



Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

Consultoría para la elaboración del "Índice CLAE"
de acceso a la anticoncepción de emergencia.

INFORME FINAL

La Situación de la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe: Barreras y facilitadores en la accesibilidad

13 de octubre de 2010

Autor: José Manuel Morán Faúndes



Índice

1. Introducción	3
2. Metodología	6
2.1) Metodología general.....	6
2.2) Índice CLAE	7
2.3) Variables consideradas en el Índice CLAE	8
2.4) Operacionalización de variables	10
2.6) Construcción final del Índice CLAE	15
2.6) Accesibilidad a la AOE en el mercado.....	15
3. La normativa de AOE en América Latina y El Caribe	16
4. Accesibilidad a la AOE en América Latina y El Caribe.....	20
Accesibilidad y compra de AOE en el mercado	26
5. Conclusiones.....	29
Bibliografía	30
Anexo 1: Instrumento de recolección de información para organizaciones de la sociedad civil	34
Anexo 2: Información cuantitativa utilizada.....	39



1. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2005), “la anticoncepción de emergencia se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado”. Sus mecanismos de acción fundamentalmente son dos: la prevención de la ovulación y de la fertilización, habiéndose demostrado que no actúa impidiendo la implantación del óvulo fecundado (Croxatto, 2004; Faúndes y Barzelatto, 2005; Meng, 2010).

Como método anticonceptivo, la anticoncepción oral de emergencia (AOE) resulta fundamental en los procesos de planificación familiar y en el derecho de las mujeres a decidir el número y espaciamiento de sus hijos y/o hijas. Desde esta perspectiva, el acceso a la AOE se encuadra en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, los que se fundan en el derecho de las personas a adoptar decisiones sobre la vida sexual y reproductiva sin intromisión de terceros, exentas de discriminación, coerción y violencia, haciendo parte integrante de los derechos humanos. Esta posición ha sido indicada y defendida en diversas convenciones y acuerdos suscritos por múltiples países de la región.

Una primera enunciación de los derechos reproductivos puede hallarse en la Conferencia sobre Derechos Humanos realizada en Teherán en 1968, cuando se estableció el derecho de las parejas a decidir el número de hijos e hijas y su espaciamiento, reconociéndose posteriormente en la Conferencia de Población de Bucarest de 1974, el rol del Estado en la garantía de esos derechos y de los métodos e información necesaria para lograrlo (Bermúdez, 1996).

La Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México en el año 1975, representa la primera instancia internacional donde se comprende la disposición del propio cuerpo como un derecho de la mujer, asumiéndose la maternidad bajo un carácter opcional. Del mismo modo, en la Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer –CEDAW-, celebrada en 1979, se consideró el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en las decisiones reproductivas.

La Convención de los Derechos del Niño de 1989 expandió los derechos antes mencionados, centrando su atención en la salud sexual y reproductiva de los y las niños, niñas y adolescentes. En este sentido, y asumiendo la noción de “autonomía progresiva” según la cual se reconoce a los niños y las niñas como titulares de derechos con crecientes grados de responsabilidad, esta instancia formuló el derecho de los y las niñas a acceder a servicios de salud e información en materia de sexualidad y reproducción.

En 1994, la noción de los derechos reproductivos fue ampliada tras los acuerdos suscritos en la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo, donde se reconoce a la salud reproductiva no sólo como un estado de ausencia de enfermedades o dolencias, sino, de manera más amplia, como un estado de bienestar físico, mental y social. De este modo, no sólo se asume el carácter psicológico y biológico de la sexualidad y la reproducción, sino también la incidencia de condiciones sociales que favorecen o merman la salud de las personas.



Por su parte, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), así como las conferencias regionales sobre la Mujer de América Latina y El Caribe, se ratificaron los acuerdos suscritos en El Cairo, determinando implementar mecanismos e instrumentos para garantizar el efectivo ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo el acceso igualitario a los sistemas de salud sexual y reproductiva.

Pese a esto, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y la garantía del ejercicio efectivo de estos derechos, se presentan aún como tareas pendientes en América Latina y El Caribe. La situación de cada país de la región dista mucho de tener un carácter uniforme, evidenciándose situaciones disímiles que hacen que los métodos de planificación familiar, y la AOE en particular, sean más accesibles para algunas poblaciones que para otras.

Los problemas vinculados con la oposición o falta de conocimiento de grupos de médicos y médicas respecto de la normativa vigente, la escasa información por parte de las mujeres respecto de las vías de acceso a la AOE, y la falta de disponibilidad en los servicios de salud, entre otros factores, se presentan como barreras que aún persisten a nivel regional (Martin, 2004; Marín, 2004; Cialzeta, 2006; Galvão, Díaz, Díaz, Osis, Clark y Ellertson, 2000; Monterrosa, 2002; Rojas, Cenzano, Gómez, Ramos, Roque, Rosales, Rúa y Siccha, 2003; Dides, 2006; Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, s.f.). Sin embargo, la resistencia de los sectores opositores a la agenda de los derechos sexuales y reproductivos ha impuesto nuevas trabas en la disponibilidad y el acceso a la AOE, a partir de la implementación de estrategias locales de judicialización que buscan prohibir la entrega y la comercialización de este método anticonceptivo (Vaggione, 2009; Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008; Casas, 2008). En este sentido, uno de los desafíos más urgentes que enfrenta la AOE hoy en América Latina, se refiere a la superación de los obstáculos para conseguir que su distribución mantenga estatus legal en las políticas de salud vinculadas con planificación familiar, así como lograr su efectiva disponibilidad y entrega a las usuarias (Martin, 2004).

Tomando este contexto en consideración, el objetivo del presente trabajo se funda en determinar la situación de América Latina y El Caribe respecto de la accesibilidad a la AOE en cada país, principalmente en lo que respecta a los facilitadores y las barreras impuestas por los sistemas normativos para que las mujeres puedan proveerse de este método de prevención del embarazo.

A fin de lograr este objetivo, y considerando la alta complejidad que una tarea como esta conlleva, desde el CLAE se ha asumido el desafío de construir un indicador que permita conocer el estado de la accesibilidad en cada país de manera objetiva y comparable, analizando las barreras y facilitadores asociados con la normativa local vigente. Para esto, se construyó el **Índice CLAE de Accesibilidad a la Anticoncepción de Emergencia**.

Este índice representa un indicador de carácter cuantitativo y cualitativo, cuyo objetivo se orienta a describir el porcentaje estimado de potenciales usuarias de AOE en cada país que pueden acceder al método de manera gratuita considerando el marco normativo nacional. Su utilidad se funda en su capacidad para describir el estado de la situación de la normativa actual, identificando los niveles de inclusión y exclusión en el momento de la accesibilidad oportuna y gratuita.



Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

El Índice CLAE constituye así un instrumento de utilidad para analizar los niveles de accesibilidad en cada Estado, aportando a cubrir una demanda de información que ha quedado pendiente en la región latinoamericana y de El Caribe. El presente documento tiene como finalidad poner a disposición de activistas, académicos y académicas y público en general una herramienta de calidad que otorgue datos concretos para ser utilizados en procesos de toma de decisiones, abogacía o investigación en cada país de la región.

Se agradece profundamente los aportes realizados por María Angélica Peñas y Claudia Dides al presente documento, así como la ayuda brindada por Larissa Arroyo para llevar a cabo esta gestión.

2. Metodología

2.1) Metodología general

La población de estudio incluyó a todos los países de América Latina más República Dominicana.

Para la construcción de los índices se realizó un relevamiento de información a través de una consulta general, vía correo electrónico, a un grupo previamente determinado de organizaciones miembros del CLAE y de asociaciones vinculadas con la temática – organizaciones de mujeres, de derechos sexuales y reproductivos, feministas, entre otras-, utilizando el criterio muestral de informantes claves. En el proceso de consulta, además de informar y socializar la labor llevada adelante por CLAE en este proyecto, se solicitó información legal y estadística asociada con la AOE en cada país. Paralelamente, se llevó a cabo un proceso de levantamiento de datos a través de una búsqueda online, complementando y ratificando la información enviada desde las organizaciones consultadas.

