

INCREMENTANDO EL ACCESO AL  
**ABORTO SEGURO:**  
ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN



ADRIENNE GERMAIN Y THERESA KIM

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION



**International Women's Health Coalition**

24 East 21st Street, 5th floor, New York, NY 10010

Tel. (212) 979-8500 Fax (212) 979-9009

E-mail: [info@iwhc.org](mailto:info@iwhc.org)

Web Site: [www.iwhc.org](http://www.iwhc.org)



## Índice

Prefacio	<i>i</i>
Introducción	1
Justificando el Acceso al Aborto Seguro: Qué Dicen las Conferencias Internacionales	2
Justificando el Acceso al Aborto Seguro: Qué Dicen los Instrumentos de Derechos Humanos	5
Fundamentos para la Acción	7
Incrementando el Acceso a Servicios Seguros: Perspectivas y Posibilidades de Acción	7
Anexo I: Países Según Nivel de Restricción de las Leyes sobre el Aborto, 1997	23
Anexo II: Disposiciones Seleccionadas del Programa de Acción Adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994	24
Anexo III: Disposiciones Seleccionadas de la Plataforma de Acción Adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995	32
Anexo IV: Artículos Seleccionados de la Declaración Universal de Derechos Humanos	38
Anexo V: Artículos Seleccionados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	39
Anexo VI: Artículos Seleccionados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	40
Anexo VII: Artículos Seleccionados de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer	41
Referencias	43
Publicaciones e Informes Disponibles de la IWHC	45

## Prefacio

**D**e todas las escenas que he visto en mis 25 años de trabajo internacional, una me obsesiona particularmente: **tres mujeres que habían intentado abortar embarazos no deseados yacían en simples repisas de madera, una encima de otra – en un espacio del tamaño de un armario. No tenían luz ni aire y casi ninguna atención.** Una tenía 13 años, había sido violada por un hombre que la llevaba todos los días a la escuela; la otra era madre de cuatro hijos, desesperada porque no quería tener otro; ¿y la tercera? No lo sé. Estaba en coma, abandonada por quienes la dejaron allí.



El lugar, una sala de emergencia en Yaoundé, la capital de Camerún, era una ruinoso choza de ladrillos y adobe, el piso lleno de hoyos y las paredes cubiertas de moho. Un médico extraordinariamente valiente trabajaba allí sin equipos, sin sangre para transfusiones y, claramente, sin camas. En asombroso contraste, a poco menos de 50 metros de ese lugar, en lo alto de un cerro alejado de la zona pantanosa, se levantaba una maternidad nueva, alba y reluciente, totalmente equipada y con personal suficiente, con muchas camas vacías. La diferencia entre estos dos lugares habla claramente del estigma y el miedo que rodean al aborto.

En todo el mundo, decenas de miles de mujeres sufren y mueren cada año a causa de abortos riesgosos. Tomando en cuenta las tecnologías y la experticia modernas, ninguna mujer debería sufrir daños o muerte por un aborto riesgoso. Las tecnologías son conocidas, simples, baratas y seguras en manos de proveedores entrenados y adecuadamente equipados, ya sean médicos o per-

sonal no médico. *Incrementando el Acceso al Aborto Seguro: Estrategias para la Acción* está diseñado como instrumento para generar y apoyar esfuerzos concertados para poner fin a las muertes inútiles, a las lesiones físicas y al sufrimiento.

En casi todos los países el aborto inducido es legal en ciertas condiciones. Este hecho, junto a la letra y el espíritu de los acuerdos adoptados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM), en 1995, ofrece bases sólidas para las acciones que busquen incrementar el acceso a los servicios, liberalizar las leyes y los reglamentos, y asegurar la rendición de cuentas de los gobiernos y agencias internacionales respecto de los acuerdos de la CIPD y la CCMM.

En la primera sección de este trabajo, describimos brevemente el contexto mundial en el cual ocurre el aborto. Las siguientes dos secciones examinan los acuerdos adoptados en las conferencias internacionales y las disposiciones de los instrumentos de derechos humanos que pueden ser utilizados para argumentar a favor del acceso a servicios de aborto seguro. La última parte describe las estrategias que están siendo utilizadas en una amplia gama de países. Los anexos facilitan pronta referencia sobre los párrafos más relevantes de los acuerdos internacionales y de los instrumentos de derechos humanos.

Para lograr que el aborto sea seguro en todas partes, las/os defensores, legisladores y formuladores de las políticas públicas deben generar una voluntad política, y las/os proveedores de salud y de planificación familiar deben generar la voluntad profesional para cambiar las leyes y asegurar servicios de buena calidad que sean accesibles y asequibles. Ya no hay lugar para la complacencia. Esperamos que ustedes se unan a nosotras para librar al mundo de escenas como las que presencié en Camerún.

Adrienne Germain  
Presidenta, IWHC  
1 de diciembre de 1998



## Introducción

**A** través de la historia, las mujeres han acudido al aborto inducido para interrumpir embarazos no deseados o inoportunos. De los **40 a 60 millones de abortos que se realizan anualmente en todo el mundo**, se estima que 20 millones son inseguros,\* y un 95 por ciento de éstos ocurre en países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que por lo menos 80 mil mujeres mueren cada año y muchas más experimentan problemas físicos o mentales de por vida como resultado del aborto inseguro. Las complicaciones de los abortos inseguros son una de las causas principales de muerte materna, correspondiendo casi a un 13 por ciento de las 600 mil muertes maternas estimadas que se producen cada año (OMS, 1998). A diferencia de muchos problemas relacionados con el embarazo y otros accidentes y enfermedades, las muertes y discapacidades resultantes de abortos riesgosos son completamente prevenibles. Éstas son causadas por leyes punitivas, por políticas de salud definidas en forma restringida, y por la falla en prestar servicios adecuados de salud y planificación familiar.

Aunque muchas leyes y políticas restrictivas han sido liberalizadas en años recientes, **las fuerzas antiaborto muy movilizadas y bien financiadas están intentando**, en todas partes, reforzar o introducir leyes restrictivas – incluyendo enmiendas constitucionales – para bloquear el acceso de las mujeres a servicios seguros. Entre sus numerosas tácticas, el movimiento antiaborto ha creado la impresión de que el aborto es generalmente ilegal. **Casi**



---

\*La OMS (1992) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo indeseado, ya sea que lo realice una persona que no tiene las necesarias habilidades o en un ambiente que carece de los mínimos estándares médicos, o ambas cosas.





todos los países permiten el aborto por lo menos para salvar la vida de la mujer.\* Y aunque un 25 por ciento de la población mundial reside en países donde el aborto inducido es permitido sólo para salvar la vida de la mujer, casi un 75 por ciento vive en países donde el aborto es permitido en toda una serie de circunstancias o sin ninguna restricción en cuanto a las razones para hacérselo (ver Anexo I). Por lo tanto, es más preciso referirse al aborto como más o menos “legalmente restringido”, en lugar de “ilegal”.

Sostener la noción de que el aborto es “ilegal”, o de que los servicios deberían ser ofrecidos “sólo donde el aborto no está en contra de la ley”, induce deliberadamente a concepciones erróneas. En comparación, reconocer que el aborto es legal en casi todas partes, por lo menos para algunos casos, brinda las bases para la acción a profesionales de la salud, a defensores y defensoras de los derechos humanos, y otras personas que trabajan para asegurar el acceso de las mujeres a procedimientos seguros para interrumpir su embarazo. Además, los acuerdos a los que se ha llegado en las conferencias internacionales sobre las mujeres, la población y los derechos humanos, así como los tratados sobre derechos humanos, son instrumentos poderosos para la acción, pero son subutilizados.

## Justificando el Acceso al Aborto Seguro: Qué Dicen las Conferencias Internacionales

Los acuerdos adoptados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM), llevada a cabo en Beijing en 1995, representan un gran avance al compararse con el documento que fue aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población de 1984, en la Ciudad de México. Al declarar que “el aborto en ningún caso debería ser promovido como método de planificación familiar”, el Plan de Acción de 1984 ocultó las

---

\*149 de 151 países con una población mayor que un millón. (Nota: Esta cifra ha sido revisada desde que fue publicada originalmente en Rahman, Katzive y Henshaw, 1998).

referencias a los riesgos del aborto inseguro en un capítulo de menor importancia sobre mortalidad. Por contraste, los principales capítulos de los acuerdos de la CIPD y de la CCMM (ver Anexos II y III, respectivamente), reconocen al aborto inseguro como un problema importante de salud pública y definen los servicios relacionados con el aborto como un elemento esencial en la atención de la salud reproductiva. El Programa de Acción de la CIPD declara:

*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 intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes 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 no adecuadas 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 a 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. (CIPD, párrafo 8.25).*

Contemplados a través de los lentes más favorables, los acuerdos de la CIPD y de la CCMM, junto con otros documentos internacionales, pueden ser utilizados para argumentar vigorosamente en favor de la disponibilidad de abortos seguros como un servicio básico de salud. Tomemos en cuenta, por ejemplo, las diversas dimensiones de los derechos humanos definidas a continuación:



### **1 El derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad.**

Este derecho ha estado implícito en los acuerdos de conferencias sobre población desde la Conferencia Mundial de Población realizada en Bucarest, en 1974, cuando se reconoció el derecho de los individuos, y no solamente de las parejas, a decidir “libre y responsablemente” el número y espaciamiento de sus hijas/os. El derecho de la mujer en particular fue explícitamente reconocido en la Tercera Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Nairobi en 1985. Los acuerdos de la CCMM de 1995 refuerzan y extienden este derecho, para abarcar el derecho de las mujeres a controlar “cuestiones relativas a su sexualidad” (párrafo 96). Una explicación afirmativa sobre el derecho de los individuos (mujeres y hombres) a controlar su propia fecundidad, puede ser interpretada de tal forma que incluya el derecho de las mujeres a terminar un embarazo no deseado.

