

# A 20 AÑOS DE LA CONFERENCIA DE CAIRO

Balance sobre 13 países seleccionados de la Región



# A 20 AÑOS DE LA CONFERENCIA DE CAIRO:

## Balance sobre 13 países seleccionados de la Región

### RESUMEN EJECUTIVO<sup>1</sup> – agosto 2013

Como balance de la situación, a 20 años de la Conferencia de Cairo, CLADEM ha desarrollado una investigación con metodología cualitativa en 13 países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay<sup>2</sup>. Su objetivo es relevar la situación actual, y los avances y retrocesos en el período abordado. Marco temporal: cambios en el decenio 2003-2012 (incluidos). Se han relevado las siguientes áreas de interés:

- I. Legislación
- II. Existencia y calidad de las prestaciones en SSR (solo a nivel nacional, público y gratuito)
- III. Situación del aborto inducido
- IV. Acciones de gobierno realizadas a favor de la SSR
- V. Mecanismos de recepción de quejas/rendición de cuentas
- VI. Otros temas pendientes

### El presente estudio presenta tres partes:

- 1) Balance regional por áreas temáticas y regiones
- 2) Situación actual de los países, sobre SSR
- 3) A manera de Conclusión: avances y retrocesos, mantener la vigilancia

<sup>1</sup> Constituye la versión abreviada de un estudio mayor

<sup>2</sup> Se utilizó la metodología de Informante clave. Período de recolección de la información: diciembre 2012 a abril 2013

# PRIMERA PARTE

## BALANCE REGIONAL

**Visión general.** Los 13 países presentan avances legislativos o en políticas públicas en el decenio; el gran desafío es cerrar la brecha entre la normativa y las prácticas reales, ya que la calidad de los servicios y prestaciones en SSR es en promedio regular; y mala en algunos países. En algunos casos, la dificultad estriba en la situación económica del país, o en el presupuesto asignado; en la mayoría no tienen presupuesto propio, dependen de asignaciones del presupuesto nacional, y de la prioridad que se le otorgue. En otros casos, el principal obstáculo es ideológico. A continuación señalamos problemas vigentes para todos ellos; en la sección correspondiente mencionaremos problemas específicos de cada país.

- Persistencia de visión patriarcal, sexista: los hombres y/o la lógica patriarcal deciden sobre el cuerpo de las mujeres, a nivel privado (familias) y a nivel público (sistema de salud, poder legislativo, judicial).
- Educación sexual de aplicación irregular, heterogénea o incipiente, con orientación biologista.
- Penalización del aborto, salvo excepciones. En Centroamérica y República Dominicana, clima cultural e institucional muy adverso; tabú.
- Fuerte presencia de sectores de ideología conservadora (religiosa o no) con gran activismo contra los DSR.
- Los Estados otorgan una baja prioridad a las políticas públicas en el tema (incluye lo presupuestario).
- Uso frecuente e indiscriminado de la objeción de conciencia para no efectuar ciertas prácticas.
- Baja calidad de los mecanismos de recepción de quejas/denuncias y rendición de cuentas.
- Dificultades para incluir la SSR en el marco conceptual y normativo de los DDHH.

## I. Legislación.

La mayoría de los países bajo estudio han promulgado normativa formal que protege el derecho a la salud sexual y reproductiva (de manera amplia, respaldando los DDHH en general, o específicamente los DSR). No en todos los casos son leyes nacionales específicas: éstas las tienen solamente Argentina, Colombia y Uruguay. El resto presentan decretos, acuerdos o articulados dentro de leyes más generales (sobre salud en general o juventud). Algunos países, como Paraguay, tiene gran cantidad de normativas parciales, lo que puede ocasionar cierta confusión en prestadores/as y usuarias por la dispersión de normas.<sup>3</sup> Los dos que no han legislado son El Salvador y Honduras; Paraguay debe mejorar la calidad de su normativa.

Incorporación explícita de los DSR/SSR a la Constitución (si bien en una gama amplia de contenidos y concepciones): Bolivia y México. También Brasil aunque no con esa expresión. Guatemala y Panamá, aluden al cuidado de la salud y lo vinculan a derechos básicos como el derecho a maternidad y paternidad responsable. Argentina y Perú a la salud, la vida, la dignidad. Hay que señalar que todos los países ratificaron el Plan de Acción de Cairo entre otros muchos compromisos internacionales y regionales de DDHH (internacionales y regionales, que no siempre se correlaciona con mejor atención, pues los servicios exigen presupuesto, mientras las declaraciones no tienen costo.<sup>4</sup> Esta situación puede distorsionar la evaluación; por ello, en el siguiente cuadro no se incluye el reconocimiento constitucional.

Existencia de legislación vulneratoria de los DDHH/DSR: 5 países con aborto totalmente penalizado (sin causales de exención de pena-ver más adelante). República Dominicana con concordato firmado con El Vaticano, vigente. Guatemala, República Dominicana, Honduras, con reservas al Plan de Acción del Cairo, vigentes<sup>5, 6</sup>; aunque Argentina y El Salvador las retiraron. Existen disposiciones constitucionales protegiendo al “*nasciturus*” o la vida desde el momento de la concepción, (si bien con diferencias) en: El Salvador, (1999, art. 1); Guatemala (1985 art. 3); Paraguay (1992, art. 4)<sup>7</sup> y Perú (2012, art. 2); República Dominicana (2010, art 37). 16 Entidades Federativas (estados) mexicanos retrocedieron en sus Constituciones, sobre el tema aborto (eliminaron algunas causales de ANP) después de la legalización del aborto en DF (2011).<sup>8</sup>

<sup>3</sup> A esto hay que sumar la cuestión de cómo varía esta normativa en los países federales, es decir, a nivel descentralizado – que es el nivel que tiene a su cargo el cuidado de la salud - (de nuestro universo, Argentina, Brasil, México).

<sup>4</sup> A esto hay que sumar la cuestión de cómo varía esta normativa en los países federales, es decir, a nivel descentralizado – que es el nivel que tiene a su cargo el cuidado de la salud - (de nuestro universo, Argentina, Brasil, México).