Para el logro de estas dos estrategias de relevamiento de datos, se contó con la ayuda de la Coordinación de CLAE, quien brindó la información de contacto de las organizaciones involucradas en el proceso, así como información adicional necesaria para establecer otros contactos relevantes.

El proceso de consulta se llevó a cabo entre los días 20 de agosto de 2010 y el 1 de septiembre de 2010. Entre estas fechas se enviaron tres mails recordatorios, además de una carta enviada por la Coordinación del CLAE solicitando la colaboración de las personas consultadas. Finalmente, se obtuvieron respuestas de todos los países vinculados al estudio, con la excepción de Venezuela.

Las organizaciones que colaboraron en este proceso, fueron las siguientes:

- Apprende (Bolivia)
- APROFA (Chile)
- Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (Guatemala)
- Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (Panamá)
- Asociación TAN UX´IL (Guatemala)
- Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (Uruguay)
- Casa de la Mujer (Argentina)
- Católicas por el Derecho a Decidir (Argentina)
- Católicas por el Derecho a Decidir (Bolivia)
- Católicas por el Derecho a Decidir (Brasil)
- Centro de Derechos de las Mujeres (Honduras)
- Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (Ecuador)
- Cepamgye (Ecuador)
- CEPEP (Paraguay)
- Cipaltomalt (Nicaragua)
- Colectiva por el Derecho a Decidir (Costa Rica)
- Coordinadora Nacional de la Mujer Salvadoreña (El Salvador)
- Corporación Humanas (Chile)
- Farmage (Perú)
- Flora Tristán (Perú)



- Fundación Desafío (Ecuador)
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar AC (México)
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación (México)
- Incide Joven (El Salvador)
- INPPARES (Perú)
- IPAS (México)
- IPAS (Nicaragua)
- IPPF (Costa Rica)
- Las Mélidas (El Salvador)
- Marie Stopes (México)
- Movimiento Salvadoreño de Mujeres (El Salvador)
- Mujer y Salud en Uruguay (Uruguay)
- PFFA (Guatemala)
- PFFA (Nicaragua)
- Profamilia (Colombia)
- Profamilia (Nicaragua)
- Profamilia (República Dominicana)
- Promsex (Perú)
- Prosalud (Chile)
- Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y El Caribe (Colombia)
- Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos (México)
- Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergencia (Brasil)
- UNFPA (Perú)

Adicionalmente, se contactó vía correo electrónico a diversos funcionarios y funcionarias de gobierno de los respectivos ministerios de cada país analizado, asociados con la temática de la salud y en particular de la salud sexual y reproductiva. En ningún caso se obtuvo respuesta.

Es necesario destacar el hecho de que la información respecto a la AOE es escasa en la región, en muchos lugares no existe un registro de las mujeres que solicitan o se les entrega este método, ni datos vinculados con la disponibilidad del mismo en el sistema de salud. Tampoco existe información de precisa respecto de los presupuestos que manejan los gobiernos para este rubro, y el acceso a ésta es prácticamente nulo.

Vinculado con lo anterior, cabe mencionar que originalmente este índice incluiría información cuantitativa que permitiese evaluar la efectiva disponibilidad de AOE en cada país, así como el acceso real más allá de la norma. Sin embargo, la falta de información a nivel país, así como el hermetismo de algunos gobiernos para brindar acceso a los datos presupuestarios y estadísticos, impidió llevar a cabo esta labor en los términos asumidos en el inicio.

2.2) Índice CLAE

El índice CLAE tiene como objetivo representar el porcentaje estimado de potenciales usuarias de AOE en cada país que pueden acceder al método de manera gratuita en el sistema de salud, en el marco de la legislación y normas vigentes.

Mediante el uso de información cuantitativa, este índice se presenta como un valor que varía entre 0 y 100. El 0 representa la ausencia total de accesibilidad a la AOE, y se

interpreta como que el 0% de las usuarias potenciales de AOE podrían acceder a este método. Por el contrario, el 100 es interpretado como la existencia de un 100% de acceso.

Como “usuarias” se comprende a la población de mujeres¹ en edad fértil –de 10 a 49 años de edad, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (Lomuto, 2000)- motivadas a acceder a este método.

En este sentido, asumiendo la AOE como una tecnología orientada a la prevención del embarazo no deseado (Mayo y Seino, 2004; Jones, Darroch y Henshaw, 2002; Center for Reproductive Rights, 2005), es posible determinar tres causas por las cuales las mujeres pueden verse motivadas a solicitarla: a) el establecimiento de relaciones sexuales consentidas sin un método de prevención del embarazo, b) la falla o mal uso de métodos anticonceptivos, c) el tener relaciones sexuales sin consentimiento – violación o abuso sexual- (Faúndes y Barzelatto, 2005).

El Índice CLAE considera también una dimensión cualitativa que complementa la información cuantitativa, lo que permite establecer una aproximación más certera a la realidad de cada país estudiado.

Pese a que se utiliza una amplia gama de fuentes secundarias, las que se explicitan en las próximas secciones, los datos con los que se construye el presente índice provienen del análisis de la normativa de cada país vinculada con AOE. Si bien se considera la normativa nacional, para el caso de los regímenes federales se incluye un análisis de la situación provincial/estatal, a través de una variable que toma en consideración los aspectos político-institucionales de cada país.

2.3) Variables consideradas en el Índice CLAE

Este índice considera seis variables para comprender la realidad respecto de la accesibilidad a la AOE en los sistemas públicos de salud. Estas son:

- Motivos considerados para la entrega de AOE: La AOE es comprendida como una tecnología orientada a la prevención del embarazo no deseado. Desde esta óptica, esta variable considera que son fundamentalmente tres las causas primordiales por las cuales las mujeres en edad fértil se ven motivadas a acceder a este método a fin de evitar el embarazo: a) no uso de un método de prevención durante la relación sexual; b) falla o mal uso de métodos; c) violación.
- Restricciones para la entrega de AOE según edad de la solicitante: Esta variable considera a mujeres en edad fértil que quedan excluidas del sistema de acceso a la AOE debido a su edad.

¹ La magnitud y el sentido de la demanda realizada por hombres no ha sido suficientemente estudiada en la región latinoamericana, por lo que se asume a las mujeres como las principales demandantes de AOE por ser éstas las usuarias directas del producto, a la vez que las portadoras del derecho a su acceso desde la óptica de la libertad de decisión sobre su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, esto no implica desconocer el importante rol que puede jugar el hombre en el acceso a la AOE (Hernández, s.f.).

- Rol del padre, la madre y/o representantes²: Esta variable toma en consideración el rol del padre, la madre y/o los y las representantes, según las disposiciones contempladas en la normativa. Se asume desde aquí que la violación al derecho a la confidencialidad de cada persona³, así como la promoción de la participación del padre o la madre, o de un o una representante de la adolescente, por sobre la capacidad de decisión autónoma de ésta última, constituyen barreras para el acceso a la AOE (Cook y Dickens, 2003). De este modo, esta dimensión se funda expresamente sobre el paso de un paradigma “tutelar” a uno de “protección integral”, desde el cual las niñas y los niños son titulares exclusivos y exclusivos de derechos dada su condición de personas en etapa de crecimiento (Hevia, 2009).
- Objeción de conciencia: La figura de la objeción de conciencia constituye un derecho de las personas a actuar según sus convicciones, creencias y valores. Sin embargo, es reconocido que este derecho puede también llegar a representar un nudo de tensión respecto del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de otras personas, en especial en aquellos ámbitos donde se privilegie la decisión de el o la profesional de la salud que actúa como objetor u objetora por sobre la decisión de el o la usuaria, lo que puede constituir una barrera en el acceso a los derechos y la salud sexual y reproductiva (Quiroga, Ochoa y Andrade, 2009; Casas y Dides, 2007). Desde este punto de vista, esta variable analiza las garantías o barreras que los sistemas normativos disponen para que las potenciales usuarias de AOE no vean restringido su acceso a la misma debido a las convicciones individuales del personal de salud.
- Aspectos político-institucionales: Esta variable toma en consideración los aspectos de la estructura política e institucional de cada país que pueden llegar a truncar la disponibilidad de AOE en los servicios de salud, tales como normativas o fallos judiciales contrarios a la entrega gratuita de AOE –a nivel local para los casos de los países federados- o las disposiciones dispuestas por el poder ejecutivo.