**2 El derecho de las mujeres al acceso al aborto seguro.** Los acuerdos de la CIPD, reforzados por la CCMM (párrafo 97), van más allá que cualquier otro acuerdo internacional al reconocer el derecho de las mujeres y los hombres a “tener acceso a métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, efectivos, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que elijan para regulación de la fecundidad cuando no vayan contra la ley” (párrafo 7.2). **La CIPD define el aborto seguro como un componente de los servicios de salud reproductiva (párrafo 7.6) y afirma que, donde sea legal, el aborto debería ser seguro (párrafo 8.25).** La CCMM subraya los riesgos para la salud a causa de abortos riesgosos y hace un llamado para que se revisen las leyes que castigan a las mujeres que han tenido abortos ilegales (párrafo 106k).

**3 Los derechos de las/os adolescentes.** Entre las disposiciones más discutidas de las recomendaciones de la CIPD y de la CCMM estuvieron aquellas que garantizaban los derechos de la gente joven a información confidencial y a servicios de salud sexual y reproductiva. Finalmente, los documentos de ambas conferencias incluyeron acuerdos extensos y sin precedentes acerca de este tema (CIPD, párrafos 7.41, 7.45 a 7.47; CCMM, párrafos 83l, 106m, 107e y g, 108k y l, 267, 281e y g, entre otros). El reconocimiento de los derechos de las/os adolescentes es esencial para reducir tanto las altas tasas de

embarazo adolescente no deseado, como también el gran número de abortos riesgosos en este grupo de edad.

**4 El derecho de las mujeres a la privacidad.** Los documentos de la CIPD y de la CCMM apoyan el derecho individual a la privacidad y argumentan en contra de la intromisión de los gobiernos (CIPD párrafos 7.12, 7.17 a 7.20; CCMM párrafos 103, 106f, 107e, 267). Por lo menos en un país, Estados Unidos, este derecho ha sido especialmente invocado en una decisión de la Corte Suprema, asegurando el derecho de las mujeres a decidir si tener o no un aborto.



## Justificando el Acceso al Aborto Seguro: Qué Dicen los Instrumentos de Derechos Humanos

**C**omo lo describen Cook y Fathalla (1996), ciertas disposiciones de los instrumentos internacionales de derechos humanos\* también pueden ser utilizados para argumentar en favor del acceso a servicios de aborto seguro:

**1 El derecho de las mujeres a la vida y a la seguridad de la persona.** Gran parte de las negociaciones que tuvieron lugar en la CIPD y la CCMM en torno a los derechos reproductivos de los individuos, surgió de disposiciones relacionadas con la vida y la seguridad contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículos 1 y 3), y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículos 6.1 y 9.1). Así, el derecho a la vida implicaría que los servicios de aborto deben ser ofrecidos a las mujeres cuyas vidas están en riesgo a causa del embarazo. Un país podría estar violando este derecho si se rehusa a proteger a las mujeres de los riesgos de muerte o discapacidad resultantes de abortos inseguros. El derecho a la seguridad de la persona puede ser interpretado como el derecho de la mujer a no ser obligada a cursar un embarazo a término ni a interrumpirlo, sino a decidir por sí misma

---

\*Ver Anexo IV al VII para artículos seleccionados de los instrumentos.

si desea continuar con un embarazo no deseado. Cook y Fathalla citan decisiones de las cortes que han señalado que las disposiciones restrictivas que penalizan el aborto son inconstitucionales, puesto que violan el derecho de la mujer a la libertad y a la seguridad.

6



## **2 El derecho de las mujeres a alcanzar el más alto nivel posible de salud.**

Las disposiciones de derechos humanos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), (Artículos 11f, 12, 14.2b) fueron instrumentos crucialmente importantes para negociar en la CIPD y la CCMM. Estas disposiciones pueden ser interpretadas y aplicadas argumentando que, para asegurar que las mujeres alcancen el más alto nivel de salud, ellas deben tener, entre otros servicios de salud reproductiva, el acceso a servicios de aborto seguro para responder a sus necesidades mínimas de salud.

3

## **3 El derecho de las mujeres a los beneficios del progreso científico, y el derecho a recibir e impartir información.**

Estos derechos, reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículos 27.1 y 19, respectivamente), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículo 19), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículos 15.1b y 15.3), y la CEDAW (Artículos 10h, 16e), también fueron utilizados en la CIPD y la CCMM para alcanzar acuerdos en varias disposiciones que demandan el acceso a las nuevas tecnologías (como por ejemplo, el aborto médico y la regulación menstrual); la prioridad a la investigación en salud reproductiva, que ha sido relativamente descuidada; y el total y libre acceso a la información sobre la salud reproductiva (CIPD, párrafos 7.2, 7.20, 7.23, 12.10 a 12.13, 12.17; CCMM, párrafos 95, 104, 223, entre otros).

Estos derechos podrían ser – aunque aún no lo han sido – explícitamente utilizados para promover el acceso legal a todos los métodos de aborto, derivado del derecho que tienen las mujeres a controlar su propia fecundidad, su derecho a la salud y su derecho a la seguridad de la persona (Dixon-Mueller, 1993).



## Fundamentos para la Acción

Las conferencias internacionales y los documentos de derechos humanos citados anteriormente no afirman, explícitamente, el *derecho* de las mujeres al aborto, ni tampoco demandan *legalmente* los servicios de aborto seguro como un elemento de la atención de la salud reproductiva. Además, los acuerdos de la CIPD y la CCMM reconocen la amplia diversidad de leyes nacionales y la soberanía de los gobiernos para determinar sus leyes y políticas nacionales. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los documentos de las conferencias y los instrumentos de derechos humanos – si se interpretan ampliamente y si la argumentación que se utiliza es hábil – pueden ser herramientas muy útiles en los esfuerzos para incrementar el acceso al aborto seguro.

Quienes se dedican a la defensoría, a la educación pública y a la acción política para promover la salud y los derechos de las mujeres, pueden afirmar que las mujeres tienen el derecho a interrumpir en forma segura embarazos no deseados y/o inoportunos. Deben avanzar más allá de la retórica de “la prevención y el manejo del aborto riesgoso”, para argumentar en cambio que el acceso al aborto seguro es la forma más directa de eliminar el aborto riesgoso. Esto es algo simple y de bajo costo, y muchos gobiernos facilitan o permiten a las mujeres obtener abortos seguros – sin importar cuál es la ley – por ejemplo, tomando como base razones de salud o ignorando las violaciones de las leyes restrictivas.



## Incrementando el Acceso a Servicios Seguros: Perspectivas y Posibilidades de Acción

Los grupos de mujeres, profesionales de la salud y líderes políticos han logrado un notable progreso en muchos países para desafiar las leyes restrictivas y asegurar que se ofrezcan servicios de aborto seguro para las mujeres, tanto dentro como fuera de la ley.



Los acuerdos de la CIPD y la CCMM y los instrumentos de derechos humanos han reforzado su moral y su confianza. A pesar de la substancial oposición, personas dedicadas, grupos y coaliciones de amplia base están actuando efectivamente para proteger e incrementar el acceso de las mujeres a servicios seguros en países tan diversos como Bangladesh, Brasil y Nigeria. De sus esfuerzos emerge una serie de conclusiones que puede ser útil en otros escenarios.

**I El asegurar la prestación de servicios al máximo de lo permitido por las leyes existentes, es una ayuda para pavimentar el camino a un acceso más amplio.**

Los gobiernos que participaron en la CIPD acordaron que, donde sean legales, los servicios de aborto deberían ser seguros (párrafo 8.25). Sin embargo, en países con leyes muy restrictivas (usualmente limitadas a salvar la vida de la mujer y en casos de violación), las/os profesionales de salud a menudo ignoran que las leyes permiten el aborto bajo dichas circunstancias, se rehusan a cumplir con la ley, o no están entrenados para ofrecer esos servicios. Asimismo, a menudo las regulaciones administrativas asociadas con leyes restrictivas son tan engorrosas, que las/os profesionales de salud que están dispuestos a prestar los servicios no pueden hacerlo o están tan confusos acerca de lo que sí les es permitido hacer, que no asumen el riesgo.

Informar a las autoridades hospitalarias acerca de las leyes existentes, **capacitar a profesionales de la salud en técnicas abortivas básicas,** y equiparlos con recursos adecuados, son pasos que pueden mejorar el acceso y cambiar las actitudes negativas hacia las mujeres que buscan esos servicios. **Además, las/os proveedores pueden hacer uso de una definición más amplia de lo que constituye un peligro para la vida de la mujer,** tomando en cuenta el riesgo de muerte cuando ella accede a un procedimiento clandestino o cuando intenta abortar por su propia cuenta. **También podrían considerar la violación conyugal como una razón justificable para interrumpir el embarazo** bajo la cláusula referente a violación. 

⚡ **Profesionales de la salud feministas y activistas en varias ciudades de Brasil,** han estado trabajando desde comienzos de los años 90 con facultades de medicina y con los sistemas municipales de salud para incrementar el conocimiento de la ley y cambiar el currículo de los cursos de capacitación. En sólo cinco

años, el número de hospitales que ofrecen aborto legal se ha incrementado de uno a por lo menos 13, en siete ciudades. En agosto de 1997, un proyecto de ley que exigía a todos los hospitales públicos ofrecer servicios de aborto legal (en casos de violación y para salvar la vida de la mujer) pasó un comité final del Congreso, lo que marcó una importante victoria simbólica para las defensoras del derecho a decidir. Las fuerzas antiaborto se han movilizado para impedir que el proyecto llegue a ser ley, pero es probable que el Ministerio de Salud, no importando el resultado legislativo, introduzca normas para hacer obligatoria la prestación de servicios de aborto legal en el sistema público de salud.

⌘ En la región noreste de **Brasil**, una organización feminista se movilizó para fomentar la prestación de servicios de aborto legal en su ciudad y estado, e impulsar un debate acerca de la legalización del aborto en general. La organización convocó a un seminario sobre el aborto en septiembre de 1997, a través del cual aseguró el compromiso del Ministerio de Salud a nivel estatal de ofrecer los servicios de aborto previstos por ley. El Ministerio formó una comisión relacionada con dicha implementación, en la que está incluida dicha organización feminista. Este grupo ha programado conducir talleres sobre servicios de aborto legal para profesionales de la salud en la maternidad local, en conjunto con la nueva comisión gubernamental.