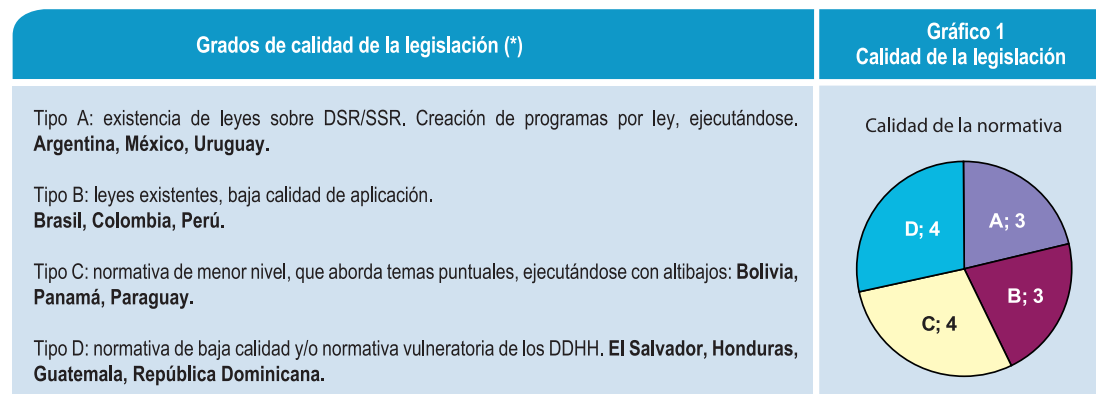
<sup>5</sup> En su momento, también establecieron reservas por escrito, países de LAC; Argentina, Perú, El Salvador y Ecuador, todas estas retiradas.

<sup>6</sup> Recordemos que los países que expresaron reservas eran en general países latinoamericanos de mayoría católica, países musulmanes y el Vaticano. Ver Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre 1994, publicación de Naciones Unidas Ventas n. 95 X111.18A/CONF.171/13, (1994).

<sup>7</sup> Paraguay la incluye con la expresión “en general”, que al igual que el Pacto de San José de Costa Rica no impediría despenalizar el aborto.

<sup>8</sup> Esta cláusula limita no solamente la legislación de no punibilidad por causales, sino el avance hacia la despenalización del aborto; y otros temas conexos, como la fertilización asistida, limitaciones para la distribución o indicación de determinados métodos anticonceptivos, y la muerte digna.

### Gráfico 1: Grados de la Calidad de la legislación en SSR



Fuente: Sistematización propia en base a relevamiento propio. (\*) Clasificación por orden decreciente.

## II. Existencia efectiva y calidad de las prestaciones en SSR (solo a nivel nacional, público y gratuito)

Existe una enorme brecha que separa la normativa de las prácticas. Si bien se ha mejorado en legislación general, son muchas menos las normativas de alto nivel que establecen políticas activas integrales en el tema. En la mayoría están sostenidas por acuerdos ministeriales, guías técnicas, etc. Las prestaciones suelen ser brindadas por los servicios de salud tradicionales, con el simple añadido de distribución de métodos anticonceptivos; en algunos países, sólo en algunos hospitales. Su implementación tiene obstáculos (de mayor o menor gravedad), sobre todo de calidad, y de continuidad de los insumos. Todos los países establecen su gratuidad, aunque no siempre sobre todas las prestaciones; o tienen parte del arancel cubierto por seguros, bonos, obras sociales o similares. En algunos países los centros de salud SSR están sobredemandados o colapsados.

### Principales obstáculos:

- Presupuestarios (falta de recursos humanos y materiales; insumos, discontinuidad en la provisión de MAC). En parte, dependiente del PBI del país y de la asignación presupuestaria al sector salud. (ver tabla y gráficos). Pero también está en juego la voluntad política de los gobiernos y la prioridad que otorguen al tema.
- Países con la capacidad de atención colapsada: El Salvador y Honduras. En Bolivia, la reciente gratuidad ha superado la oferta. En otros países han bajado la calidad y cantidad de prestaciones (Colombia y Brasil).
- En todos los países se informa peor atención en zonas rurales, marginales o con población indígena.
- Falta de capacitación/sensibilización al personal, suficiente y adecuada, especialmente en temas de DDHH y Género.

- Persistencia de actitudes biologicistas, autoritarias y patriarcales por parte del personal de salud.
- Persistencia de la priorización de la mujer madre (programas maternoinfantiles). Ej: Rede Cigonha (Red Cigüeña), Brasil; Guatemala, Honduras.
- Escasa difusión de los servicios que se prestan; poco conocimiento de sus derechos por parte de usuarias.

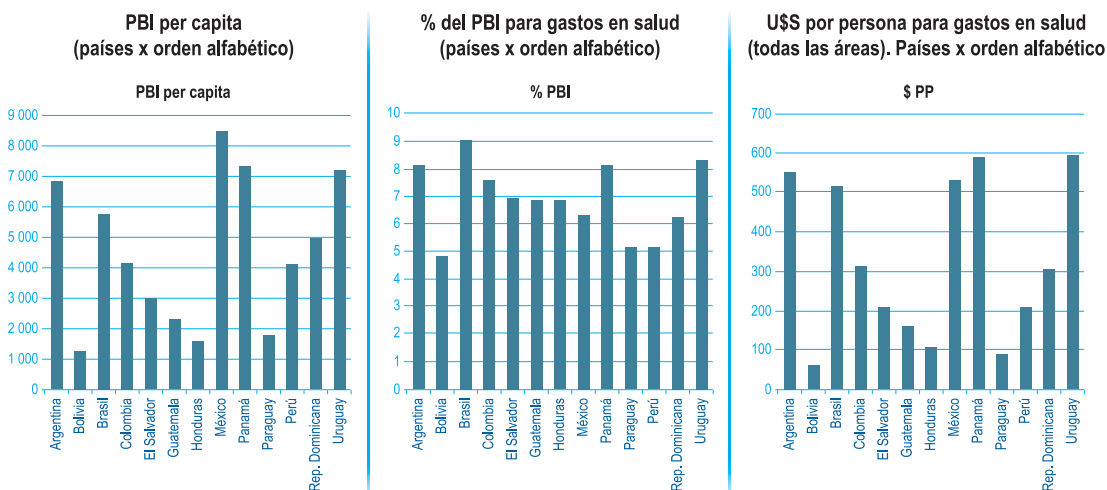
**Tabla 1: PBI per capita, % presupuesto para salud, (% PBI, x persona para gastos en salud (todas las áreas)**

País	Argentina	Bolivia	Brasil	Colombia	El Salvador	Guatemala	Honduras	México	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay
PBI/cap	6784	1239	5724	4116	2977	2304	1544	8444	7265	1772	4052	4919	7190
% del PBI	8,1	4,8	9	7,6	6,9	6,8	6,8	6,3	8,1	5,1	5,1	6,2	8,3
x persona	550	59	515	313	205	157	105	532	588	90	207	305	597

**Fuente:** Sistematización propia en base a datos de CEPAL-ECLAC. Santiago, 2012. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/48862/AnuarioEstadistico2012.pdf>. En US\$ constantes 2005

Como se ve, entre los extremos hay una diferencia de siete veces (México tiene un PBI per capita casi siete veces mayor que Bolivia). Sin embargo, la porción de presupuesto que asignan al sector salud varía menos: entre 8,3% (Uruguay) y 4,8% (Bolivia), es decir, dos veces. De todos modos y aunque aquí no está discriminada la porción destinada a la SSR, es clara la necesidad de demandar mayor prioridad para estos servicios.