Barreras no cuantificables: En cada país de la región existen barreras al acceso de la AOE cuyo impacto no ha sido cuantificado a la fecha, o bien no es posible acceder a los datos relevados por organismos oficiales⁴. Esto incluye información respecto del conocimiento efectivo del personal de salud respecto de la normativa vigente, la disponibilidad de AOE en los servicios de salud, el presupuesto estatal y las dosis anuales adquiridas por el Estado, entre otras.

² Las diversas normativas que contemplan esta figura la nombran de distintas maneras, tales como tutores o tutoras, representantes, o adultos y adultas responsables, entre otros. El presente documento utiliza la palabra “representante” como término único.

³ Un estudio realizado con los datos de 4971 adolescentes de entre 12 y 19 años que consultaron entre 1990 y el 2005 el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, constató que la principal razón aducida por las mujeres para no haber utilizado algún método de anticoncepción durante su relación sexual, fue que no podían ir al consultorio de salud de su zona residencial debido a que su padre y/o madre no sabían de su actividad sexual (González, Molina, Montero, Martínez y Leyton, 2007).

⁴ Durante el proceso de construcción de los índices, muchas de las organizaciones de la sociedad civil consultadas mencionaron el hermetismo que existe desde el Estado respecto de la información vinculada con AOE en su país.

2.4) Operacionalización de variables

Variable 1: Motivos considerados para la entrega de AOE: Esta variable presenta una escala de medición nominal, la que posteriormente es transformada a cuantitativa tras asignarle un valor específico a cada una de las categorías que la componen.

Considerando las tres principales causas que motivan a las mujeres a demandar AOE, el objetivo de esta variable es representar la proporción de usuarias que pueden acceder al método según las causas de acceso legalmente dispuestas, respecto del total de potenciales usuarias.

Esta variable está compuesta por tres categorías no excluyentes, a saber, “Falla o mal uso de medio de prevención del embarazo”, “No uso de medio de prevención del embarazo” y “Violación”. De este modo, por ejemplo, en los casos en donde la normativa prevé la entrega gratuita de AOE sólo para casos de violación, se asigna esta misma categoría a la variable, mientras que en los casos donde también se prevé la entrega cuando ocurre falla del anticonceptivo, se asignan las categorías “Violación” y “Falla o mal uso de medio de prevención del embarazo”.

Debido a que esta variable tiene por objetivo representar la proporción de potenciales usuarias de la AOE que pueden tener acceso gratuito a la misma en el sistema de salud de cada país, se asignó un valor específico a cada categoría, los cuales representan estimaciones de la cantidad de mujeres que pueden verse motivadas a solicitar AOE, según cada uno de las tres causas consideradas. Para realizar las estimaciones, se utilizó información científica de distintas fuentes, en especial del Centro Latinoamericano y Caribeño de Población –CELADE.

El cuadro 1 resume la metodología aplicada para la asignación de valores numéricos a cada categoría de esta variable.

Cuadro 1: Metodología de estimación de valores para la variable “Motivos considerados para la entrega de AOE”

Categorías	No uso de medio de prevención del embarazo	Falla o mal uso de medio de prevención del embarazo	Violación
Interpretación	Porcentaje estimado de mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad fértil, en relación de pareja, que no desean tener más hijos y/o hijas o que postergarían el siguiente nacimiento de éste o ésta, pero que no están usando un método de planificación familiar (valor ponderado respecto del total de usuarias estimadas de AOE)	Porcentaje estimado de mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad fértil con demanda satisfecha de métodos anticonceptivos, que experimenta fallas en su método de prevención	Porcentaje estimado de mujeres latinoamericanas y caribeñas en edad fértil que ha experimentado algún tipo de violencia sexual

Categorías		No uso de medio de prevención del embarazo	Falla o mal uso de medio de prevención del embarazo	Violación
Forma de cálculo	Paso 1	Tomando en consideración los datos disponibles de Demanda Insatisfecha de Planificación Familiar para América Latina y El Caribe (disponibles para Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana), se calculó el promedio general ponderando cada uno por el peso relativo de la población de mujeres en edad fértil de cada país respecto del total de mujeres en edad fértil de todos los países considerados. El valor final fue de 0,1014 (10,14% de mujeres con demanda insatisfecha de anticoncepción)	Se calculó la Demanda Satisfecha de Planificación restándole a 1 el valor de la demanda insatisfecha, lo que dio un valor de 0,8986 (89,86% de mujeres con demanda de anticoncepción satisfecha). Este valor fue multiplicado por la proporción estimada de mujeres que quedan embarazadas pese a utilizar algún método anticonceptivo (6,3743%) ⁵ . El valor final fue de 0,0573 (5,73% de mujeres que experimentan fallas en el método anticonceptivo).	Tomando en consideración los datos disponibles por país del porcentaje de mujeres en edad fértil que ha experimentado algún tipo de violencia sexual (disponibles para Bolivia, Colombia, Perú y República Dominicana), se calculó el promedio de todos los datos, ponderando cada uno por el peso relativo de la población de mujeres en edad fértil de cada país respecto del total de mujeres en edad fértil de todos los países considerados. El valor final fue de 0,1143 (11,43% de mujeres en edad fértil que experimentan hechos de violencia sexual).
	Paso 2	Considerando los valores obtenidos en el paso 1 para cada categoría de la variable "Motivos considerados para la entrega de AOE", se asumió que la suma de estos valores (0,1014 + 0,0573 + 0,1143 = 0,2729) corresponde a la proporción estimada de mujeres latinoamericanas y caribeñas –considerando sólo a República Dominicana en esta última región- en edad fértil que pueden verse motivadas a acceder a la AOE a fin de prevenir un embarazo no deseado, respecto del total de mujeres en edad fértil ⁶ . De este modo, se calculó luego el porcentaje que cada uno de estos tres valores representa respecto de su sumatoria, asumiéndose finalmente los siguientes valores: Mujeres que tienen relaciones sexuales sin uso de anticonceptivo: 37,15% Mujeres que experimentan fallas o mal uso del anticonceptivo: 20,99% Mujeres violadas: 41,86%		
Valores finales asignados a cada categoría		0,3714701	0,2098743	0,4186556
Fuentes de información		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Porcentaje de mujeres en edad fértil que han experimentado algún tipo de violencia sexual</u>: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE). • <u>Población estimada de mujeres en edad fértil de cada país</u>: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE). • <u>Demanda insatisfecha de planificación familiar</u>: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE). • <u>Porcentaje estimado de mujeres que quedan embarazadas pese a utilizar algún método anticonceptivo</u>: Demographic and Health Survey 		

Fuente: Elaboración propia

Variable 2: Restricciones para la entrega de AOE según edad de la solicitante: Esta variable representa la proporción estimada de potenciales usuarias de AOE a nivel

⁵ Este dato corresponde al promedio ponderado de los porcentajes -estimaciones puntuales- de mujeres que usaron un método contraceptivo durante doce meses y experimentaron falla, en Bolivia -1994-, Brasil -1996-, Colombia -2005-, Guatemala -1998/99-, Nicaragua -1998-, Paraguay -1990-, Perú -2004- y República Dominicana -2002-, según los datos de la Demographic and Health Survey. Las ponderaciones se realizaron en función de las proyecciones poblacionales de CELADE para mujeres de 15 a 49 años, calculando el promedio ponderado final según el peso poblacional de cada uno de los ocho países respecto del total de población del conjunto de éstos. Para una mayor discusión respecto de la falla en métodos contraceptivos, revisar Post, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J. y Bankole, A. (2008) "Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth" en *Contraception*, 77(1): 10-21; Blanc, A., Tsui, A., Croft, T., y Trevitt, J. (2009). "Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women" en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*: 35 (2): 63-71; Trussell, J. y Vaughan, B. (1999). "Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth" en *Family Planning Perspectives*, 31: 64-72.