⌘ En **Goiânia**, capital del estado de Goiás, al oeste de Brasilia, una pequeña organización de mujeres ha trabajado desde 1993 con las autoridades de salud del gobierno, con la facultad de la escuela de medicina y las/os estudiantes, y con el concejo de la ciudad para redactar una resolución que exige a los hospitales públicos prestar servicios de aborto legal. Después que la resolución fue aprobada en 1995, el grupo movilizó a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), y a los grupos de mujeres para impulsar el entrenamiento en aspiración manual endouterina (*manual vacuum aspiration, MVA*), educación al público y cobertura de los medios de comunicación. A pesar del trabajo persistente realizado por el grupo, las fuerzas antiaborto revocaron la resolución en 1997. La organización ha continuado, sin embargo, con un rol de liderazgo como miembro clave de un heterogéneo grupo de trabajo para la implementación del aborto legal. También han llegado a los medios de comunicación, ayudando a generar casi 250 artículos relacionados con el aborto en los periódicos locales en el transcurso de un año.





## **2** El entrenamiento del personal de los servicios de salud – tanto médicos como de otro tipo – para que le den tratamiento humano a las mujeres que sufren complicaciones de abortos riesgosos, amplía la base para el acceso.

Los acuerdos de la CIPD exhortan a los gobiernos a adoptar los pasos apropiados para dar tratamiento humano y consejería a todas las mujeres que sufren de complicaciones de abortos riesgosos (párrafo 7.24), y **la ética médica exige a las/os profesionales de la salud que atiendan a las mujeres que están enfermas o lesionadas.** Así, las/os profesionales de la salud requieren entrenamiento no sólo para dar tratamiento médico apropiado, sino también para comprender los dilemas que encaran las mujeres al enfrentarse a embarazos no deseados. Además, deben estar entrenados para dar consejo y apoyo emocional, y tratar a las mujeres con respeto. La experiencia del personal de servicios de salud en el tratamiento de las complicaciones de abortos puede ayudarles a entender que los servicios de aborto seguro no sólo son esenciales para prevenir lesiones y muertes, sino también que está en su capacidad entregar dichos servicios.

⌘ En **Chile**, desde 1995 las feministas han estado entrenando a trabajadoras/es de la salud en consejería postaborto, enfatizando el papel que juegan la sexualidad y las relaciones de poder entre los géneros en el problema del embarazo no deseado y en la decisión de abortar. Grupos feministas también han estado enseñando al personal de los servicios de salud cómo ofrecer atención respetuosa y compasiva a las mujeres con abortos incompletos, en contraste con la postura castigadora que frecuentemente adopta tal personal.

⌘ En **Kenia**, donde las complicaciones de abortos riesgosos contribuyen a cerca de un 35 por ciento del total de las muertes maternas, una red de médicas/os privados ha sido entrenada para ofrecer atención postaborto integral y asequible (*post-abortion care, PAC*) y servicios de planificación familiar.\* El entrenamiento cubre aspectos clínicos y teóricos sobre el aborto y otros temas de salud reproductiva, tales como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Los resultados preliminares demuestran que los costos asociados con el entrenamiento

---

\*La atención postaborto incluye: 1) tratamiento de emergencia para cualquier complicación; 2) consejería postaborto e información y servicios de planificación familiar; y 3) vínculos con otros servicios de salud reproductiva (Rogo, Orero y Oguttu, 1998).

de médicas/os en atención médica después del aborto son posibles de costear. La red actualmente se está incrementando en número y ubicación, y hay planes en camino para vincular a médicas/os privados con personal de atención primaria y con grupos locales de mujeres, de tal forma de crear en estas comunidades mayor conciencia y acción respecto del aborto riesgoso y el embarazo indeseado (Rogo, Orero y Oguttu, 1998). Este trabajo reciente complementa un trabajo de larga data realizado en el sector público, que inició en 1987 un hospital nacional docente junto con Ipas, una organización internacional. Se introdujo en el currículo médico la aspiración manual endouterina, para el tratamiento de complicaciones del aborto, y los servicios que incluían este procedimiento se proporcionaban junto con la consejería y los servicios de planificación familiar postaborto. Así, entre otros beneficios, el porcentaje de camas ocupadas y los costos de hospitalización por complicaciones de abortos se redujeron dramáticamente. En 1992, el Ministerio de Salud comenzó a trabajar para ampliar los servicios de aspiración manual endouterina a través del sistema de salud. Este servicio se ofrece en el hospital nacional y en 19 hospitales distritales; más de 200 médicas/os y enfermeras han sido entrenados para practicar o apoyar servicios de aspiración manual endouterina; y más de 15 mil mujeres han sido tratadas por aborto incompleto con dicho método (French, Waithaka y Ominde, 1998).

### **3 Un examen detenido de las leyes y reglamentos puede revelar formas de evadirlos según las cuales el aborto seguro puede ser proporcionado, incluso en lugares donde las leyes son restrictivas.**

En algunos países con leyes muy restrictivas, como por ejemplo Indonesia, el aborto es permitido para propósitos de docencia; las escuelas de medicina y algunas clínicas autónomas, por lo tanto, sí ofrecen dichos servicios. Incluso donde el aborto es prohibido bajo cualquier circunstancia, las/os médicos a veces deciden, por razones éticas, interrumpir un embarazo cuando la salud o vida de la mujer se ve seriamente amenazada. En otros países donde el aborto inducido es extremadamente restringido por la ley, la “regulación menstrual” (*menstrual regulation, MR*) por medio de la aspiración manual endouterina es, sin embargo, permitida como un procedimiento para inducir un período con atraso o “para asegurar que una mujer en riesgo de embarazo no esté realmente embarazada”. Para aprovechar totalmente estas oportunidades, las defensoras



de la salud de la mujer y el personal de servicios médicos necesitan informar a las mujeres dónde y cómo pueden obtener servicios seguros.

⌘ En **Bangladesh**, aunque el aborto inducido está legalmente restringido, el gobierno ofrece entrenamiento y servicios en regulación menstrual en las escuelas de medicina y en los puestos de salud a través del país. Tanto el personal médico como paramédico está entrenado en el sencillo procedimiento de evacuar el útero con una jeringa manual y una cánula (Dixon-Mueller, 1988). No obstante, las mujeres deben tener entre seis y ocho semanas de atraso en su período para ser elegibles para estos servicios. Muchas mujeres, antes de ir a una clínica o puesto de salud, intentan otros métodos tales como remedios de hierbas para que les llegue el período, y por ello se presentan demasiado tarde para que se les practique la regulación menstrual. Entonces, el desafío para el personal de servicios médicos y defensores de salud de las mujeres, es asegurar que éstas comprendan la importancia de presentarse a tiempo para obtener los servicios de regulación menstrual.



#### **4 La investigación y documentación sobre el aborto pueden ofrecer evidencia persuasiva para instituir cambios en la política legislativa y en los programas.**

La CIPD (párrafo 12.17) y la CCMM (párrafo 109i) hacen un llamado a los gobiernos para “comprender y tener mejor en cuenta los factores determinantes y las consecuencias del aborto provocado”. **Obtener estadísticas precisas sobre complicaciones y mortalidad relacionadas con el aborto puede ser un gran desafío, especialmente en escenarios que son legalmente restrictivos.**



Sin embargo, la información procedente de estudios a pequeña escala (e.g., en hospitales) puede aclarar, entre otros aspectos, la magnitud y el impacto local de las complicaciones del aborto riesgoso y las actitudes hacia el aborto que tienen las/os profesionales de la salud y el público en general. Se pueden usar los hallazgos de las investigaciones para oponerse a concepciones erróneas que prevalecen sobre las mujeres que requieren estos servicios, para informar al personal de servicios de salud y a los formuladores de políticas públicas acerca del devastador impacto que tiene el acceso restringido en la salud de las mujeres, y para evaluar el efecto potencial que tendría en su salud la liberalización de las leyes. También pueden ser útiles en los esfuerzos de defensoría

documentar las condiciones bajo las cuales las mujeres obtienen servicios clandestinos, o una estimación de las mujeres a quienes equivocadamente se les niega el acceso a abortos legales (Rogow, 1989).

⌘ En **Guyana**, las defensoras de la salud de la mujer que con éxito realizaron un *lobby* ayudando a liberalizar la ley sobre el aborto en 1995, atribuyen gran parte de este resultado a la información reunida a través de investigaciones hechas en hospitales acerca de las admisiones por abortos incompletos o mal hechos, y sobre el impacto del aborto riesgoso en los hospitales mismos. También entrevistaron a las/os profesionales médicos, adolescentes y al público en general, para evaluar sus actitudes en cuanto al aborto y la reforma de las leyes sobre el aborto, y documentaron historias personales de mujeres que han experimentado abortos clandestinos. Luego utilizaron dichos resultados para informar a los formuladores de políticas públicas respecto de la gran extensión que estaba teniendo el aborto ilegal, y el grave impacto que el acceso restringido tiene en la salud pública. Utilizando esta información, condujeron campañas de educación pública e hicieron uso de los medios de comunicación para ganar apoyo público (Nunes y Delph, 1995).

⌘ En **Chile**, donde el aborto no es permitido por ninguna razón – ni siquiera para salvar la vida de la madre – las leyes actuales contemplan una sanción de tres a cinco años de prisión para la mujer que ha tenido un aborto, y para quien lo efectuó. No obstante, la mayor parte de las mujeres y de quienes hacen el procedimiento, cuando son juzgados se les suspende la sentencia y no cumplen condenas en la cárcel (Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, 1998). Las fuerzas antiaborto están, por lo tanto, promoviendo legislaciones para asegurar que cumplan las sentencias en la cárcel, y para instar a las mujeres a que testifiquen contra las personas que les atendieron a cambio de sentencias reducidas. En agosto de 1998, un destacado médico chileno publicó en la prensa una carta pública pidiendo a las/os parlamentarias/os despenalizar el aborto, en base a investigaciones y documentación que demuestran que la mayoría de las mujeres chilenas que se practican abortos ya tiene hijas/os. Argumentó que castigar a las mujeres con prisión “atenta contra la vida familiar ya que castiga a los hijos al privarlos del necesario cuidado y el afecto de su madre”. Los datos demuestran una profunda inequidad en el tratamiento que





otorga la sociedad a las mujeres que tienen abortos: las mujeres que cuentan con dinero pueden obtener servicios seguros y generalmente no son descubiertas, acusadas ni castigadas (“Médico pide al congreso...” 1998).