**Gráfico 2: PBI per capita, presupuesto salud (% PBI) a salud, US\$ x persona para gastos en salud (todas las áreas)**



**Fuente:** Sistematización propia en base a datos de CEPAL-ECLAC. Santiago, 2012. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/48862/AnuarioEstadistico2012.pdf>. En US\$ constantes 2005

### III. Situación del aborto inducido.

Continúa la situación del decenio anterior, penalizado en general con causales de no punibilidad o exención de pena en la mayoría de los 13 países, salvo El Salvador, Honduras, República Dominicana que lo tienen penalizado por completo sin causales. Se han dado cuatro modificaciones: dos de mayor importancia, a saber:

- Uruguay legalizó el aborto por ley en todo su territorio nacional (2012). Se discuten algunas cláusulas restrictivas.
- México DF legalizó el aborto por ley, pero 18 entidades federativas retrocedieron en el mismo tema (2011).
- Colombia estableció causales de no punibilidad (fallo Tribunal Constitucional)<sup>9</sup> cuando anteriormente lo tenía penalizado por completo (2007).
- Argentina (fallo CSJN) estableció una interpretación amplia en la causal de violación, incluyendo todos los casos y estableciendo como requisito solamente declaración jurada (2012).
- En muchos países, el tema de la legalización del aborto está en la agenda pública. En otros, particularmente en Centroamérica y República Dominicana, constituye prácticamente un tema tabú.

### IV. Acciones de gobierno realizadas a favor de la SSR: El panorama de la región es mediocre.

- Las capacitaciones al personal son aisladas, no sistemáticas, en ocasiones erráticas. Los temas son fundamentalmente médicos; casi no existen en temas de DDHH y género. No se incluye al personal administrativo.
- Las campañas de difusión siguen el mismo patrón: esporádicas, aisladas, no enfatizan en derechos.
- No existen suficientes servicios o personal capacitado para atender a jóvenes de ambos sexos en sus necesidades específicas.

### V. Mecanismos de recepción de quejas/rendición de cuentas.

- En los 13 países estudiados, estos mecanismos son insuficientes o no funcionan de manera adecuada.
- Algunos tienen mecanismos formalmente establecidos, pero de aplicación errática o incompleta.

<sup>9</sup> Sentencia CCC 355.

- La encuesta diseñada por UNFPA para que los Estados dieran cuenta de lo realizado para cumplir el Plan de Acción del Cairo, no fue realizada en conjunto con las Organizaciones de la Sociedad Civil en la mayoría de los países, a pesar de la especial recomendación de UNFPA en ese sentido.

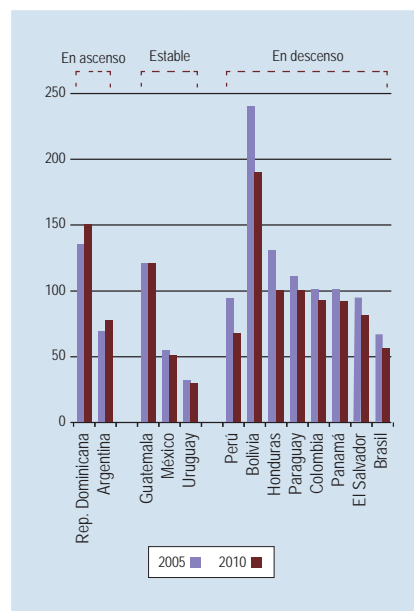
## **VI. Otros temas pendientes en los 13 países**

- Mortalidad Materna en cifras inaceptablemente altas, que sigue reflejando las consecuencias de la penalización del aborto (porque como se sabe, debido a ello las mujeres recurren a abortos inseguros).
- Falta de servicios para atención adecuada a adolescentes (a partir de los 14 años sin compañía de adulto).
- Ineficaz atención a víctimas de violencia sexual; con provisión de AHE y antirretrovirales.
- En zonas rurales y con población indígena, la atención es sensiblemente peor.
- Honduras tiene prohibida la distribución de AHE; Perú no la distribuye en el sistema público.
- No se cumple con atención humanizada del parto: la mujer es un objeto, no una sujeto de derechos.
- La educación sexual enfrenta graves problemas en todos los países; sufren lobby y acciones contrarias por parte de grupos fundamentalistas, religiosos y medios de comunicación masivos (grandes grupos).
- Penalización del aborto en la mayoría de los países en estudio.
- Colombia tiene un Procurador General con posiciones fundamentalistas, y existen iniciativas fuertes para derogar el fallo del Superior Tribunal que autorizó causales de despenalización del aborto.
- Persistencia de reservas al Plan de Acción del Cairo en algunos países, pese al Consenso de Brasilia.
- La educación sexual en las escuelas presenta obstáculos en todos los países. Casi nunca se da en nivel inicial; y El Salvador no la implementa.
- Varios países (Argentina, Paraguay, Perú entre otros) han incumplido dictámenes de Comités por casos de litigio internacional.
- La mayoría ha incumplido las observaciones finales de los Comités monitores de derechos humanos, y el Consenso de Brasilia, sobre revisar su legislación punitiva del aborto y realizar una consulta con las organizaciones de mujeres y Organizaciones de la Sociedad Civil.



### Gráfico 3: Tendencias de la Mortalidad Materna (comparación 2005-2010)

Según CEPAL, relevamiento comparativo entre 2005 y 2010, la mortalidad materna<sup>10</sup> sigue alta y no se cumplirá una parte del ODM 5 (Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna). Podemos clasificar a los países en tres grupos: los que la tienen en ascenso, los que están estables, y los que van en descenso. Entre los primeros (grupo de la izquierda): República Dominicana, Argentina. Entre los segundos (grupo del medio), Guatemala, México, Uruguay<sup>11</sup>; entre los terceros (grupo de la derecha) Perú, Bolivia, Honduras, Paraguay, Colombia, Panamá, El Salvador, Brasil. Debemos mencionar que en todos los casos hay subregistro y que estos datos de CEPAL han sido provistos por los gobiernos, aunque la OMS utiliza una metodología para su corrección.