⁶ En términos estrictos, debería considerarse la posibilidad de que el porcentaje de mujeres que ha experimentado violencia sexual se solape en algún punto con el de mujeres que no usa algún método anticonceptivo o con el de aquellas que usan pero falla. Sin embargo, ante la imposibilidad de contar con datos que permitan estimar esta situación, se consideran cada uno como universos mutuamente excluyentes.

nacional, cuyo acceso queda imposibilitado debido a restricciones normativas vinculadas con su edad.

Para esto, utilizando las proyecciones de población del CELADE, se calculó el porcentaje de la población de mujeres en edad fértil -de 10 a 49 años de edad- de cada país estimada al año 2010, que queda excluida del acceso a la AOE según la normativa.

Posteriormente, se multiplicó dicho porcentaje por 0,2729, valor correspondiente a la proporción estimada de mujeres que pueden verse motivadas a solicitar la AOE en América Latina y El Caribe (ver cuadro 1). Con esto se obtuvo el porcentaje estimado de mujeres con embarazos no deseados que quedan excluidas del acceso a la AOE debido a su edad.

Variable 3: Rol del padre, la madre y/o representantes: Esta variable indica el porcentaje estimado de potenciales usuarias de la AOE que pueden ver su acceso a la misma truncado debido al eventual rol que puede jugar el padre, la madre o los y las representantes, contemplados como actores necesariamente involucrados e involucradas en el proceso según la normativa vigente.

Para esto, se consideró en primer lugar las edades de las usuarias que deben contar con la autorización de una persona responsable para acceder a la AOE, o cuya decisión debe ser informada a una persona adulta según la normativa vigente. Posteriormente, se calculó el porcentaje de mujeres en edad fértil cuyo acceso se puede ver truncado por estos motivos respecto del total de mujeres en edad fértil del país, utilizando los datos de las proyecciones de población del CELADE.

El valor obtenido se multiplicó por la proporción estimada de mujeres que pueden verse motivadas a solicitar la AOE en América Latina y El Caribe, y por una constante que representa el porcentaje estimado de personas que manifiestan estar en desacuerdo con la utilización de la AOE y que tienen hijas adolescentes de 10 a 18 años de edad. Esta constante fue calculada a partir de los datos de una encuesta realizada por el Programa Género y Equidad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO Chile- en el 2009, con las poblaciones de Brasil, Chile, México y Nicaragua, y cuyos resultados mostraron que la estimación puntual de personas con hijas adolescentes que se oponen a la AOE asciende al 23,28% (Dides, Sáez, Benavente y Morán, 2010)⁷.

Variable 4: Objeción de conciencia: Para la construcción de esta variable se tomó en consideración la existencia o no de la figura de la objeción de conciencia en la legislación de cada país. Los valores que asume representan el total estimado de usuarias de AOE que pueden ver limitado su acceso debido al ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal de salud que la atiende en el sistema.

En los casos en donde la objeción de conciencia está normada y obliga al personal de salud a garantizar la atención oportuna a la paciente, esta variable adquiere el valor 0

⁷ Esta encuesta se llevó a cabo en el 2009 en los cuatro países mencionados utilizando un marco muestral probabilístico. El universo de estudio fueron las personas mayores de 18 años de edad de Brasil, Chile, México y Nicaragua. El dato utilizado corresponde a la cantidad de personas total que manifestó estar “En desacuerdo” con que “Se utilice la píldora del día después”, y que manifestó tener al menos una hija de entre 10 y 18 años de edad, inclusive.

–cero-, ya que significa que ninguna mujer puede quedar sin acceso a la AOE por motivos de conciencia del personal médico de turno, desde el punto de vista de la ley.

Sin embargo, en los casos en donde esta figura no está contemplada por el derecho, o donde sí lo está, pero no garantiza el acceso oportuno al servicio de salud solicitado, la variable adquiere un valor constante, representado por la estimación de médicos y médicas que se oponen a la AOE en América Latina y El Caribe.

Esta constante fue calculada considerando cinco estudios (Marín, 2004; Cialzeta, 2006; Galvão, Díaz, Díaz, Osis, Clark y Ellertson, 2000; Monterrosa, 2002; Rojas, Cenzano, Gómez, Ramos, Roque, Rosales, Rúa y Siccha, 2003) realizados en distintos países de la región –Argentina, Brasil, Colombia, Honduras y Perú- en donde se consultó al personal médico su posición respecto a la AOE. Los resultados, que oscilaron entre un 7% y un 28%, fueron promediados ponderándolos respecto del peso relativo de la población en edad fértil de cada país, obteniéndose un promedio ponderado de 12,36% de médicos y médicas que manifiestan oponerse a la entrega de la AOE.

Variable 5: Aspectos político-institucionales: Esta variable, de escala cuantitativa, representa la proporción estimada de usuarias de AOE que pueden ver impedido su acceso a este método debido a fallos judiciales que prohíben su entrega gratuita o a disposiciones del poder central que truncan la misma, tales como falta de presupuesto, resoluciones ministeriales que obstaculizan o impiden su disponibilidad, u otras.

En los casos en donde existen indicaciones o resoluciones emanadas desde el poder judicial o ejecutivo que prohíben la entrega de AOE gratuita en la totalidad del sistema de salud nacional, la variable adquirió un valor de 1 –el que indica que el 100% de las usuarias de AOE ven impedido su acceso-, mientras que en los casos en donde la entrega se ve anulada sólo en determinadas regiones del país –como puede ser el caso de los regímenes federales-, se estimó el número de usuarias locales que no podrían acceder al producto dedicado.

En estos últimos casos, se calculó la proporción de mujeres en edad fértil residentes en la zona donde está prohibida o interrumpida la entrega de la AOE⁸ respecto del total de mujeres en edad fértil del país, y se multiplicó por la proporción estimada de mujeres que pueden verse motivadas a solicitar el producto dedicado en el sistema público de salud.

Variable 6: Barreras no cuantificables

Debido a que existe una gran cantidad de información sobre accesibilidad a la AOE que no es cuantificable, esta variable considera otras barreras en el acceso a la AOE que no pueden ser analizadas por las variables anteriores debido a su naturaleza cuantitativa.

Para esto, se recogieron las opiniones de expertas y expertos de cada país sobre la situación de accesibilidad de las mujeres a la AOE, lo que permitió complementar la información de las anteriores cinco variables.

A partir de esta información, se categorizaron los países definiendo aquellos con graves problemas presupuestarios o de disponibilidad de AOE.

⁸ Las fuentes de estos datos son múltiples. Se recurre primordialmente a las proyecciones de población calculadas por los organismos oficiales de información estadística de cada país.

De este modo, se evidencian Estados en donde la sociedad civil ha constatado que existen barreras para la efectiva implementación de planes y programas de distribución de la AOE no consideradas por las variables anteriores, y que ponen en riesgo la entrega de la píldora al total de la población usuaria. Se incluyen aquí, por ejemplo, aquellos países en donde se reporta la inexistencia de presupuestos para compra del método o falta de stock en los servicios de salud. Por su parte, los países que no entran en esta categoría son aquellos en donde si bien existen barreras que merman la disponibilidad de AOE, éstas no ponen necesariamente en riesgo la accesibilidad por parte de la totalidad de la población usuaria.