⌘ En **Bolivia**, en 1996, seis ONGs se movilizaron para defender la declaración del Ministro de Salud que apoyaba la legalización del aborto como un medio para reducir muertes inútiles, y contrarrestar la oposición de la Iglesia Católica Romana la discusión pública del aborto y a la venta de condones para la gente joven. Produjeron un video y materiales educativos para jóvenes y realizaron una campaña de un mes de duración en los medios de comunicación, la que culminó con un evento cultural donde participaron artistas populares. Aunque tuvieron éxito en atraer una considerable atención de dichos medios, las ONGs también se dieron cuenta que necesitaban contar con más información sobre la opinión pública misma. En 1997, las ONGs condujeron una encuesta de opinión en 14 ciudades. Casi un 90 por ciento de quienes respondieron señaló que la decisión de tener un aborto debería quedar en manos de la mujer o de la pareja, y aproximadamente un 50 por ciento estuvo en desacuerdo con las posiciones de la Iglesia Católica Romana sobre la anticoncepción y el aborto. Aunque enfrentadas a una constante oposición, las ONGs continúan buscando maneras para mantener el tema en la discusión pública.

## **5 Educar al personal de los servicios de salud acerca de los reglamentos administrativos y simplificar tales reglamentos pueden facilitar el acceso a los servicios.**

Típicamente, son las leyes sobre el aborto de cada país las que capturan nuestra atención cuando pensamos en las estrategias para ampliar el acceso. Sin embargo, a menudo sucede que incluso cuando hay estatutos legales que permiten el aborto inducido por razones bastantes amplias, **los procedimientos administrativos complicados o poco realistas en hospitales y clínicas, hacen muy difícil que las mujeres elegibles para dichos servicios los obtengan realmente.** Tales procedimientos requieren períodos de espera, visitas repetidas, o entrevistas con los médicos, los que a veces son escasos. Estos otros requisitos administrativos que restringen el acceso, como por ejemplo, la decisión de que sólo los médicos pueden ofrecer los servicios, pueden ser modificados si son claramente identificados y se continúa su análisis.



⌘ En **Zambia**, donde las leyes sobre el aborto son liberales, los reglamentos administrativos señalan que tres médicos (que siempre escasean, especialmente en las áreas rurales), deben aprobar la solicitud de aborto. Eliminar esas regulaciones inútiles facilitaría significativamente el acceso.

⌘ En **India**, aun cuando la llamada *Medical Termination of Pregnancy Act (MTP)*, (Ley de Interrupción Médica del Embarazo), de 1971, permite el aborto por una amplia gama de razones, los reglamentos relacionados con la capacitación de las/os proveedoras y los requisitos exigidos a los establecimientos donde se realizan abortos, han limitado severamente el acceso a los servicios legales. Como resultado, la mayoría de los abortos realizados en el país son riesgosos y técnicamente contra la ley. Una decisión administrativa que distinga entre una interrupción médica del embarazo, que sólo puede ser legalmente realizada por médicos gineco-obstetras y por otros médicos con certificaciones especiales, y una regulación menstrual, que puede ser realizada (como sucede en Bangladesh) por paramédicos entrenados, podría ampliar el acceso a servicios seguros tanto en áreas urbanas como rurales. En forma similar, la *National Association of Ob-Gyns* (Asociación Nacional de Médicos Gineco-Obstetras) podría modificar sus requisitos que señalan que sólo a los médicos entrenados se les permite realizar abortos (tanto la interrupción médica del embarazo como la regulación menstrual).

**6** **Las acciones concertadas de defensoría por parte de coaliciones de amplia base, a niveles locales y nacionales, pueden tener un impacto legislativo – o construir una base para futuros cambios legales – incluso en situaciones aparentemente de gran desventaja.**

Ya sea que intenten liberalizar leyes restrictivas o contrarrestar las campañas antiaborto que buscan reducir el acceso a los servicios legales, **las defensoras de los servicios de aborto seguro a menudo pueden alcanzar resultados importantes al construir alianzas con otros sectores interesados que les apoyan.** Aunque muchas veces es lenta, y a menudo frustrante, la formación de alianzas logra llevar al interior del proceso político y educativo a una variedad de personas y grupos que comparten intereses en el resultado. Este es el caso de las **asociaciones de mujeres** de muy diferentes clases o antecedentes étnicos o regionales, trabajado-



ras/es de la salud a todos los niveles, grupos de iglesia, políticos dispuestos a tomar riesgos respecto a temas en los cuales creen, profesionales en el campo de las leyes, y muchos otros. En tanto que sus intereses pueden ser diferentes, e incluso entrar en conflicto, a menudo es esta gran diversidad la que otorga a las coaliciones la fuerza y la legitimidad en la arena política.

⌘ En **Brasil**, en 1995, la red nacional feminista de organizaciones de salud, junto con otras ONGs y personas a título individual, realizó una campaña nacional para educar al público y a las/os legisladores acerca del probable impacto adverso de una propuesta de enmienda constitucional que afirmaba que la vida se inicia desde el momento de la concepción. Una de dichas organizaciones se encargó de hacer un seguimiento de los eventos en el Congreso y elaboró boletines para mantener informado al movimiento. Simultáneamente, numerosos grupos de mujeres de distintas regiones del país trabajaron con sus representantes locales al Congreso, con profesionales de la salud, medios de comunicación y otros para ayudar a generar una comprensión amplia acerca de las consecuencias probables de dicha enmienda. Ésta, finalmente, fue rechazada.

⌘ Después de las primeras elecciones democráticas en **África del Sur**, en 1994, una heterogénea coalición de defensoras de la salud de la mujer y de organizaciones de investigación, defensoría legal, desarrollo comunitario y de trabajadoras/es de la salud de distintas partes del país, dedicaron su tiempo, habilidades y otros recursos a favor de una campaña nacional para liberalizar las leyes del aborto. Sus integrantes utilizaron investigaciones que documentaban la extensión del aborto riesgoso en África del Sur, y también lograron el apoyo de figuras políticas claves, realizando un lobby exitoso, de tal forma que en 1996 el Parlamento adoptó una ley liberalizando el aborto.

⌘ En **Nepal** la ley prohíbe el aborto en casi todas las circunstancias, con la excepción de los procedimientos para salvar la vida de la mujer, se lo considera como homicidio criminal castigado con prisión, tanto para la mujer como para quien lo practica (Rahman, Katzive y Henshaw, 1998). No obstante, desde 1994, los grupos de mujeres han estado luchando para liberalizar la ley. La enmienda propuesta incluye disposiciones que permitirían a las mujeres obtener un aborto en el primer trimestre con el consentimiento del cónyuge, y cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, el aborto sería permitido en el

primer y segundo trimestres (Equality Now, 1998). En estos casos, las mujeres no podrían ser encarceladas, como ahora lo son, por haber tenido un aborto. A pesar de que el clima político actual es incierto y el Parlamento podría elegir no abordar el tema, el trabajo persistente de los grupos de mujeres está ayudando a construir las bases para futuros cambios.

## **7** Las decisiones que intentan la liberalización de las leyes deben estar basadas en evaluaciones cuidadosas de los riesgos posibles.

Donde los servicios seguros están medianamente disponibles a pesar de las leyes restrictivas, los esfuerzos para liberalizarlas pueden conducir a más restricciones, no a menos, y a implementaciones más estrictas de las legislaciones ya existentes. Por ejemplo, en Bangladesh, donde los servicios de regulación menstrual son ofrecidos ampliamente a través del sistema de salud público y en el sector privado, se cree mayoritariamente que un debate público sobre la ley del aborto podría poner en riesgo estos servicios. Asimismo, en varios países de América Latina donde las leyes son restrictivas, usualmente no se juzga a las mujeres o a quienes les practican los abortos, aunque pudieren ser molestados u obligados a sobornar a la policía. Por esa razón, quienes abogan por cambios legales necesitan evaluar cuidadosamente las posibilidades de éxito antes de llevar estos temas a la luz pública. En otros casos, donde las leyes restrictivas o las políticas son impuestas en un contexto liberal, la acción concertada es algo esencial.

⌘ En **Polonia**, en 1996, una alianza de grupos de mujeres ayudó a lograr la liberalización de la ley de aborto de 1993, la cual había negado a las mujeres el aborto legal excepto en casos de violación, incesto, severos defectos congénitos, o emergencia médica extrema. La ley de 1996, en cambio, también permitía a las mujeres que enfrentaban problemas económicos o personales, obtener el aborto legal hasta las 12 semanas de embarazo, después de haber recibido consejería obligatoria y completado un período de espera de tres días post-consejería. Sin embargo, un Tribunal Constitucional, presionado por fuerzas antiaborto, determinó que el aborto en base a consideraciones sociales era inconstitucional y por ello revocó la ley de 1996 antes de que pudiera ser implementada. Aunque este es un retroceso considerable, una coalición de





grupos pro libre opción, comprometida con la extensa y difícil lucha que se requiere para liberalizar la ley, está recopilando datos acerca del impacto de las restricciones del aborto en la salud de las mujeres; creando conciencia a nivel público para lograr un apoyo más amplio respecto del aborto como un derecho básico de las mujeres; monitoreando la implementación de la ley para evaluar, entre otras cosas, si los hospitales están realmente efectuando los abortos legalmente permitidos; y verificando si las escuelas están ofreciendo la educación sexual, la cual es legal.

## **8** La educación al público es esencial para ganar el apoyo a leyes liberales e incrementar el acceso a los servicios de aborto seguro.

En todos los países, el público en general necesita ser informado sobre los tremendos costos que implica el aborto riesgoso clandestino para las mujeres y sus familias. Donde las leyes son altamente restrictivas, la gente puede no llegar a comprender los desesperados e interminables momentos que las mujeres deben pasar para interrumpir un embarazo; donde las leyes son liberales, estas situaciones pueden haber caído en el olvido. Entre los elementos esenciales en los actuales esfuerzos para incrementar y proteger el acceso de las mujeres a servicios seguros, se incluyen: tomar el pulso de la opinión pública en diferentes sectores sociales y económicos, enfocar los temas de salud de las mujeres y su sobrevivencia, y educar al público sobre el alcance, las razones y las consecuencias de un aborto riesgoso.