Fuente: Sistematización propia en base a datos de CEPAL/UNFPA. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe Anual 2012. Sobre la base de datos de la OMS: Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates Developer by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.

Tabla 2: MM período 2005-2010, países agrupados por tendencias

años	Tend. ascenso		Tend. se mantiene			Tend. descenso							
	Rep. Dominicana	Argentina	Guatemala	México	Uruguay	Perú	Bolivia	Honduras	Paraguay	Colombia	Panamá	El Salvador	Brasil
2005	135	69	120	54	31	93	240	130	110	100	100	94	67
2010	150	77	120	50	29	67	190	100	99	92	92	81	56

Fuente: Sistematización propia en base a datos de CEPAL/UNFPA, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe Anual 2012. Sobre la base de datos de la OMS: Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates Developer by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank

<sup>10</sup> Recordemos que suelen utilizarse dos medidas en relación a la mortalidad materna: "La RMM representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos. En cambio, la tasa de mortalidad materna (TMM) refleja no sólo el riesgo de defunción materna por embarazo o por alumbramiento (nacido vivo o mortinato), sino también el grado de fertilidad en la población. OMS. "Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial." [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf)

<sup>11</sup> Se espera que a partir de la legalización del aborto, esta baje. En junio 2013, a 6 meses de su aplicación, el país informó que en el período no se habían registrado muertes maternas.

## SITUACIÓN POR SUBREGIONES

De los 13 países, los **centroamericanos más República Dominicana** son, claramente, los que tienen mayor debilidad institucional en relación al tema; más cantidad de legislación restrictiva (por ejemplo, sobre el aborto inducido) y mayores problemas para sostener los servicios y la provisión de insumos. Honduras y El Salvador parecen estar en emergencia; aunque Guatemala también parece estar deteriorándose rápidamente; presenta altas tasas de violencia sexual hacia mujeres y niñas. Panamá tiene un sistema de salud malo a pesar de que su PBI es relativamente alto; y República Dominicana enfrenta el cerco establecido por la Iglesia Católica. La atención siempre tiene altos márgenes de fragilidad, lo que implica períodos en los que no hay disponibilidad o acceso a insumos (entre ellos los MAC), sobredemanda a los servicios de salud que no logran responder a la demanda, y baja calidad del personal efector de salud (incluyendo todos los niveles y funciones).

Entre los **países andinos**, Bolivia tiene la peor cobertura en salud sexual y reproductiva, con graves deficiencias en la atención efectiva, y en el acceso a los servicios y la provisión de MAC y de tratamiento por vih-sida. Esto se refleja en sus altas tasas de mortalidad materna. Colombia tiene su sistema de salud totalmente fragmentado, con una descentralización neoliberal que empeora seriamente la gestión, con un PBI 3 veces mayor que el de Bolivia, y con una gran cantidad de legislación, normas, institucionalidad y políticas públicas en SSR, ha retrocedido alarmantemente ya que en la actualidad (desde el 2006 en adelante) no tiene una política pública integral en el tema. Además, las activistas del tema están siendo perseguidas por el Procurador General, entre otras fuerzas. Perú está sufriendo una escalada de los sectores conservadores, que buscan hacer retroceder la normativa del Derecho Penal (suprimiendo las causales de no punibilidad del aborto). Perú se enfrenta a un clima amenazante y de retrocesos tanto a nivel legislativo como en los servicios de salud, cuya calidad se ha deteriorado grandemente. Gran presencia de violencia sexual contra mujeres y niñas.

En el **Centro y Cono Sur** encontramos a Brasil, que retrocede desde una posición más adelantada hacia un lento desarmado de sus políticas en el tema, con una fuerte heterogeneidad entre sus Estados, y con iniciativas para incluir la cláusula de protección del “nasciturus” en su Constitución. Por otro lado, Argentina y Uruguay, dos de los países con un mejor panorama del grupo, que han avanzado claramente en el período estudiado, con ciertos matices entre sí. Mientras Uruguay legalizó el aborto,<sup>12</sup> Argentina legisló ampliando derechos para los grupos GLTBI, y consolidó

<sup>12</sup> Fuera del período contemplado en este análisis, Uruguay sancionó la ley de matrimonio igualitario el 3 de abril 2013.

su Programa Nacional y sus prestaciones. Paraguay también ha avanzado durante la gestión del presidente Lugo, pero actualmente se está en transición hacia un nuevo gobierno (después del golpe de estado parlamentario de 2012); el partido gobernante tiene una orientación neoliberal, pero su gestión deberá ser evaluada en su momento.

**México** tiene una Larga historia de políticas en SSR; al parecer, sigue manteniendo aproximadamente el mismo nivel de prestaciones (lo que es difícil de saber dada su enorme extensión geográfica y su diversidad institucional y cultural), pero no ha avanzado sustancialmente, salvo por la legalización del aborto en DF que tuvo una contracara indeseable: el retroceso de la normativa en 18 Entidades Federativas.

## SEGUNDA PARTE

### SITUACIÓN DE LOS PAÍSES

En esta sección se presentan solamente sus aspectos más relevantes, precedidos por algunos datos macro cuya fuente es CEPAL.<sup>13</sup>

#### ARGENTINA

Población total (miles)	41425 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	77.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	8.1 %	(2010)

#### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Legislación. En la década presenta un importante avance, gracias a la gran cantidad de leyes que amplían DSR de las mujeres y de los grupos de la diversidad sexual.
- Cuenta con un programa que brinda consejería, consultas y MACs, AHE, DIU, ACQ. Sus prestaciones son gratuitas, aunque los profesionales pueden imponer requisitos de otra índole (cantidad de hijos, autorización cónyuge para ACQ). Hay heterogeneidad en la calidad de las prestaciones según zona y jurisdicción ya que es un país federal. Horarios de atención suelen ser restringidos; actitud del personal autoritaria y patriarcal.
- Las necesidades insatisfechas en SSR son más sufridas por personas en situación de pobreza y/o rural.
- Vacuna gratuita contra HPV a niñas de 11 años (desde 2010).
- La ley de parto humanizado prácticamente no se aplica.
- El aborto está penalizado, con dos causales de exención de pena (C. Penal). El ANP solo ha comenzado a practicarse recientemente gracias al Fallo CSJN<sup>14</sup>.
- La educación sexual se implementa de manera insuficiente y heterogénea, en los cuatro niveles (incluyendo inicial).
- Alta ingerencia de la Iglesia Católica (que es sostenida por el Estado, según la CN): una provincia del norte modificó su Constitución para incluir la educación religiosa obligatoria en las escuelas públicas.
- Preocupan los casos de trato deshumanizado para las mujeres indígenas o campesinas.
- Existen pocas campañas de difusión y casi no se cuenta con sistemas de recepción de denuncias/rendición de cuentas.