Cuadro 2: Variables del Índice CLAE y fórmulas de cálculo

VARIABLE	CATEGORÍAS O FÓRMULA DE CÁLCULO	RANGO DE VALORES	INTERPRETACIÓN DE LA VARIABLE
Motivos considerados para la entrega de AOE	a) Falla o mal uso de medio de prevención del embarazo (0,2098743) b) No uso de medio de prevención del embarazo (0,3714701) c) Violación (0,4186556)	0 a 1	Proporción estimada de usuarias que pueden acceder a la AOE según las causas de acceso legalmente dispuestas, respecto del total de usuarias estimadas.
Restricciones para la entrega de AOE según edad de la solicitante	$\frac{(MExc\ 10-49 / M\ 10-49) * M\ END}{1}$ Donde: MExc 10-49 = Mujeres en edad fértil excluidas del acceso a AOE por su edad M 10-49 = Total de mujeres en edad fértil M AOE = Proporción estimada motivadas a acceder a AOE	0 a 1	Proporción estimada usuarias sin acceso a la AOE por motivos de edad (edades restringidas según normativa), respecto del total de usuarias estimadas.
Rol del padre, la madre y/o representantes	$\frac{(MRest\ 10-49 / M\ 10-49) * 0,2729 * 0,2198}{1}$ Siendo: MRest 10-49 = Mujeres en edad fértil que deben contar con la autorización de una persona responsable para acceder a la AOE, o cuya decisión debe ser informada a una persona adulta. M 10-49 = Total de mujeres en edad fértil	0 a 1	Proporción estimada de usuarias de AOE que pueden ver truncado su acceso debido al rol que debe jugar su padre, su madre y/o representante según la normativa vigente, respecto del total de usuarias estimadas.
Objeción de conciencia	a) Se garantiza el acceso a la AOE pese a existir objeción de conciencia (0,0) b) No está normada la objeción de conciencia, o la normativa vinculada con objeción de conciencia no garantiza su acceso (0,1236)	0,000 o 0,1236	Proporción estimada de usuarias que pueden ver truncado su acceso a la AOE debido al ejercicio de la objeción de conciencia por parte del personal médico, respecto del total de usuarias estimadas.
Restricciones político-institucionales	$\frac{(Mzona\ 10-49 / M\ 10-49) * 0,2729}{1}$ Siendo, Mzona 10-49 = Total de mujeres en edad fértil en la zona con restricciones de acceso a AOE M 10-49 = Total de mujeres en edad fértil del país	0 a 1	Proporción estimada de usuarias de AOE que pueden ver impedido su acceso debido a fallos judiciales que prohíben su entrega gratuita o a disposiciones del poder central, respecto del total de usuarias estimadas.
Barreras no cuantificables	-	Países con graves problemas presupuestarios o de disponibilidad de AOE;	-

Fuente: elaboración propia



2.6) Construcción final del Índice CLAE

Una vez calculados los valores por país de cada una de las variables que integran el Índice CLAE, se calculó el valor final de éste mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Índice CLAE} = (\text{CA} - \text{ER} - \text{AC} - \text{OC} - \text{RP}) * 100$$

Donde:

- CA = Causa de acceso
- ER = Edades restringidas
- AC = Autonomía y confidencialidad
- OC = Objeción de conciencia
- RP = Restricciones político-institucionales

Adicionalmente, utilizando la variable "Barreras no cuantificables", cada país se categorizó según los problemas observados en el acceso por las organizaciones de la sociedad civil participantes en la investigación, incorporando una descripción breve de las opiniones de los y las expertas de cada país a fin de complementar la información cuantitativa.

2.6) Accesibilidad a la AOE en el mercado

Los análisis realizados a partir de la información presentada en el Índice CLAE se complementaron con datos de accesibilidad mediante la compra del productivo dedicado en el mercado formal. Para esto se analizó la población con capacidad de compra, mediante la utilización de indicadores de población en situación de pobreza e indigencia, y la existencia del requisito de prescripción médica en cada país.

3. La normativa de AOE en América Latina y El Caribe

La situación de la normativa vinculada con salud sexual y reproductiva, y en particular con la accesibilidad a la AOE, es altamente heterogénea en América Latina y El Caribe. Esto se expresa no sólo en las fuertes diferencias que existen entre los modos en los que las legislaciones contemplan la planificación familiar, sino además en las jerarquías de las mismas normativas.

Las profundas distancias entre los regímenes de la región respecto de sus políticas de sexualidad y reproducción hacen que en la misma no sea extraño observar sectores en donde la AOE se encuentra totalmente prohibida, como es el caso de Honduras y Perú, y países cuyas constituciones garantizan expresamente el derecho a la salud sexual y reproductiva, y la entrega gratuita de la AOE se encuentra normada en las leyes que regulan el sistema de salud, como ocurre en Ecuador.

El siguiente cuadro resume la información disponible en América Latina y El Caribe respecto de la situación normativa nacional vinculada con salud y derechos sexuales y reproductivos, y en particular con AOE.

Cuadro 3: Normativa nacional vinculada con salud sexual y/o reproductiva (SSR), planificación familiar (PF) y AOE en América Latina y El Caribe, septiembre de 2010

País	Entrega de AOE en el sistema de salud	CONSTITUCIÓN		LEYES Y DECRETOS		AOE EN NORMAS, RESOLUCIONES, GUÍAS TÉCNICAS, PROTOCOLOS O MANUALES
		AOE en Constitución	SSR o PF en Constitución	AOE en leyes y decretos	SSR o PF en leyes y decretos	
ARGENTINA	SI	NO	NO	NO	SI (Ley 25.673, Decreto Nacional 1.282/2003)	SI ("Resolución N° 310/2004 Ministerio de Salud", "Resolución 232/2007 Ministerio de Salud", "AHE Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud", "Guía para el uso de métodos anticonceptivos")
BOLIVIA (ESTADO PLURINACIONAL)	SI	NO	SI (Art. 66)	NO	SI (Ley 2.426, Decreto Supremo 25.265, Ley 3.250)	SI ("Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción" y "Manejo de la violencia sexual en redes de servicios de salud")
BRASIL	SI	NO	SI (Art. 226)	NO	SI (Ley 9.263)	SI ("Anticoncepção de Emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde", "Assistencia ao Planejamento Familiar")
CHILE	SI	NO	NO	SI (Ley 20.418)	SI (Ley 20.418)	SI ("Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de víctimas de violencia sexual")
COLOMBIA	SI	NO	NO	SI (Decreto 3.039 de 2007)	SI (Ley 1.122, Acuerdo N° 000293, Ley 100 de 1993, Decreto 205 de 2003)	SI ("Resolución N° 0425 del Ministerio de la Protección Social", "Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres", "Guía de Atención del Menor Maltratado" y "Guía de atención a la mujer maltratada")
COSTA RICA	NO	-	-	-	-	-
ECUADOR	SI	NO	SI (Art. 32)	SI (Ley 67 del 2006)	SI (Ley de Maternidad Gratuita, Decreto Ejecutivo 2704)	SI ("Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes", "Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida")
EL SALVADOR	SI	NO	NO	NO	SI (Ley de protección integral de la niñez y adolescencia)	SI ("Guía Técnica en Planificación Familiar", "Guía Técnica para la Consejería en la Prestación de Servicios de Planificación Familiar")
GUATEMALA	SI	NO	SI (Art. 47)	NO	SI (Decreto 85 - 2005)	SI ("Normas de Atención a Víctimas de



