Hacia Cero Nuevas infecciones por VIH, Cero Discriminación y Cero muertes relacionadas al SIDA.» [en línea] <http://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2011/04/Informe-Consulta-Regional-sobre-Acceso-Universal-en-LA-Marz.pdf>
- ONUSIDA (2013). «AIDS by numbers, 2013». [en línea] http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). «Anticoncepción de emergencia: Nota descriptiva N°244 Julio de 2012». <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). «Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación». Montevideo: CLAP/SMR, 2012 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593). [en línea]: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=173&Itemid=1
- Organización Panamericana de la Salud (2014). «Cáncer Cervicouterino.» (última actualización) [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es
- Population Reference Bureau (PRB) (2013). «World Population Data Sheet». [en línea] <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2013/2013-world-population-data-sheet/world-map.aspx>
- Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID - PASCA) (2013). «Las poblaciones de la diversidad sexual. Situación y temas clave para la incidencia política en VIH». [en línea] http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=117:las-poblaciones-de-la-diversidad-sexual-situaci%C3%B3n-y-temas-clave-para-la-incidencia-pol%C3%ADtica-en-vih
- Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y el Caribe (RSMLAC) (2013). «Reclaiming and redefining rights ICPD+20: Status of ICPD+20 in the Latin America and the Caribbean Region». Quito: RSMLAC. [en línea] http://www.arrow.org.my/publications/ICPD+20/ICPD+20_LACHWN.pdf

- Restrepo, Z. J. H., Echeverri, L. M. E., Vasquez, V. J., & Rodriguez, A. S. M. (2006). El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas.
- Rodríguez Wong, L., Perpétuo, I. H. O., (2011). «La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo - 1994.» CEPAL. [en línea] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/43185/lc3314-P.pdf>
- UNFPA (2008). «Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia». [en línea] <http://www.unfpacolombia.org/documentos/modelo-samigables2.pdf>
- UNFPA (2010). «Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación». Documento regional.
- UNFPA (2013). «Documento de posición: UNFPA LACRO frente a la CIPD mas allá del 2014.» [en línea] http://masallade2014.files.wordpress.com/2013/07/unfpa_icpd_position_esp_08jul2013.pdf
- UNFPA/Mentor (2010). «Proceso de Evaluación Sumativa a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes que se han Implementado en el país».
- UNICEF (2011). «Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil». UNICEF. [en línea] [http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal\(4\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal(4).pdf)
- World Health Organization (2011). «Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008». - 6th ed. Geneva. [en línea]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf
- World Health Organization (2012). «Trends in maternal mortality: 1990 to 2010». World Health Organization. [en línea]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1
- Zapata Martelo, E., Nazar Beutelspacher, A., Salvatierra Izaba, B. (2007). «Atención del parto, migración rural-urbana y políticas públicas de salud reproductiva en población indígena de Chiapas». [en línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46130307147uy7>

PROMISEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



CEDES

mi CUERPO
mi TERRITORIO



Articulación Regional
de Organizaciones de la
Sociedad Civil de América Latina
y El Caribe **Castro90**