<sup>13</sup> Salvo indicación en contrario, todas las estadísticas de esta sección, en todos los países, provienen de l CEPALSTAT, sistema estadístico de la CEPAL - [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/perfilesNacionales.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/perfilesNacionales.asp?idioma=e)

<sup>14</sup> Fallo FAL s/ Medida Autosatisfactiva. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Amplía la causal de violación y establece que deben ser realizado sin otro requisito que declaración jurada de la mujer ante el personal de salud.

**BOLIVIA**

Población total (miles)	10449 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	190.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	4.8 %	(2010)

**SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:**

- En la década estudiada, Bolivia ha avanzado fuerte en normatividad, diseño y ejecución de políticas en SSR, comenzando a remontar una situación de extrema gravedad. Los DSR están incluidos en la Constitución Nacional (capítulo de Familia).
- Continúan normas violatorias de los DDHH: el Código Penal (aborto, penalizado con una sola causal de exención de pena). Además, existen normativas heterogéneas – de raíz ancestral - en áreas rurales; gran diversidad cultural, que coexiste no sin conflicto con la occidental. Brechas lingüísticas y culturales, peor atención en zona rural.
- El sistema de salud público está sobredemandado y existen problemas con todas las prestaciones, incluso la provisión de MAC. La calidad de la atención es regular o mala, peor en zonas rurales y población indígena.
- Índices muy altos de mortalidad materna; maltrato en situaciones de aborto incompleto y ANP.
- Poca difusión de los servicios, por lo que la población ignora sus derechos.
- Los estereotipos culturales sexistas persisten (también en el sistema de salud) y no se realizan campañas en su contra. Por el contrario, hay un uso espúreo de tradiciones ancestrales para justificar la sumisión de las mujeres y desalentar su autonomía.

**BRASIL**

Población total (miles)	199985 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	56.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	9.0 %	(2010)

**SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:**

- La SSR tiene reconocimiento constitucional desde 1988; cuando se estableció el Sistema Único de Salud (SUS), y leyes nacionales para temas específicos; pero su organización federal complejiza este análisis.
- Los/as adolescentes no tienen normativa específica y esto facilita la resistencia de prestadores a su atención.
- En el nivel de prestaciones, Brasil ha retrocedido desde un status relativamente bueno en relación al resto de la región. En los últimos 10 años los programas de SSR han perdido efectividad, eficacia y cobertura. La calidad y cantidad de prestaciones es heterogénea, dependiendo de lugares, concepciones del equipo y otras variables; es peor para estados pobres o conservadores, zonas rurales y población afro.
- La principal política pública actual (“Programa Rede Cegonha” 2010) no puede considerarse un plan integral: abarca solo las mujeres gestantes. Otras políticas atienden el resto de los temas, pero en horarios restringidos y con calidad regular en promedio.
- Fuerte presión de sectores religiosos fundamentalistas, en particular algunas corrientes de la Iglesia Evangélica, que tiene un partido político y ha logrado varios escaños en el Parlamento.
- El aborto está penalizado, con dos causales de exención de pena.
- Para la atención del ANP existe protocolo nacional y protocolos locales.

## COLOMBIA

Población total (miles)	48374 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	92.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	7.6 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Legislación: La protección de los DSR está contemplada en una ley general sobre Salud (2007) y un conjunto de resoluciones ministeriales sobre temas puntuales.
- Tuvo una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente para 2002-2006, pero en la actualidad no existe política en este tema.
- Mejoró su legislación sobre ANP, incluyendo causales por fallo de su Tribunal constitucional (2007)<sup>15</sup>. Actualmente amenazada por iniciativas en contra.
- Prestaciones: derivan no de políticas principales sino locales o específicas (salvo las de ITS y VIH, que son nacionales). Gran parte se financia con la cooperación internacional.
- La atención en SSR sigue un modelo neoliberal: ausencia del Estado, descentralización, tercerización de servicios y compra de insumos por parte de las Entidades Prestadoras de Salud locales, con lo que el tipo de atención depende de ellas y puede tener gran variación. Mejor en zonas urbanas; la provisión de medicamentos es mala en general.
- Un dato muy particular: el Procurador General de la Nación tiene posiciones religiosas fundamentalistas y las ha instalado en el quehacer institucional. Se ha declarado públicamente enemigo de los DSR en general; como su función es investigar la labor de los y las funcionarias públicas, muchos efectores de salud se abstienen de actuar a favor de los DSR. Consideramos esta anomalía institucional como fuertemente violatoria de los derechos humanos.
- Colombia está todavía en situación de conflicto armado interno y gran cantidad de refugiad@s intern@s.

<sup>15</sup> Sentencia 355 CCC.

**EL SALVADOR**

Población total (miles)	6326 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	81.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	6.9 %	(2010)

**SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:**

- El país ha hecho esfuerzos en el decenio, pero no logró un avance normativo ni real. No cuenta con un marco legal consistente ni con una ley nacional sobre SSR.
- Existe gran dispersión de normativa, lo que fragiliza el marco legal.
- La Constitución (también la ley sobre Niñez) reconoce al ser humano desde el momento de la concepción. El aborto sigue totalmente penalizado, sin causales. Todo este cuerpo normativo se considera violatorio de los DDHH.
- El sistema de salud está totalmente colapsado por falta de recursos humanos y materiales; en este momento prácticamente no hay acceso a la salud reproductiva. Hay falta de insumos.
- La educación sexual enfrenta graves obstáculos, prácticamente no se implementa.
- La iglesia tiene mucho poder político y simbólico.
- Existe una fuerte discriminación hacia la población indígena.
- La mortalidad materna tiene un fuerte subregistro, y el acceso a la información es sumamente limitado.
- Persiste el autoritarismo del personal de salud, que no respeta la autonomía de las mujeres.