País	Entrega de AOE en el sistema de salud	CONSTITUCIÓN		LEYES Y DECRETOS		AOE EN NORMAS, RESOLUCIONES, GUÍAS TÉCNICAS, PROTOCOLOS O MANUALES
		AOE en Constitución	SSR o PF en Constitución	AOE en leyes y decretos	SSR o PF en leyes y decretos	
						Violencia Sexual")
HONDURAS	NO (Acuerdo 2744 Secretaría de Salud)	-	-	-	-	-
MÉXICO	SI	NO	SI (Art. 4)	SI ("NOM-005-SSA2-1993", "NOM-046-SSA2-2005")	SI (Ley General de Salud, Decreto del 11 de julio de 2005)	SI ("Información para Personal de Salud sobre la Norma Oficial Mexicana 005-SSA-2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar")
NICARAGUA	SI	NO	NO	NO	NO	SI ("Norma y Protocolo de Planificación Familiar")
PANAMÁ	SI	NO	NO	NO	NO	SI ("Normas de Salud Integral de la Mujer - Revisión del 2007", "Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes")
PARAGUAY	SI	NO	SI (Art. 61)	NO	NO	SI ("Guía Nacional de Planificación Familiar Paraguay" y "Guía para la Planificación en Salud Sexual y reproductiva - 2009 - 2013")
PERÚ	NO (Resolución Ministerial 652/2010 MINSA)	-	-	-	-	-
REPÚBLICA DOMINICANA	SI	NO	NO	NO	SI (Ley 42-01)	SI ("Normas Nacionales de Salud Reproductiva", "Normas Nacionales de Planificación Familiar")
URUGUAY	SI	NO	NO	NO	SI (Ley Nº 18.426)	SI ("Guías en Salud Sexual y Reproductiva")
VENEZUELA	SI	NO	SI (Art. 76)	NO	SI (Ley 5.266)	SI ("Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva")

Fuente: Elaboración propia

La situación de los países en donde la AOE no se entrega en el sistema público de salud es muy disímil. En Honduras, su distribución gratuita y comercialización fue prohibida mediante la publicación del Acuerdo Ministerial N° 2744 de la Secretaría de Salud el día 21 de octubre de 2009. En Perú, si bien la AOE se encontraba reglamentada en la "Guía de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva", el "Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva" y la "Norma técnica de planificación familiar", luego del Fallo del Tribunal Constitucional que ordenó al Ministerio de Salud abstenerse de desarrollar como política pública la entrega gratuita de la AOE a nivel nacional, se publicó la Resolución Ministerial 652/2010 prohibiendo cualquier actividad referida al uso del Levonorgestrel como anticonceptivo oral de emergencia. En Costa Rica en cambio, la AOE no se encuentra normada, por lo que si bien su distribución no está expresamente prohibida, la inexistencia de un producto dedicado registrado imposibilita su acceso, tanto en el sistema de salud como en el mercado.

Los países en donde la AOE sí se distribuye gratuitamente también presentan altos grados de heterogeneidad en lo que hace a su regulación legal. Aunque ningún país de la región contempla explícitamente la AOE en su texto constitucional, siete de ellos sí garantizan el derecho a la planificación familiar. Esto se expresa mediante distintas



fórmulas que van desde la garantía del derecho de cada persona a decidir libremente el número y espaciamento de sus hijos e hijas –como es el caso del Artículo 47 de la Constitución de la República de Guatemala-, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres –como indica el Artículo 66 de la Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia.

Cabe destacar, sin embargo, que todos los países de la región han suscrito y ratificado acuerdos y protocolos internacionales que contemplan la anticoncepción dentro de sus disposiciones, y algunos de manera explícita la AOE tales como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW- y la Convención de los Derechos del Niño, entre otros.

Sólo en tres países, Chile, Colombia y Ecuador, existen leyes o decretos que garantizan expresamente el acceso a la AOE, aunque son doce los Estados que contemplan los derechos y la salud sexual y reproductiva y/o la planificación familiar en decretos y leyes nacionales. En el caso de Ecuador, la Ley Orgánica de Salud del año 2006 garantiza la entrega de AOE para casos de violencia sexual. En Chile, la Ley 20.418, promulgada bajo el gobierno de Michelle Bachelet, garantiza la entrega de AOE a toda persona sin mencionar situaciones específicas de acceso, al igual que el Decreto 3039 de 2007 de Colombia, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

En el caso de Chile, aunque las “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de víctimas de violencia sexual” contempla la entrega de la AOE para casos de violación, la Ley 20.418 aún no está reglamentada. Sin embargo, todos los otros países en donde se distribuye la AOE de manera gratuita cuentan con normas, guías técnicas, protocolos de atención o resoluciones ministeriales que regulan de manera específica las disposiciones de entrega de la AOE en los servicios de salud. Algunos de estos documentos poseen rango legal, como las “Normas y Protocolo de Planificación Familiar” –Acuerdo Ministerial 113/2008 del Ministerio de Salud- de Nicaragua, y la “Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción” –Resolución Ministerial N° 0001 del 5 de enero de 2010, Ministerio de Salud y Deportes- del Estado Plurinacional de Bolivia. Sin embargo, otros presentan sólo documentos sin estatus legal, como el “AHE Guía de Procedimientos para Profesionales de la Salud” de Argentina, o el documento “Anticoncepção de Emergência. Perguntas e respostas para profissionais de saúde” de Brasil. Estos últimos, aunque sirven de antecedentes a considerar dentro de las políticas estatales vinculadas con AOE, representan nudos problemáticos en la defensa y promoción legal de la AOE en la región, en especial en aquellos países donde la AOE no está contemplada de manera explícita por la legislación local.

Es necesario observar que la situación en los países con regímenes políticos federales es distinta a la de aquellos con sistemas unitarios, ya que en algunos casos existen niveles locales que no se adhieren a la legislación nacional vinculada con AOE, o bien que han decretado disposiciones contrarias a la misma. Este es el caso del municipio de Ilhabela -São Paulo- en Brasil, donde se prohibió la venta de la píldora del día después tras la aprobación del proyecto de ley N° 37 del 2008, o de algunas provincias argentinas que a la fecha no se han adherido a la ley nacional que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que asegura la disponibilidad de AOE en el país.



En este sentido, la autonomía política y administrativa existente al interior de algunos países de la región ha abierto espacios de tensión interna en lo relativo al acceso a la AOE, los cuales deben ser atendidos por los monitoreos regionales.

Finalmente, cabe señalar que todos los países de la región han firmado y ratificado diversos instrumentos internacionales que promueven la salud y los derechos sexuales y reproductivos garantizando el uso de la anticoncepción, y específicamente de la AOE. Sin embargo, y pese al rango constitucional que adquieren los tratados internacionales en ciertos Estados, la realidad respecto de la disponibilidad de la AOE en los sistemas de salud es sumamente variada, lo que evidencia las deficiencias de ciertos países respecto del cumplimiento de las disposiciones y garantías que prevén estos instrumentos.

4. Accesibilidad a la AOE en América Latina y El Caribe

El siguiente cuadro resume la situación de la accesibilidad a la AOE en cada uno de los países analizados según las variables consideradas en el Índice CLAE.

Cuadro 4: Situación de la AOE en América Latina y El Caribe, según variables del Índice CLAE, septiembre de 2010

País	Se entrega AOE	Edades sin acceso a la AOE	Motivos considerados para la entrega de AOE	Rol del padre, la madre y/o representantes	Objeción de conciencia	Aspectos político-institucionales	Barreras no cuantificables ⁹
ARGENTINA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	El Decreto Nacional 1.282/2003 señala: "En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años"	Existe, pero no garantiza el servicio de salud oportuno a la paciente (Art. 10 de la Ley 25.673)	Según información del CONDERS y del PNSSyPR, hay tres provincias que presentan déficit en la disponibilidad de AOE: Córdoba, La Rioja y Tierra del Fuego	Existe resistencia moral por parte de algunos y algunas profesionales de la salud para entregar la AOE, sin que se garantice el acceso de las solicitantes.
BOLIVIA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	La AOE ha sufrido un cierto desabastecimiento durante el 2010, pero todo indica que éste se está solucionando.
BRASIL	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	En el Municipio de Maringá (estado do Paraná) sólo se otorga AOE para casos de violación.	Existen servicios de salud en donde no se entrega la AOE, pese a las disposiciones de las normativas vigentes, o donde sólo se entrega para casos de violación.
CHILE	SI	Todas las edades acceden	La ley no especifica ningún motivo en particular, pero las "Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de víctimas de violencia sexual" regulan la entrega para casos de violación.	Según el Art. 2 de la Ley 20.418, luego de la entrega de la AOE, los y las profesionales de salud deben informar a los padres de las personas menores de 14 años	Existe pero obliga a garantizar el servicio de salud a la paciente (Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad)	-	La 20.418 fue promulgada este año, por lo que aun falta socializarla y reglamentarla.
COSTA RICA	NO	-	-	-	-	-	No existe producto dedicado de AOE en Costa Rica, ni se entrega Yuzpe. No hay normas ni leyes al respecto.
COLOMBIA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	Las compras oficiales de Post Day parecen ser reducidas. La demanda es baja ya que las mujeres evitan exponerse a los largos periodos de espera y a las explicaciones que les piden en el sistema de salud.