En Nigeria y África del Sur, en América Latina y en Europa Oriental, hay grupos que están educando a los medios de comunicación y desarrollando seminarios y manifestaciones públicas para dar a conocer los enormes costos para las mujeres, sus familias y para el sistema de salud que causa el acceso restringido al aborto seguro, y para contrarrestar la información errónea propagada por los sectores oponentes al aborto. En escenarios donde las leyes son relativamente liberales, como es el caso de Estados Unidos, quienes defienden la libre opción continúan educando al público acerca de las consecuencias potencialmente peligrosas de retroceder a leyes y reglamentos más restrictivos.

⌘ A través de **América Latina** y el **Caribe**, el movimiento por los derechos

reproductivos y de salud ha realizado una campaña regional desde 1992 para crear una mayor conciencia acerca de los derechos reproductivos, para que se entienda mejor la necesidad de servicios seguros y legales de aborto, y para estimular el debate público. El movimiento realiza cada 28 de septiembre el Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, donde se informa a los medios de comunicación y se estimula un diálogo entre autoridades tanto de aquellos países con leyes relativamente liberales como aquellos con leyes más restrictivas. Este trabajo, que va más allá de las fronteras nacionales, está ayudando a crear un clima para el cambio.

⌘ En **Nigeria**, una alianza de profesionales de la salud, periodistas, activistas por los derechos de las mujeres, abogadas/os, y ONGs que buscan reducir el número de embarazos indeseados, ha trabajado en un borrador de ley para liberalizar el acceso al aborto seguro; ha publicado un boletín alusivo; ha realizado un simposio público titulado *So That Our Daughters Do Not Die* (Para que Nuestras Hijas no Mueran), y ha trabajado extensamente con los medios de comunicación, educando a los consejos editoriales y a las/os periodistas. Un taller para los medios de comunicación en el que tomaron parte 20 columnistas de los principales periódicos y productores de radio y televisión, tuvo como resultado una cobertura sustancial sobre el tema en los órganos de difusión más importantes del país. El grupo también formó una oficina de conferencistas que incluye a representantes de los medios de comunicación. Tomando en cuenta que quienes tienen a su cargo la formulación de políticas públicas han insistido que el gobierno no puede avanzar en el tema del aborto porque no existen datos “suficientes”, la alianza en respuesta realizó una investigación sobre la extensión del aborto riesgoso y su impacto en la salud de las mujeres en Nigeria, y compiló varias hojas de datos para efectos de defensoría política y educación pública.

⌘ En **Estados Unidos**, la *National Abortion and Reproductive Rights Action League*, NARAL (Liga Nacional de Acción por el Aborto y los Derechos Reproductivos), que cuenta con una extensa red de grupos de base a través del país, se preocupa de educar al público, realiza esfuerzos para que las/os legisladores pro libre opción sean elegidos, y promueve políticas sobre salud reproductiva. NARAL revisa, entre otras informaciones, la legislación sobre el aborto y los derechos reproductivos en cada estado y se mantiene vigilante de los



hechos de violencia contra las clínicas y las/os proveedores de servicios de aborto, de las intimidaciones hacia las mujeres que buscan dichos servicios, y del número de mujeres en riesgo de embarazo inoportuno (NARAL, 1998). NARAL utiliza estos amplios estudios para movilizar y activar tanto a la ciudadanía como a los políticos para luchar contra las crecientes restricciones en el acceso al aborto, como por ejemplo los períodos obligatorios de espera, los requisitos de consentimiento de parte de los padres, la proscripción de procedimientos específicos de aborto, y la prohibición del uso de fondos del gobierno para abortos.

⌘ Un grupo pro libre opción de **Uruguay** está produciendo un video y una guía de discusión específica para llegar a poblaciones marginadas y pobres en toda América Latina. El video enfatizará el derecho de la pareja, y especialmente de la mujer, a vivir una vida sexual sana, independiente de la procreación, y el derecho al aborto como una opción cuando el embarazo es indeseado o inoportuno.

**9 El apoyo de leyes y políticas, junto a personal de los servicios de salud entrenado y bien equipado, son elementos necesarios – aunque no suficientes – para garantizar el acceso a servicios seguros.**

Con frecuencia los servicios de aborto seguro no están disponibles o son inaccesibles incluso en países con leyes liberales sobre el aborto, como es el caso de India. Por lo tanto, es necesario, aunque no suficiente, el trabajo permanente para superar los obstáculos legales o reglamentarios. También deben hacerse inversiones para informar a las mujeres y a las jóvenes cuándo, dónde y cómo obtener tales servicios: qué pueden hacer, dónde pueden acudir, y cuánto les costará.

⌘ En **África del Sur**, con la aprobación de la llamada *Choice on Termination of Pregnancy Act* (Ley de Opción para Interrumpir el Embarazo), de 1996, la línea telefónica informativa de una ONG nacional de salud ha sido literalmente inundada de llamadas procedentes de mujeres y hombres que requieren antecedentes sobre la ley y dónde obtener los servicios. Esta línea provee al público con información oportuna sobre dicha legislación, los procedimientos de aborto, referencias sobre personas y lugares donde ser atendidas y, en algunos casos, consejería. Una alianza de treinta grupos ha comenzado a vigilar

la implementación de la ley (Reproductive Rights Alliance, 1997). A través de su publicación trimestral, quienes integran la alianza le informan al público, entre otras temas, sobre el estado de la implementación (por provincia y hospital), las barreras para el acceso y los problemas con la calidad de atención.

**10 Se requiere un sostenido apoyo técnico, financiero, político y moral para asegurar la viabilidad y efectividad de los servicios y la defensoría.**

Los intercambios a nivel nacional e internacional son medios importantes y efectivos para apoyar a quienes ofrecen los servicios y a las defensoras que a menudo trabajan en relativo aislamiento y enfrentan duras críticas.

⌘ En 1996, una conferencia internacional reunió a líderes del movimiento por el derecho al aborto, quienes revisaron estrategias para reformas legales, problemas con servicios y programas, y nuevas tecnologías médicas. Líderes de Guyana compartieron experiencias con activistas de África del Sur, Polonia, Colombia y Bangladesh. Integrantes de la alianza de Nigeria que impulsa una reforma de las leyes del aborto, compartieron ideas y estrategias con colegas de todo el mundo, y regresaron a sus sitios de origen revitalizadas con nuevas percepciones y determinaron coordinarse más con sus colegas de África.

⌘ **En Brasil, en 1997, un encuentro regional sobre aborto reunió a más de 80 participantes – funcionarios electos, activistas, profesionales del área de la salud y de las leyes, y periodistas – con el objetivo de afianzar los progresos alcanzados a nivel local para ofrecer servicios legales, de facilitar el intercambio y construir alianzas estratégicas entre actores claves y el movimiento de mujeres, y de crear conciencia y promover un debate nacional sobre el tema del aborto. Allí compartieron experiencias y desarrollaron estrategias hacia los medios de comunicación y para continuar el diálogo entre participantes que estuvieran trabajando por la despenalización del aborto. Entre muchos de los aspectos destacados de la reunión, un congresista habló sobre “los compromisos éticos de los hombres y el aborto”, revelando su propia experiencia personal con una pareja suya que había tenido un aborto. Su posición política y su franqueza acerca del tema, junto con el hecho de que su intervención fue televisada, produjeron un poderoso impacto.**



⌘ En octubre de 1998, 95 parlamentarias/os de 22 países de **América Latina** y el **Caribe** se reunieron en Colombia para discutir el aborto inducido. La reunión fue organizada por una universidad, para brindar un escenario académico en el cual las/os parlamentarias/os con una amplia gama de perspectivas políticas, se sintieran libres para discutir sensibles aspectos legales, éticos y políticos sobre el tema del aborto. A pesar de la diversidad de perspectivas políticas, contextos nacionales diferentes, y puntos de vistas personales sobre el aborto, las/os parlamentarias/os lograron una declaración de consenso (Declaración de Bogotá, 1998). Reconocieron que las legislaciones existentes han sido no sólo inefectivas en reducir el número de abortos inducidos en la región, sino que también han contribuido a incrementar el riesgo para las mujeres pobres. Se comprometieron a ayudar a salvar las vidas de las mujeres en sus respectivos países y mantener un debate abierto sobre temas relacionados con el aborto, con amplia participación de muchos sectores de la sociedad, incluyendo las organizaciones de mujeres.

⌘ **HERA, Health, Empowerment, Rights and Accountability** (Salud, Empoderamiento, Derechos y Rendición de Cuentas), es un grupo de trabajo internacional compuesto por 24 mujeres líderes procedentes de 18 países quienes trabajan conjuntamente para ayudar a alcanzar los acuerdos de la CIPD y la CCMM. El grupo ha elaborado hojas de datos que promueven acciones en torno a la salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto, para ser utilizadas en programas de entrenamiento, en la educación comunitaria y con funcionarios gubernamentales y agencias internacionales (HERA, 1998). Sus miembros trabajan en sus propios países en la implementación de acuerdos, y con agencias internacionales para asegurar que sus políticas, presupuestos y programas están en conformidad con los acuerdos de las conferencias.