## GUATEMALA

Población total (miles)	15419 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	120.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	6.8 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Ha modificado recientemente su marco normativo, con la creación de nuevas leyes y políticas públicas ampliando el marco legal de protección SSR; pero se mantiene la reserva que el país ha hecho al Plan de Acción del Cairo, estableciendo que la vida existe desde el momento de la concepción. Su Constitución también tiene este articulado.
- No hay ley dirigida a la adolescencia-SSR, y por ello no se les distribuyen MAC.
- El aborto está penalizado con sólo una causal; pero se aplica poco. No existe protocolo para la atención posaborto.
- El sistema de salud es globalmente ineficiente, autoritario y discriminador.
- La atención no cubre todo el territorio; hay mucha demanda insatisfecha en SSR, en particular para población indígena y rural. No es totalmente gratuito. La AHE se suministra solo en casos de violación sexual.
- Parte de las dificultades provienen de la fuerte acción de los sectores conservadores con fuerte activismo.
- La MM es alta, con fuerte subregistro.
- Se brinda educación sexual pero con enfoque biologicista.
- Es muy habitual la violación sexual contra la niñez y adolescencia, que deriva en impunidad por un marco legal y prácticas jurídicas permisivas; y no existe una buena cobertura de salud, con provisión de AHE y antirretrovirales.

## HONDURAS

Población total (miles)	8075 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	100.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	6.8 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Su cobertura legal en SSR es de baja calidad y muy frágil: no tiene leyes nacionales, solo resoluciones ministeriales (salvo para VIH-SIDA). El marco normativo principal es el RAMNI (Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008-2015), que fue aprobado mediante un acuerdo ministerial.
- El aborto está totalmente penalizado, sin causales de exención de pena.
- Está prohibida la distribución de la AHE. Ambas situaciones son gravemente vulneratorias de los DDHH a la salud.
- La visión y estructura del sistema de salud es deficiente y contradictoria; disgregada, fraccionada y arbitraria, con funcionamiento en paralelo; no hay coordinación dentro del propio sector salud.
- La ACQ está contemplada en la normativa pero no se aplica por resistencia de los efectores.
- Parte del sistema de salud se sostiene con fondos de agencias de cooperación, lo que lo fragiliza.
- En las prestaciones, se ha retrocedido: pasando de una lógica de salud reproductiva a una lógica materno-infantil, centrada en el binomio madre-hijo y en la reducción de la mortalidad materna (que tiene subregistro y graves dificultades para acceder a la información).
- Es fuerte la presencia de la ideología católica y patriarcal, con acciones antiderechos.
- La educación sexual se imparte a nivel primario y secundario, pero es irregularmente implementada.

## MÉXICO

Tasa anual de crecimiento de la población	1.1%	(2010-2015)
Tasa de mortalidad materna	50.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	6.3 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- México tiene una larga tradición en políticas de SSR desde los años 70 en adelante. Hoy existe normativa suficiente en materia de SSR, su protección está incluida en la Constitución del Estado, en leyes generales y específicas. También hay leyes que protegen la SSR de jóvenes y para la atención de ANP, entre otros.
- Se han creado programas nacionales integrales, que cuentan con presupuesto.
- Se estima que la atención ha mejorado, pero el acceso universal a la atención de calidad aún no ha sido posible; se brinda atención en toda la red pública disponible, de todos los niveles de complejidad; es gratuita pero hay barreras administrativas y económicas. Es irregular a lo largo del país.
- Hay dificultades en el acceso a MAC, actitudes discriminatorias sobre todo a mujeres indígenas. La calidad de las prestaciones es regular o mala.
- Aún falta mucha sensibilización por parte del personal.
- México ha legalizado el aborto por voluntad de la mujer solamente en DF, (en el resto del país continúa penalizado), pero en 16 estados se retrocedió en las causales.
- Los abortos en curso son atendidos según la zona geográfica, según las orientaciones religiosas y conservadoras.
- La educación sexual se brinda en el nivel secundario y terciario, no así en los niveles primario e inicial.

## PANAMÁ

Población total (miles)	3864 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	92.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	8.1 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- El reconocimiento de los DSR está contemplado en su Constitución Política, más normas técnicas ministeriales; pero no hay una ley nacional específica.
- Es vulneratorio de los derechos de las mujeres la sección de las Normas técnicas que establece que sólo las mujeres de 30 años y con 3 hijos puedan practicarse la esterilización.
- Es el país de Centroamérica con mayor PBI per capita, y uno de los más altos de la región (excluyendo el Caribe inglés, viene detrás de Chile y México). Sin embargo, su atención a la SSR no es concordante, como lo refleja por ejemplo la relativamente alta tasa de mortalidad materna.
- El sistema de salud cubre todas las áreas y comarcas del país y ofrece algunos servicios gratuitos en todos los niveles de atención, pero de acuerdo a los recursos disponibles.
- Los preservativos femeninos no están aprobados y la ligadura de trompas tiene restricciones.
- Tiene penalizado el aborto con causales, pero la norma es restrictiva.
- Las comarcas indígenas registran las mayores tasas de MM. Altas desigualdades entre lo rural y lo urbano.
- Se brinda educación sexual en todos los niveles excepto en el inicial. El enfoque es predominantemente biologicista y represiva.

## PARAGUAY

Población total (miles)	30297 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	67.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	5.1 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Legislación. Presenta avances en los últimos años del decenio en estudio, con gran cantidad de leyes, normas y políticas públicas en SSR. No tiene una Ley específica en materia de DSR, pero sí una Ley de reaseguramiento presupuestario para la compra de Anticonceptivos, gratuidad de atención materno infantil, etc. Pero su Constitución protege la vida, en general, desde la concepción.
- Sus prestaciones son gratuitas desde 2008; esto ha hecho aumentar enormemente la demanda; servicios de salud muy sobrecargados. Deficiencias en la prestación de atención por falta de RRHH, equipos, insumos, medicamentos, infraestructura, etc.
- Existe discriminación y barreras para el acceso hacia grupos vulnerabilizados; sobre todo los que viven en situación de extrema pobreza.
- La calidad de los servicios públicos no es buena, aunque es mejor en las ciudades. La actitud del personal médico es regular en su mayoría. La calidad en la provisión de MAC en general es buena; salvo en AHE y ACQ para mujeres, que es regular; y mala para los varones. La atención a casos de violencia sexual es uno de los puntos más débiles.
- El Estado no hace estudios de evaluación de resultados y desempeño del personal.
- El aborto está penalizado con una sola causal de no punibilidad (riesgo de vida), pero con una normativa restrictiva; por ello es muy poco practicado.
- La educación sexual no se brinda sistemáticamente en ningún nivel educativo; el Decreto Ministerial que la sustentaba fue suspendido. Es obstaculizada por oposición de grupos religiosos.