⁹ Los comentarios expresados en esta columna corresponden a las opiniones y experiencias aportadas por las organizaciones de la sociedad civil consultadas. Las casillas que están en blanco representan los países en donde las organizaciones no hicieron mayores comentarios, lo que no implica que la situación de la accesibilidad a la AOE no presente deficiencias no cuantificables.



País	Se entrega AOE	Edades sin acceso a la AOE	Motivos considerados para la entrega de AOE	Rol del padre, la madre y/o representantes	Objeción de conciencia	Aspectos político-institucionales	Barreras no cuantificables ⁹
ECUADOR	SI	Todas las edades acceden	La Ley 67 la nombra para casos de violencia sexual, pero las normas técnicas no señalan motivos específicos.	Antes de los 12 años se necesita autorización de los padres ya que rige el Código de la Niñez y la Adolescencia.	No está normada	-	No hay información acerca de este derecho, los y las proveedoras tienen resistencia de tipo moral o no se encuentran el momento en que la mujer va. Los y las profesionales de la salud no saben que es legal y está en la norma, o creen que sólo es para casos de violación.
EL SALVADOR	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	En la práctica, la AOE no se entrega gratuitamente en los servicios de salud públicos ya que o no está disponible (se distribuye gratuitamente si se cuenta con un proyecto que la financie) o el personal de salud no está informado
GUATEMALA	SI	Todas las edades acceden	Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	Desde el año 2005 la anticoncepción de emergencia esta dentro de las normas del Ministerio de Salud en cuanto a la salud materna, pero no se ha difundido la anticoncepción en las unidades de salud.
HONDURAS	NO	-	-	-	-	-	Tras la publicación del Acuerdo Ministerial 2744, no se distribuye ni se comercializa la AOE.
MÉXICO	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	Los y las profesionales de la salud están obligados y obligadas a suministrar AOE	-	Hay falta de información respecto de la estructura del Presupuesto de Egresos de la Federación, por tanto no es clara la situación de la AOE en el país.
NICARAGUA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	No hay presupuesto para este rubro. La anticoncepción de emergencia la utilizan las mujeres por demanda propia en las farmacias privadas
PANAMÁ	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	No existe ningún producto dedicado en Panamá, por lo que en el sistema público de salud sólo se distribuye el método yuzpe. Sin embargo, al no haberse aún socializado las Normas de Salud Integral de la Mujer, la entrega del método yuzpe no está garantizada, y depende del criterio de el o la profesional de la salud.
PARAGUAY	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	-
PERÚ	NO	-	-	-	-	-	Tras la Resolución Ministerial 652-2010 del MINSA, en Perú no se está distribuyendo AOE
REPÚBLICA DOMINICANA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	No está contemplado	No está normada	-	-

País	Se entrega AOE	Edades sin acceso a la AOE	Motivos considerados para la entrega de AOE	Rol del padre, la madre y/o representantes	Objeción de conciencia	Aspectos político-institucionales	Barreras no cuantificables ⁹
URUGUAY	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	Según el Art. 11 del Código de la Niñez y la Adolescencia, de acuerdo con la edad del niño, niña o adolescente, se debe propender a que las decisiones sobre métodos de prevención se adopten en concurrencia con su padre, madre u otras personas referentes adultas de su confianza.	Existe, pero obliga a garantizar el servicio de salud a la paciente	-	Para acceder a la AOE se debe solicitar hora con el o la ginecóloga y luego éste o ésta provee el anticonceptivo. En algunos casos, para cumplir este procedimiento puede darse un período de una semana o quince días.
VENEZUELA	SI	Todas las edades acceden	- Tras relación no protegida - Tras falla o mal uso del método anticonceptivo - Tras violación	Según el Art. 50 de la LOPNA y la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, los y las menores de 14 años necesitan la autorización previa de un o una representante.	No está normada	-	-

Al cuantificar cada variable, a fin de calcular la proporción de mujeres usuarias de AOE que pueden acceder a ésta según las disposiciones normativas de cada realidad de América Latina y El Caribe, los resultados mostraron una amplia heterogeneidad en relación a la accesibilidad a la AOE.

Cuadro 5: Puntajes Índice CLAE y categorización de problemas de accesibilidad por país, septiembre de 2010

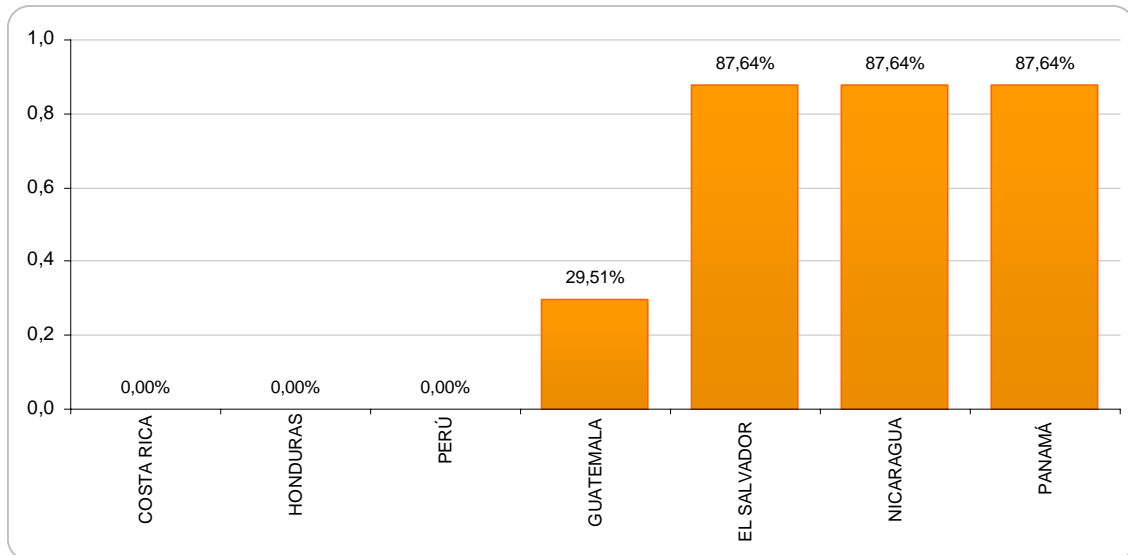
País	Puntaje Índice CLAE	Países con graves problemas presupuestarios o de disponibilidad de AOE
México	100,00%	-
Uruguay	98,53%	-
Bolivia	87,64%	-
Colombia	87,64%	-
El Salvador	87,64%	Sí
Nicaragua	87,64%	Sí
Panamá	87,64%	Sí
Paraguay	87,64%	-
República Dominicana	87,64%	-
Brasil	87,62%	-
Venezuela	86,88%	-
Chile	85,78%	-
Argentina	84,28%	-
Ecuador	73,68%	-
Guatemala	29,51%	Sí
Costa Rica	0,00%	Sí
Honduras	0,00%	Sí
Perú	0,00%	Sí

Fuente: Elaboración propia

El puntaje más alto del Índice CLAE lo obtiene México (100%), lo que equivale a decir que, en caso de que la normativa actual se cumpla cabalmente, la totalidad de las usuarias estimadas de AOE de dicho país podrían acceder gratuitamente a ésta en el sistema de salud. Por otro lado, los tres casos críticos los representan Costa Rica, Honduras y Perú, en donde o bien la normativa no contempla la AOE –como es el caso de Costa Rica- o donde ésta ha sido prohibida desde la regulación estatal –como ocurre con Perú y Honduras-.