# Anexo I

## Países Según Nivel de Restricción de las Leyes sobre el Aborto, Categorizados por Región, 1997\*

Restricciones al aborto	Las Américas y el Caribe	Asia Central, Oriente Medio y África del Norte	Asia del Este, Asia del Sur y el Pacífico	Europa	África Subsahariana	
<b>Para salvar la vida de la mujer</b>	Brasil- <sup>1</sup> AV Chile-ND Colombia El Salvador-ND Guatemala Haití Honduras México- <sup>1</sup> AV Nicaragua- <sup>1</sup> AC/AP Panamá- <sup>1</sup> AP/AV/DF Paraguay República Dominicana Venezuela	Afganistán Egipto- <sup>1</sup> AC Emiratos Árabes Unidos- <sup>1</sup> AC/AP Irán Libano Libia- <sup>1</sup> AP Omán Siria- <sup>1</sup> AC/AP Yemen	Bangladesh Filipinas Indonesia Laos Myanmar Nepal Papua Nueva Guinea Sri Lanka	Irlanda	Angola Benin Chad Congo (Brazzaville) Costa de Marfil Gabón Guinea-Bissau- <sup>1</sup> AC/AP Kenia Lesotho Madagascar Mali Mauritania Mauricio Niger Nigeria República Centroafricana República Democrática del Congo- <sup>1</sup> DF Senegal Somalia Sudán- <sup>1</sup> AV Tanzania Togo Uganda	
<b>Salud física</b>	Argentina- <sup>1</sup> AV (limitado) Bolivia- <sup>1</sup> AV/AI Costa Rica Ecuador- <sup>1</sup> AV/AI (limitado) Perú Uruguay- <sup>1</sup> AV	Arabia Saudita - <sup>1</sup> AC/AP Kuwait- <sup>1</sup> AC/AP/DF Marruecos- <sup>1</sup> AC	Paquistán República de Corea - <sup>1</sup> AC/AV/AI/DF Tailandia- <sup>1</sup> AV	Polonia- <sup>1</sup> AV/AI/DF	Burkina Faso - <sup>1</sup> AV/AI/DF Burundi Camerún- <sup>1</sup> AV Eritrea Etiopía Guinea Malawi- <sup>1</sup> AC Mozambique Ruanda Zimbabue - <sup>1</sup> AV/AI/DF	
<b>Salud mental</b>	Jamaica- <sup>1</sup> AP Trinidad y Tobago	Argelia Irak- <sup>1</sup> AC/AV/AI/DF Israel- <sup>1</sup> AV/AI/DF Jordania	Australia Malasia Nueva Zelanda- <sup>1</sup> AI/DF	España- <sup>1</sup> DF/AV Irlanda del Norte Portugal- <sup>1</sup> AP/DF/AV Suiza	Botswana- <sup>1</sup> DF/AV/AI Gambia Ghana- <sup>1</sup> DF/AV/AI Liberia- <sup>1</sup> DF/AV/AI Namibia- <sup>1</sup> DF/AV/AI Sierra Leona	
<b>Razones socio-económicas</b>			India- <sup>1</sup> AP/AV/DF Japón- <sup>1</sup> AC Taiwan- <sup>1</sup> AC/AP/AI/DF	Finlandia- <sup>1</sup> AV/DF Gran Bretaña- <sup>1</sup> DF	Zambia	
<b>Sin restricciones</b>	Canadá- <sup>1</sup> L Cuba- <sup>1</sup> -AP Estados Unidos- <sup>1</sup> PV Puerto Rico- <sup>1</sup> PV	Armenia* Azerbaiyán* Georgia* Kazakstán* Kirguistán* Tadzikistán* Túnez* Turquía- <sup>1</sup> -AC/AP Turkmenistán* Uzbekistán*	Camboya†- <sup>1</sup> AP China- <sup>1</sup> AP/L Corea del Norte-L Mongolia* Singapur‡ Vietnam-L	Albania* Alemania† Austria† Belarus* Bélgica† Bosnia Herzegovina*- <sup>1</sup> AP Bulgaria* Croacia*- <sup>1</sup> AP Dinamarca*- <sup>1</sup> AP Eslovenia*- <sup>1</sup> AP Estonia* Federación de Rusia* Francia*- <sup>1</sup> AP Grecia*- <sup>1</sup> AP	Holanda- <sup>1</sup> PV Hungria* Italia§- <sup>1</sup> AP Latvia* Lituania* Macedonia*- <sup>1</sup> AP Moldavia* Noruega*- <sup>1</sup> AP República Checa*- <sup>1</sup> AP República Eslovaca*- <sup>1</sup> AP Rumania† Suecia** Ucrania* Yugoslavia* PA	África del Sur*

\*Límite gestacional de 12 semanas. †Límite gestacional de 14 semanas. ‡Límite gestacional de 24 semanas. §Límite gestacional de 90 días. \*\* Límite gestacional de 18 semanas.  
 Notas: Para límites gestacionales, la duración del embarazo es calculada a partir del último periodo menstrual, que generalmente se considera que ocurre dos semanas antes de la concepción. De esta manera los tiempos reglamentarios calculados a partir de la fecha de la concepción se amplían a dos semanas.  
 ND: Existencia de defensa de necesidad es altamente dudosa. AC: se requiere autorización del cónyuge. AP: se requiere autorización de los padres. AV: se autoriza el aborto en casos de violación. AI: se permite el aborto en casos de incesto. DF: se permite el aborto en casos de daño fetal. L: la ley no indica tiempo límite de gestación. PV: no hay restricción legal alguna para los abortos previos a la viabilidad del feto.  
 Fuente: Rahman, A., L. Katzive y S. Henshaw. A global review of laws on induced abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives*, 24 N° 2, 1998. (Nota: El cuadro ha sido revisado desde que fue originalmente publicado.) Para mayor información, comuníquese con Center for Reproductive Law and Policy, 120 Wall Street, New York, NY 10005, USA. Tel.: 212-514-5534. Fax: 212-514-5538. E-mail: info@crfp.org



\*Interpretaciones del estatus legal y constitucional del aborto varían incluso dentro de los mismos países. Este compendio es el más reciente disponible.

## Anexo II

### Disposiciones Seleccionadas del Programa de Acción Adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994\*

**7.2** La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

**7.3** Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de

---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Doc. A/171/13, Nueva York, 18 de octubre de 1994.

salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

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

**7.12** El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose



de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. El éxito de los programas de educación sobre cuestiones de población y planificación de la familia en diversas situaciones demuestra que, dondequiera que estén, las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad. El principio de la libre elección basada en una buena información es indispensable para el éxito a largo plazo de los programas de planificación de la familia. No puede haber ninguna forma de coacción. En todas las sociedades hay numerosos incentivos e impedimentos sociales y económicos que influyen en las decisiones sobre la procreación y el número de hijos. En este siglo, muchos gobiernos han ensayado el uso de sistemas de incentivos y desincentivos a fin de disminuir o elevar la fecundidad. La mayoría de esos sistemas apenas han repercutido en la fecundidad y en algunos casos han sido contraproducentes. Los objetivos gubernamentales de planificación de la familia deberían definirse en función de las necesidades insatisfechas de información y servicios. Los objetivos demográficos, aunque sean un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberían imponerse a los proveedores de servicios de planificación de la familia en forma de metas o de cuotas para conseguir clientes.

**7.17** Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, a que implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y a asegurar el mejoramiento constante de la calidad de los servicios. Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado y también con respecto a la prestación de los servicios. Deberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas.

**7.18** Las organizaciones no gubernamentales deberían desempeñar un papel activo en la movilización del apoyo de la comunidad y la familia, contribuir al aumento de la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia y cooperar con los gobiernos en el proceso de preparación y prestación de la atención, sobre la base de la elección bien informada, y deberían ayudar a supervisar los programas de los sectores público y privado, incluidos los suyos propios.

**7.19** Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, todos los países deberían tratar de individualizar y eliminar todas las barreras importantes que todavía existan para la utilización de los servicios de planificación de la familia. Algunas de estas barreras se relacionan con la insuficiencia, mala calidad y alto costo de los servicios de planificación de la familia existentes. Las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales de planificación de la familia deberían plantearse como objetivo eliminar todas las barreras relacionadas con programas que impiden la aplicación de la planificación de la familia para el año 2005 mediante el nuevo diseño o la ampliación de la información y de los servi-

cios y otros métodos a fin de aumentar las posibilidades de las parejas y de las personas de adoptar decisiones libres e informadas sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y el momento de su nacimiento y para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual

**7.20** Específicamente, los gobiernos deberían obrar de modo que resultara más fácil para las parejas y las personas asumir la responsabilidad de su propia salud reproductiva eliminando las barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias innecesarias a la información y al acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia.

**7.23** En los años venideros, todos los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención. Entre otras medidas, los programas deberían:

- (a) Reconocer que los métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, el número de partos, el tamaño de la familia, la preferencia y otros factores, y velar por que mujeres y hombres tengan información sobre la mayor gama posible de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, para que puedan tomar decisiones libres y bien informadas;
- (b) Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios y su eficacia para prevenir la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- (c) Hacer que los servicios sean más seguros, asequibles y accesibles para el usuario y velar, mediante sistemas logísticos mejorados, por un suministro suficiente y continuo de productos anticonceptivos esenciales de alta calidad. Se debería asegurar la confidencialidad;
- (d) Ampliar y mejorar la capacitación formal e informal en atención de la salud reproductiva y planificación de la familia de todos los proveedores de atención sanitaria, instructores y administradores de salud, incluida la capacitación en comunicaciones y orientación interpersonal;
- (e) Asegurar una atención complementaria adecuada, incluido el tratamiento de los efectos secundarios de la utilización de anticonceptivos; 
- (f) Asegurar la disponibilidad local de servicios conexos de salud reproductiva o el establecimiento de procedimientos de remisión adecuados;
- (g) Además de las medidas cuantitativas de los resultados, dar mayor importancia a las medidas cualitativas que tienen en cuenta las perspectivas de los usuarios actuales y posibles de los servicios, a través de medios como los sistemas eficaces de información para la gestión y las técnicas de encuesta para la evaluación oportuna de los servicios;



(h) Los programas de planificación de la familia y salud reproductiva deberían hacer hincapié en la lactancia materna y en los servicios de apoyo que pueden contribuir a la vez al espaciamiento de los nacimientos, a la mejora de la salud de la madre y del hijo y al descenso de la mortalidad infantil.

**7.24** Los gobiernos deberían tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia, y proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto.



**7.41** Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación. Esta actividad es especialmente importante para la salud de las jóvenes y de sus hijos, para la libre determinación de las mujeres y, en muchos países, para los esfuerzos encaminados a reducir el impulso del crecimiento demográfico. La maternidad a edad muy temprana entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media, y los hijos de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. El embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo. Sobre todo en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad a edad temprana limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y es probable que produzcan efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos.

**7.45** Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.



**7.46** Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.

**7.47** Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, **atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas.** Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los adolescentes sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres.