**PERÚ**

Población total (miles)	30297 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	67.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	5.1 %	(2010)

**SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:**

- Legislación. Existe un avance normativo en el período, aunque no hay una ley específica. Está integrado en la Ley General de Salud.
- También mejora respecto a la esterilización forzada que ocurriera años atrás; en normativa para adolescentes (que se ha vuelto más permisiva) y para personas con VIH-sida, toda ella con un enfoque más centrado en derechos.
- Son violatorias a los DSR la Constitución Nacional, partes del proyecto de reforma del Código del Niño/a y Adolescente, y del Código Penal; el artículo de la ley de salud que obliga al médico a denunciar cuando exista indicio de aborto, y el Código Procesal Penal sobre este mismo tema. También las limitaciones en la reproducción asistida y la prohibición de distribución de AHE en el sistema público<sup>16</sup>.
- El aborto (penalizado) tiene una causal de no punibilidad, pero prácticamente no se practica en el sistema público.
- Las prestaciones son gratuitas en su mayoría (a veces bajo seguros) y en toda la infraestructura de salud; pero no hay equidad. Existe maltrato constante a usuarias-os, mayor demanda que la oferta, mayor tiempo de espera en la atención para los usuarios de servicios gratuitos que de arancelados, infraestructura deficiente, falta de insumos.
- Discriminación a lesbianas e indígenas.
- Recientes investigaciones dan cuenta de que es un país con altas tasas de violencia sexual a mujeres y niñas.
- La educación sexual sólo se brinda en el nivel secundario con un enfoque religioso y biologicista.

<sup>16</sup> Prohibición establecida en 2009, a raíz de una acción de amparo interpuesta por grupos conservadores ante el Tribunal Constitucional.

## REPÚBLICA DOMINICANA

Población total (miles)	10291 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	150.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	6.2 %	(2010)

### SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

- Tiene una legislación deficiente; el tema se contempla en la ley General de Juventud y la Ley de Seguridad Social. No hay normativa específica sobre atención humanizada posaborto.
- Aunque la constitución (ref. 2010) incorpora tratados internacionales de derechos humanos, su art. 37 establece que el derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte; también el Código Penal sigue la misma línea.
- Sigue vigente el Concordato firmado con el Vaticano en 1954, que establece la educación religiosa en las escuelas públicas.
- Las prestaciones en SSR son en su mayoría gratuitas, pero algunas son cubiertas por el seguro u obra social que el/la usuaria paga. Horarios limitados. La calidad es mala o regular. El personal de salud atiende de manera autoritaria y no respeta la autonomía de las mujeres.
- La distribución presupuestaria no es transparente, con fallas e irregularidad en la entrega de insumos.
- Es uno de los cinco países con más altas tasas de fecundidad en adolescentes en LAC.
- El aborto en el país es ilegal sin excepciones.
- La MM sigue una línea ascendente.
- Existe discriminación hacia personas migrantes (legitimada normativamente en la Ley General de Migración); barreras lingüísticas.
- La educación sexual se ofrece en todos los niveles (menos en jardín inicial). No tiene norma específica, sino una política del Ministerio de Educación.

**URUGUAY**

Población total (miles)	3407 (000)	(2013)
Tasa de mortalidad materna	29.0 0/000	(2010)
Gasto público en salud como % del PIB	8.3 %	(2010)

**SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL:**

- Legislación. Hay avances fuertes. A partir de 2005 se da prioridad al primer nivel de atención y a promover un nuevo modelo basado en derechos; y de 2008 se adopta una ley integral, y prestaciones, que se complementan en 2012 con la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. El 5 de mayo se sancionó la ley de matrimonio igualitario, que regirá a partir del 3 de agosto próximo.<sup>17</sup>
- Las prestaciones son universales y gratuitas en los centros estatales de todo el territorio nacional, pero en muchas hay barreras institucionales y personales de los/as profesionales de la salud. No se cubren MAC inyectables.
- Para control de ITS se planea un decreto para establecer la obligatoriedad de la denuncia de la pareja portadora, la presentación ante los servicios de salud y la utilización de la fuerza pública si es necesario (en discusión).
- Vacuna contra el HPV gratuita entre 9 y 14 años.
- Mayores problemas de acceso e insumos en población rural y en parto humanizado.
- La actitud médica es autoritaria.
- No hay políticas especiales para mujeres afro o indígenas.
- La educación sexual se implementa en todos los niveles de educación, incluyendo el nivel inicial y la formación docente. Es resistida, no se implementa en los hechos en todas las escuelas públicas.

<sup>17</sup> Sancionada 3 de mayo 2013, fuera del período del presente análisis. Regirá después de 90 días, el 3 de agosto. Como novedad, esta ley establece que el apellido de hijos/as se elegirá o sorteará entre ambos progenitores/as; también en el caso de matrimonios heterosexuales.



# A MANERA DE CONCLUSIÓN:

## AVANCES, RETROCESOS, AMENAZAS. MANTENER LA VIGILANCIA

Si bien han existido avances legislativos generales, hubo también retrocesos y las prestaciones todavía enfrentan gran cantidad de dificultades. La MM continúa alta, algunos países la han disminuido pero en baja proporción. El aborto continúa penalizado en gran parte de ellos, y las disposiciones constitucionales y otras limitantes legales e institucionales a los DDHH de las mujeres se mantienen. Además, resuenan claras las voces de las informantes clave y las investigadoras que participaron en este estudio, sobre el riesgo cierto de retrocesos. En varios de los países, los logros recientes están amenazados; y en otros, aún es posible retroceder todavía más. En la actualidad, existe total conciencia en agencias internacionales acerca de las medidas que es necesario tomar para mejorar la atención y las prestaciones en SSR, por lo que no las repetiremos aquí; bastaría resolver las falencias que hemos señalado. Una de las sugerencias que más se suelen repetir, partiendo por UNFPA, es la necesidad de incorporar a l@s jóvenes a la atención de salud y al ejercicio de sus derechos. Sin embargo, queremos reafirmar aquí que eso solo tendrá sentido si se crean instancias en las que ell@s puedan tomar decisiones. Y la educación sexual, siendo una herramienta fundamental, está obstaculizada.