**8.25** **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 intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes 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 no adecuadas 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 a 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.**

**12.10** La investigación, y en especial la investigación biomédica, ha contribuido de forma decisiva a que un número de personas cada vez mayor tenga acceso a una gama más amplia de métodos modernos, seguros y eficaces de regulación de la fecundidad. No obstante, no



todas las personas encuentran un método de planificación de la familia que les convenga y la gama de opciones de que disponen los hombres es más limitada que la de las mujeres. La incidencia cada vez mayor de las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA, exige inversiones considerablemente mayores en nuevos métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento. A pesar de que se han reducido enormemente los fondos destinados a la investigación sobre la salud reproductiva, las perspectivas de desarrollo y difusión de nuevos métodos y productos anticonceptivos y de regulación de la fecundidad son prometedoras. Con una mayor colaboración y coordinación de las actividades a nivel internacional se obtendrá una mejor relación costo-eficacia, aunque es necesario un incremento importante del apoyo de los gobiernos y de la industria para que diversos métodos nuevos, seguros y asequibles den resultado, en especial métodos de barrera. Esas investigaciones deberían inspirarse en todas las etapas en las perspectivas de ambos sexos, en particular las de la mujer, y las necesidades de los usuarios, y deberían realizarse respetando estrictamente las normas jurídicas, éticas, médicas y científicas de investigación biomédica internacionalmente aceptadas.

**12.11** Los objetivos son:

- (a) Contribuir a la comprensión de los factores que influyen en la salud reproductiva de todas las personas, incluida la salud sexual, y ampliar las opciones en materia de reproducción;
- (b) Velar por la seguridad, calidad y salubridad iniciales y constantes de los métodos de regulación de la fecundidad;
- (c) Para que todas las personas tengan la oportunidad de conseguir y conservar una buena salud reproductiva y sexual, la comunidad internacional debería movilizar toda la gama de investigaciones básicas biomédicas, sociales y sobre comportamientos y programas en materia de salud reproductiva y sexualidad.

**12.12** Los gobiernos, con la ayuda de la comunidad internacional y de los organismos donantes, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y las universidades, deberían aumentar el apoyo a la investigación, básica y aplicada, biomédica, tecnológica, clínica, epidemiológica y social para reforzar los servicios de salud reproductiva, inclusive el mejoramiento de los métodos actuales y el desarrollo de nuevos métodos de regulación de la fecundidad que respondan a las necesidades de los usuarios y sean aceptables, fáciles de utilizar, seguros, exentos de efectos secundarios a largo y corto plazo y de efectos de segunda generación, eficaces, asequibles, adecuados para diferentes grupos de edad y grupos culturales y para las diferentes fases del ciclo reproductivo. El ensayo y la introducción de todas las tecnologías nuevas debería ser objeto de una supervisión constante para evitar los posibles abusos. Concretamente, es preciso prestar más atención a los métodos de barrera tanto para el hombre como para la mujer, para el control de la fecundidad y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, así como los microbicidas y virucidas, impidan o no el embarazo.

**12.13** Se necesitan con urgencia investigaciones sobre la sexualidad y los papeles de cada sexo y las relaciones entre ellos en diferentes contextos culturales, insistiendo en los aspectos siguientes: el abuso sexual; la discriminación y la violencia contra la mujer; la mutilación genital, si se practica; el comportamiento y las costumbres sexuales; las actitudes del varón respecto de la sexualidad y la procreación, la fecundidad, la familia y los papeles de cada sexo; los comportamientos de riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados; las necesidades manifiestas de hombres y mujeres en cuanto a métodos de regulación de la fecundidad y servicios de salud sexual; y las razones a que obedece la no utilización o la utilización ineficaz de los servicios y tecnologías existentes.

**12.17** Puesto que el aborto en malas condiciones es una importante amenaza para la salud y la vida de las mujeres, deberían promoverse investigaciones para comprender y tener mejor en cuenta los factores determinantes y las consecuencias del aborto provocado, inclusive sus efectos sobre la fecundidad ulterior, la salud reproductiva y mental y las prácticas anticonceptivas, así como investigaciones sobre el tratamiento de las complicaciones de los abortos y el cuidado después de los abortos.



## Anexo III

### Disposiciones Seleccionadas de la Plataforma de Acción Adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995\*

**83** Medidas que han de adoptar los gobiernos, las autoridades educativas y otras instituciones educativas y académicas:

- (k) Eliminar, en los programas de educación académica sobre las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer, cuando proceda, las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza de cuestiones sexuales y de salud reproductiva;
- (l) Promover, con el apoyo de sus padres y en colaboración con el personal y las instituciones docentes, la elaboración de programas educativos para niñas y niños y la creación de servicios integrados, a fin de fomentar la comprensión de sus responsabilidades y ayudarles a asumir esas responsabilidades, teniendo en cuenta la importancia de esa educación y esos servicios para el desarrollo personal y la autoestima, así como la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente, especialmente el VIH/SIDA, y fenómenos tales como la violencia y el abuso sexuales.

**95** Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los indivi-

---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer*. Doc. A/Conf. 177/20, Nueva York, 17 de octubre de 1995.

duos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

**96** Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

**97** Además, la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Existen en cierta medida problemas similares en algunos países con economía en transición. El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano. Habría que examinar estos problemas y los medios para combatirlos sobre la base del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con particular referencia a los párrafos perti-



nentes del Programa de Acción de la Conferencia. En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer.

**I 03** La calidad de la atención de la salud de la mujer suele ser deficiente en diversos aspectos, según las circunstancias locales. En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Además, en algunos países se suelen recetar más medicamentos de los necesarios o dosis más altas para tratar las afecciones propias de la mujer, lo cual lleva a intervenciones quirúrgicas innecesarias y una medicación inadecuada.

**I 04** Las estadísticas sobre salud no se suelen reunir, desglosar y analizar de forma sistemática por edad, sexo y situación socioeconómica basándose en criterios demográficos establecidos utilizados para atender los intereses y resolver los problemas de subgrupos, haciendo especial hincapié en los elementos vulnerables y marginados y otras variables pertinentes. En muchos países no existen datos recientes y fidedignos sobre la mortalidad y la morbilidad de la mujer; ni sobre las afecciones y enfermedades que afectan a la mujer en particular. Se sabe relativamente poco sobre las formas en que los factores sociales y económicos afectan a la salud de niñas y mujeres de todas las edades, sobre la prestación de servicios de salud a niñas y mujeres y las modalidades de su utilización de esos servicios y sobre el valor de los programas de prevención de enfermedades y de promoción de la salud de las mujeres. No se han hecho investigaciones suficientes sobre temas de importancia para la salud de la mujer; y a menudo se carece de fondos para esas investigaciones. Las investigaciones sobre las enfermedades coronarias, por ejemplo, y los estudios epidemiológicos de muchos países suelen basarse únicamente en el análisis de pacientes varones. Los ensayos clínicos con mujeres encaminados a establecer información básica sobre las dosis, los efectos secundarios y la eficacia de medicamentos, incluidos los anticonceptivos, son notablemente raros y, cuando los hay, no se suelen ajustar a las normas éticas de investigación y ensayo. Muchos protocolos de terapias de drogas y otros tratamientos médicos que se aplican a la mujer; así como muchas intervenciones que se le practican, se basan en investigaciones sobre pacientes varones que no se han sometido a un análisis o ajuste posterior para dar cabida a las diferencias entre uno y otro sexo.

**I 06** Medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales: :

- (f) Reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género y se hagan eco de las perspectivas de los usuarios con respecto a la capacidad de comunicación y relación personal y del derecho del usuario

a la privacidad y confidencialidad. Estos servicios y los servicios de información y capacitación deben basarse en un enfoque integral;

- (j) Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos, por ser una cuestión de gran importancia para la salud pública, tal como se acordó en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo;
- (k) A la luz de lo dispuesto en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, donde se establece que: “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 intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes 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 no adecuadas 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 a asesoramiento comprensivo. 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”, considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales;
- (m) Conseguir que las niñas dispongan en todo momento de la información y los servicios necesarios en materia de salud y nutrición a medida que van creciendo, con el fin de facilitar una transición saludable de la niñez a la edad adulta.

**107** Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas:

- (e) Preparar y difundir información accesible, mediante campañas de salud pública, los medios de comunicación, buenos servicios de asesoramiento y el sistema educacional, con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas jurídicamente responsables de los niños de facilitar, con arreglo a las capaci-



dades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las medidas que afecten a los niños, una de las consideraciones primordiales será el bienestar del propio niño;

- (g) Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e).

**108** Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:

- (k) Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de los adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable;
- (l) Preparar programas específicos para varones de todas las edades, y para los varones adolescentes, reconociendo las funciones parentales a que se hace referencia en el párrafo 107 e) *supra*, con objeto de proporcionar información completa y fidedigna sobre conducta sexual responsable y sin riesgo, que incluya métodos voluntarios pertinentes y eficaces adoptados por los varones para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, mediante, entre otros, la abstinencia y el uso de preservativos.

**109** Medidas que han de adoptar los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los profesionales de salud, las instituciones de investigación, las organizaciones no gubernamentales, los donantes, las industrias farmacéuticas y los medios de comunicación, según convenga:

- (i) Dado que el aborto sin condiciones de seguridad plantea una grave amenaza a la salud y la vida de las mujeres, deben promoverse las investigaciones encaminadas a comprender y encarar con mayor eficacia las condiciones que determinan el aborto inducido y sus consecuencias, incluidos sus efectos futuros en la fecundidad, la salud reproductiva y mental y en la práctica anticonceptiva, además de las investigaciones sobre el tratamiento de complicaciones planteadas por los abortos, y los cuidados con posterioridad al aborto.

**223** Teniendo presentes el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración de Viena y el Programa de Acción aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer reafirma que los derechos a la procreación se basan en decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento en que desean tener hijos y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, así



como el reconocimiento del derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen su derecho a adoptar decisiones en lo que se refiere a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

**267** La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoció, en el párrafo 7.3 del Programa de Acción, que “se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y hombres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”, teniendo en cuenta el derecho del niño a la información, a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento con conocimiento de causa, así como las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres y tutores en lo que respecta a proporcionar al niño, con arreglo a la evolución de sus capacidades, un asesoramiento y orientación apropiados para el ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las acciones referentes a los niños, la consideración primordial será el interés superior del niño. Debe prestarse apoyo a la educación sexual integral de los jóvenes, con el respaldo y la guía de los padres, en la que se subraye la responsabilidad de los varones con respecto de su propia sexualidad y fecundidad y en la que se les ayude a asumir esas responsabilidades.

**281** Medidas que han de adoptar los gobiernos y las organizaciones internacionales y no gubernamentales:

- (c) Fortalecer y reformar la educación sanitaria y los servicios de salud, sobre todo los programas de atención primaria de la salud, incluidas la salud sexual y reproductiva, crear buenos programas de salud que satisfagan las necesidades físicas y mentales de las muchachas y para atender las necesidades de las madres jóvenes, las mujeres embarazadas y las madres lactantes;
- (e) Velar por que las muchachas, sobre todo las adolescentes, reciban educación e información en materia de fisiología reproductiva, salud reproductiva y salud sexual, conforme a lo acordado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y a lo establecido en el informe de esa Conferencia, así como en materia de prácticas responsables de planificación de la familia, vida de familia, salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, transmisión y prevención del VIH/SIDA, reconociendo las funciones de los padres mencionadas en el párrafo 267;
- (g) Hacer hincapié en la responsabilidad que incumbe a los adolescentes por lo que respecta a la salud y las actividades sexuales y reproductivas mediante la prestación de los servicios y el asesoramiento apropiados, como se indica en el párrafo 267.



## Anexo IV

### Artículos Seleccionados de la Declaración Universal de Derechos Humanos\*

#### Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

#### Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

#### Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

#### Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

#### Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, G.A. 217A (III). 10 de diciembre de 1948. *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I. [Para adquirir el texto completo de este documento, véase página 42].

## Anexo V

### Artículos Seleccionados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos\*

#### Artículo 6 (1)

El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

#### Artículo 9 (1)

Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta.

#### Artículo 19

1. Nadie podrá ser molestado a causa de sus opiniones.
2. Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.
3. El ejercicio del derecho previsto en el párrafo 2 de este artículo entraña deberes y responsabilidades especiales. Por consiguiente, puede estar sujeto a ciertas restricciones, que deberán, sin embargo, estar expresamente fijadas por la ley y ser necesarias para:
  - a) Asegurar el respeto a los derechos o a la reputación de los demás;
  - b) La protección de la seguridad nacional, el orden público o la salud o la moral públicas.



---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200 A (XXI), 16 de diciembre de 1996 (entró en vigor el 23 de marzo de 1976). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I. [Para adquirir el texto completo de este documento, véase página 42].

## Anexo VI

### Artículos Seleccionados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales\*

#### Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

#### Artículo 15

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a:
  - b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.
3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora.

---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, G.A. Res. 2200 A (XXI), 16 de diciembre de 1996 (entró en vigor el 3 de enero de 1976). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen 1. [Para adquirir el texto completo de este documento, véase página 42].

## Anexo VII

### Artículos Seleccionados de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer\*

#### Parte III

##### Artículo 10

I. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

##### Artículo 11

I. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

##### Artículo 12

I. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo I *supra*, los Estados Partes garantizarán a la

---

\*Asamblea General de Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, G.A. Res. 34/180, 18 de diciembre de 1979 (entró en vigor el 3 de septiembre de 1981). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I.



mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

#### **Artículo 14**

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios y en particular le asegurarán el derecho a:

b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

#### **Artículo 16**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

## Referencias

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. *Encarceladas: Leyes contra el Aborto en Chile – Un Análisis desde los Derechos Humanos*. Nueva York: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, 1998.

Cook, R. J. y M. F. Fathalla. Advancing reproductive rights beyond Cairo and Beijing. *International Family Planning Perspectives*, 22, N° 3, 1996.

*Declaración de Bogotá*. Un documento procedente del Encuentro de Parlamentarias y Parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre Aborto Inducido. Bogotá, Colombia, 9 de octubre de 1998.

Dixon-Mueller, R. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westport, CT: Praeger, 1993.

\_\_\_\_\_. Innovations in reproductive health care: menstrual regulation policies and programs in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 19, N° 3, 1988.

Equality Now. Nepal: maternal mortality and the criminalization of abortion – the death of Bimla. *Women's Action* 10.2. Nueva York, 1998.

French, B., N. Waithaka y A. Ominde. Management of incomplete abortion in Kenya by clinical officers: a pilot study. Estudio sin publicar presentado en *Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research*, auspiciado por el Population Council, Nueva York, 19–21 de enero de 1998.

HERA (Salud, Empoderamiento, Derechos y Rendición de Cuentas). *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres – Hojas de Acción*. Nueva York: HERA (c/o International Women's Health Coalition), 1998.

Médico pide al congreso despenalizar el aborto. *La Tercera* (Santiago), 9 de agosto de 1998.

NARAL (National Abortion and Reproductive Rights Action League). *A State-by-State Review of Abortion and Reproductive Rights*. Washington, DC: NARAL Foundation, 1998.

Nunes, F. E. y Y. Delph. Making abortion law happen in Guyana: a success story. *Reproductive Health Matters*, N° 6, 1995.

Rahman, A., L. Katzive y S. Henshaw. A global review of laws on induced abortion, 1985–1997. *International Family Planning Perspectives*, 24, N° 2, 1998.





Reproductive Rights Alliance (RRA). *Barometer* (Johannesburg), septiembre de 1997, Volumen I, Tomo 2.

Rogo, K., S. Orero y M. Oguttu. Preventing unsafe abortion in western Kenya: an innovative approach through private physicians. *Reproductive Health Matters*, 6, N° 11, 1998.

Rogow, D. Designing abortion research for policy impact. *Methodological Issues in Abortion Research*, Nueva York: Population Council, 1990.

Asamblea General de Naciones Unidas. *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer*. Doc. A/Conf. 177/20, Nueva York, 17 de octubre de 1995.

\_\_\_\_\_. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Doc. A/171/13, Nueva York, 18 de octubre de 1994.

\_\_\_\_\_. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, G.A. Res. 34/180, 18 de diciembre de 1979 (entró en vigor el 3 de septiembre de 1981). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I.

\_\_\_\_\_. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200 A (XXI), 16 de diciembre de 1966 (entró en vigor el 23 de marzo de 1976). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I.

\_\_\_\_\_. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, G.A. Res. 2200 (XXI), 16 de diciembre de 1966 (entró en vigor el 3 de enero de 1976). *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I.

\_\_\_\_\_. Declaración Universal de Derechos Humanos, G.A. 217A (III), 10 de diciembre de 1948. *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, 1994, Volumen I.

Organización Mundial de la Salud. *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group*. WHO/MSM/92.5, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.

Organización Mundial de la Salud. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion, with a Listing of Available Country Data*. WHO/RHT/MSM/97.16, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.

## Publicaciones e Informes Disponibles de la IWHC

*Practical and Ethical Dimensions in the Clinical Testing of Microbicides* (1998)

*Ensuring Women's Sexual and Reproductive Health and Rights* (1996)

*Gender and Health: From Research to Action* (1996)

*Women Redrawing the Map: The World After the Beijing and Cairo Conferences* (1996)

*El Consenso de El Cairo: El Programa Acertado en el Momento Oportuno* (1995)

(Disponible también en chino e inglés)

*Challenging the Culture of Silence: Building Alliances to End Reproductive Tract Infections* (1994)

*Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (1994)

*Salud Reproductiva y Justicia: Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para El Cairo '94* (1994) (Disponible también en francés, inglés y portugués)

*Stalking the Elusive Unmet Need for Family Planning* (1994)

*Violence Against Women: The Hidden Health Burden* (1994)

*Women's Perspectives on Fertility Regulation Methods and Services* (1994)

*Women's Perspectives on Reproductive Health Research* (1994)

*Cuatro Ensayos sobre las Necesidades y los Riesgos del Control de Natalidad* (1993)

(Disponible también en francés y inglés)

*The Sexuality Connection in Reproductive Health* (1993)

*Population Policy and Women's Political Action in Three Developing Countries* (1993)

*Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health* (1992)

*Declaración de las Mujeres sobre Políticas de Población* (1992) (Disponible también en francés, inglés y portugués)

*Creating Common Ground: Report of a Meeting Between Women's Health Advocates and Scientists on Women's Perspectives on the Introduction of Fertility Regulation Technologies* (1991)



***La cultura del silencio: Reproductive Tract Infections Among Women in the Third World*** (1991) (Disponible también en chino, inglés y portugués)

***Reproductive Tract Infections in Women in the Third World: National and International Policy Implications*** (1991)

***Abortion Policy and Women's Health in Developing Countries*** (1990)

***Control de población y salud de las mujeres: equilibrando la balanza*** (1989) (Disponible también en francés y inglés)

***Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy*** (1989)

***Innovations in Reproductive Health Care: Menstrual Regulation Policies and Programs in Bangladesh*** (1988)

***A Study of Costs and Behavioral Outcomes of Menstrual Regulation Services in Bangladesh*** (1988)

***Incrementando el Acceso al Aborto Seguro: Estrategias para la Acción*** (1998) (Disponible también en francés y inglés)



## **Junta Directiva de IWHC**

Ellen Chesler, Ph.D., Presidenta General  
Jacqueline de Chollet, Vicepresidenta General  
Gita Sen, Ph.D., Vicepresidenta General  
Jo Ivey Boufford, M.D., Secretaria/Tresorera  
Adrienne Germain, Presidenta de la IWHC

Nicolaas Biegman, Ph.D.  
Ana O. Dumois, Ph.D.  
Joan B. Dunlop  
Mahmoud Fathalla, M.D., Ph.D.  
Susanne M. Ihre  
Nafsiah Mboi, M.D.  
Pascoal Manuel Mocumbi, M.D.  
Anastasia PosadskayaVanderbeck, Ph.D.  
Sigrid Rausing, Ph.D.  
Sandra Silverman

Editora Administrativa: Hilary Maddux  
Asistentes de Producción: Renu Nahata, Celia Silva  
Traducción: Adriana Gomez (LACWHN)  
Correctora de Copia: Aura Retamoso  
Diseño Gráfico: Julie Graham, Curtis & Company  
Imprenta: Citation Graphics

Impreso en papel reciclado.