Otra comprobación es que la existencia de normativa legal, sea de nivel nacional o internacional, no siempre asegura la efectividad de la atención ni el respeto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, aunque reconocemos que han ayudado a su avance. Hoy, lo que resulta definitorio es la voluntad política de los gobiernos para que esta área no sea la variable de ajuste en los planes de desarrollo de cada país, el tema a negociar por dinero o por acuerdos políticos. Los movimientos de mujeres deben aliarse con movimientos sociales amplios para lograr sus fines.

Esperamos que el presente documento sea de utilidad para la incidencia institucional, política e ideológica, de los movimientos feministas y de mujeres de nuestra región.

**ANEXO:** Legislación actual en América Latina y el Caribe (a diciembre 2012) Clasificación en 6 categorías, según causales que permiten legalmente el aborto

Razón (**)	País o territorio
Prohibido totalmente o sin excepción legal explícita (ni para salvar la vida de la mujer)	Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam.
Para salvar la vida de la mujer (solamente)	Antigua y Barbuda, Brasil (a), Dominica, Guatemala, México (a, d, g, i), Panamá (a, d, f), Paraguay, Venezuela
Para salvar la vida y preservar la salud de la mujer(*)	Argentina (b), Bahamas, Bolivia, (a, c), Costa Rica, Ecuador (a), Granada, Perú.
Para preservar la salud mental (más las anteriores)	Colombia (a, c, d), Jamaica (f), San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (a, c), Trinidad y Tobago
Razones socioeconómicas (más las anteriores)	Barbados (a, c, d, f), Belice (d), San Vicente y las Granadinas (a, c, d)
Sin restricción de causales	Cuba (f), Guyana, Puerto Rico, Uruguay (h). (México DF)

(\*) Incluye países con leyes que se refieren simplemente a causales de "salud" o "terapéuticas", las cuales a veces pueden interpretarse más ampliamente que la salud física.

Notas: Algunos países también permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) Código penal: violación de una mujer mentalmente discapacitada, ampliado por fallo CSJN a toda forma de violación; (c) incesto o (d) malformación fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (e) autorización del esposo o (f) autorización de los padres (g) autorización en el sistema de salud. (h) En Uruguay no es una autorización, pero debe hacer una entrevista con un equipo multidisciplinario. En México (i) las causales de aborto no punible se determina a nivel de los estados y la clasificación legal presentada refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, lo ha legalizado por completo en DF.

(\*\*) Los países que permiten el aborto por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); el aborto puede ser permitido después de esta edad gestacional, pero solamente bajo condiciones prescritas. Argentina y Colombia han ampliado o incluido causales por fallo de CSJN y Tribunal Constitucional, respectivamente.

**Fuente:** Guttmacher institute, (2011) "En Resumen. Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe". New York-Washington, Enero 2012. Pag 1. [www.guttmacher.org, http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012-AL.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012-AL.pdf) modificado por sistematización propia debido a cambios ocurridos posteriormente a la elaboración del Informe citado, y algunas aclaraciones en temas puntuales.

## GLOSARIO

<b>AHE</b>	: Anticoncepción Hormonal de Emergencia o “pastilla del día después”
<b>CN</b>	: Constitución Nacional
<b>CP</b>	: Código Penal
<b>DDHH</b>	: Derechos Humanos
<b>DIU</b>	: Dispositivo Intra Uterino
<b>DSR</b>	: Derechos Sexuales y Reproductivos
<b>ILE</b>	: Interrupción Legal del Embarazo
<b>MAC</b>	: Métodos AntiConceptivos
<b>MM</b>	: Mortalidad Materna
<b>OSC</b>	: Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>PBI</b>	: Producto Bruto Interno (total de lo producido por productos y servicios de un país)
<b>PBI per capita</b>	: Idem anterior, dividido por la cantidad de habitantes de un país
<b>SSR</b>	: Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNFPA</b>	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>ONU</b>	: Organización de las Naciones Unidas

---

Este Resumen Ejecutivo, presenta un diagnóstico actualizado en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres con un enfoque de derechos humanos, y los cambios ocurridos (avances o retrocesos) en los últimos 10 años, en cada uno de los 13 países seleccionados de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay. Su objetivo es evaluar la realidad cotidiana que enfrentan las mujeres de la región como usuarias, a la hora de buscar atención a su salud sexual y reproductiva; y evaluar en qué medida esta atención respeta sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

**La coordinación general, el diseño de proyecto, el cuestionario y los textos finales, estuvo a cargo de *Cristina Zurutuza (Argentina)*.** Agradecemos a las compañeras de CLADEMs nacionales, responsables del llenado del formulario: Sofia Ganem (Argentina), Guadalupe Pérez (Bolivia), Carla Gisele Batista (Brasil), Maria Eugenia Ramírez Briznada (Colombia), Yolanda Guirola (El Salvador), Elisa Portillo (Guatemala), Gabriela Díaz Sánchez y Regina Fonseca (Honduras), Violeta Fabiola Sánchez Luna y Nayeli Campos Rivera (México), María Luisa Olmos (Panamá), Maria de Jesús Caballero (Paraguay), Cecilia Olea (Perú), Elga Salvador (República Dominicana), Alicia Benítez y Maria José Scaniello (Uruguay). La sistematización de datos a cargo de Milena Páramo Bernal (Colombia).

Agradecemos por los aportes y el cuidadoso y cálido acompañamiento de la Coordinadora Regional de CLADEM, Elba Núñez (Paraguay) y de la Responsable del Programa de Monitoreo de CLADEM, Liz Plácido (México).

---

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

**Programa de Monitoreo**

Apartado Postal 11-0470, Lima - Perú

Telefax: (51 1) 463-5898

**Email:** monitoreo@cladem.org

**Página web:** www.cladem.org

Primera edición, Agosto 2013

**Coordinación general y elaboración del balance  
Cristina Zurutuza - Integrante del Consejo  
Consultivo del CLADEM**

**Editora:**

Elizabeth Plácido – Responsable del Programa de Monitoreo

**Diseño y Diagramación:**

Jorge Maza

**Coordinación de edición:**

Rosario Cabana

La presente publicación ha sido posible gracias al apoyo del Ministerio de Relaciones Exteriores de Holanda y a la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del CLADEM y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vistas de la Unión Europea.



Unión Europea