Sin embargo, al separar los países en dos categorías, en función de la variable “Barreras no cuantificable”, es posible observar un primer grupo de países en donde la distribución de la AOE resulta ser extremadamente baja o nula, por problemas de índole presupuestaria o de modelos deficientes de compra de dosis. Tal es el caso de El Salvador –donde la AOE se distribuye gratuitamente sólo si se cuenta con un proyecto que la financie-, Nicaragua –donde no existe un presupuesto específico para este rubro-, y Panamá –en donde no hay producto dedicado registrado y la entrega del método yuzpe depende del criterio de cada profesional de la salud-¹⁰.

Gráfico 1: Puntajes Índice CLAE en países con graves problemas presupuestarios o de disponibilidad de AOE



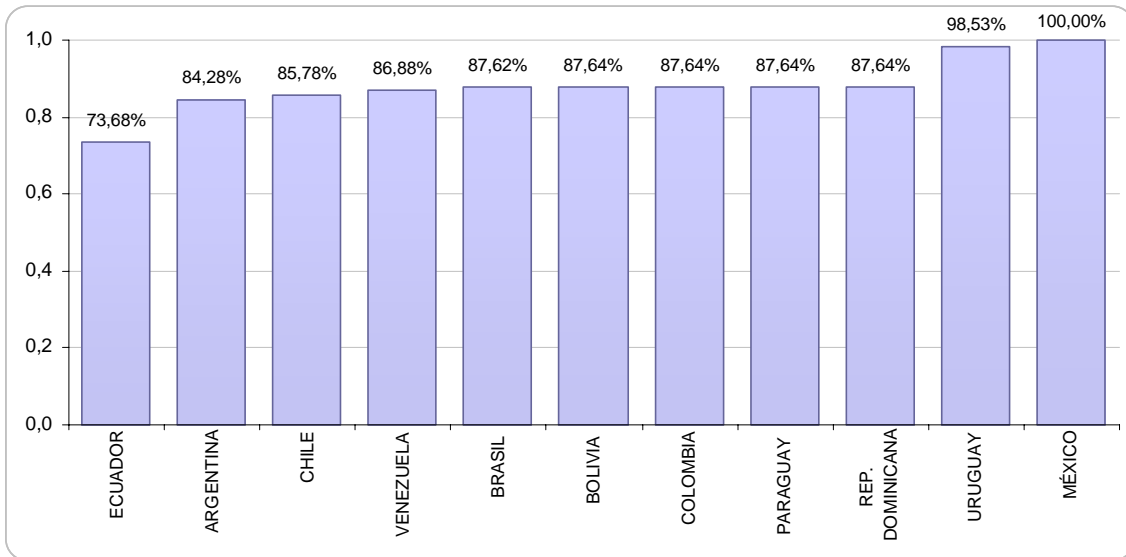
Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico anterior, El Salvador, Nicaragua y Panamá presentan altos puntajes en el Índice CLAE. Sin embargo, no es posible concluir que el acceso a la AOE sea alto en estos tres países, ya que los problemas presupuestarios y de disponibilidad representan barreras que en la práctica implican que exista un acceso prácticamente, sino por completo, nulo.

En los países restantes se comprende que si bien pueden existir barreras que merman la disponibilidad de AOE, éstas no ponen necesariamente en riesgo la accesibilidad de la totalidad de la población usuaria.

¹⁰ Es necesario destacar que el método Yuzpe es considerado actualmente como un método menos eficaz y con mayores efectos secundarios que el que presenta el uso de levonorgestrel solo (Ho, 1993; Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, 1998; Von Hertzen, Piaggio, Ding, et al., 2002).

Gráfico 2: Puntajes Índice CLAE en países sin graves problemas presupuestarios o de disponibilidad de AOE



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el gráfico anterior, el país en donde existe un menor acceso a la AOE respecto de los demás es Ecuador (63,78%). Esto se debe a que la ley ecuatoriana sólo contempla la AOE para casos de violencia sexual –tal como señala el artículo 32 de la Ley Orgánica de Salud-, a pesar de que no existen restricciones específicas para los casos de falla o no uso del método anticonceptivo. En estos últimos dos casos, la disposición de AOE queda a criterio de el o la profesional de la salud.

Por otro lado, los países con un mayor puntaje del Índice CLAE corresponden a México (100%) y Uruguay (98,53%), respectivamente. El primero de ellos incorporó la AOE en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los “Servicios de Planificación Familiar”, tras la modificación de la misma en el año 2004. Asimismo, en el 2005 se promulgó la NOM-046-SSA2-2005 de “Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”, la cual contempla la entrega gratuita y oportuna de la AOE para casos de violación. En México, además, no existen restricciones etarias para el acceso a este método, y si bien la objeción de conciencia no está expresamente normada –sólo está regulada para el caso del aborto-, tras la resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que declaró la constitucionalidad de la NOM-046-SSA2-2005 luego de que el Gobernador del Estado de Jalisco llevara el caso hasta dicha instancia, se sentó jurisprudencia que obliga a los y las médicos y médicas a entregar la AOE.

Uruguay presenta una legislación altamente inclusiva, por cuanto casi la totalidad de las potenciales usuarias de AOE pueden acceder a ésta, según lo que se dispone en la normativa vigente. Cabe recordar que si bien este método ha estado disponible en este país desde hace más de veinte años, la recientemente promulgada Ley 18.426 de Derechos Sexuales y Reproductivos entregó un marco normativo explícito en donde, entre otras cosas, se garantiza el acceso universal a métodos anticonceptivos seguros y confiables. La única barrera cuantificable detectada dice relación con la incorporación del artículo 11 bis al Código de la Niñez y la Adolescencia mediante la sanción de la Ley 18.426, donde se establece que, de acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se debe propender a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual

se adopten en concurrencia con su padre, su madre u otros referentes adultos de su confianza. En este sentido, se considera que esto puede incurrir en una eventual barrera para el acceso de las adolescentes a la AOE, por cuanto tiende a violar la confidencialidad de éstas durante el proceso (Cook y Dickens, 2003).

Bolivia, Colombia, Paraguay y República Dominicana presentan panoramas similares (87,64%), dado que la AOE está contemplada en la norma para casos de violación, falla y no uso del método anticonceptivo, no existen restricciones etarias, se respeta la autonomía y la confidencialidad de las adolescentes y no está normada la objeción de conciencia. No obstante, existen importantes diferencias no cuantificables entre estos países. Por ejemplo, en el caso de Colombia, se ha reportado la existencia de barreras constituidas por los largos periodos de espera y las preguntas que se le hacen a las mujeres que solicitan AOE en el sistema de salud. En Bolivia, en tanto, algunas organizaciones de la sociedad civil consultadas mencionaron que ha existido un cierto desabastecimiento de AOE y de otros métodos anticonceptivos durante el 2010.

Es necesario destacar que en el Estado Plurinacional de Bolivia la AOE no sólo se dispone para casos de violación, falla o no uso del método de prevención del embarazo, sino que además la actualización del año 2010 de la "Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción" aconseja al personal médico suministrar a las adolescentes el producto dedicado incluso por anticipado, a fin de que éstas lo utilicen cuando sea necesario.

El panorama en Brasil (87,62%) y Venezuela (86,88%) es similar a los anteriores, pero sus respectivos puntajes tienden a bajar debido a circunstancias específicas de cada uno. En el caso de Brasil, la limitación impuesta desde el poder ejecutivo del Municipio de Maringá –Paraná-, donde únicamente se distribuye la AOE para casos de violación, margina a un porcentaje específico de la población de usuarias del acceso al método. En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, la disposición legal contemplada en la "Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente" y en la "Norma Oficial para la Salud Integral de la Salud Sexual y Reproductiva", según la cual los y las menores de 14 años necesitan la autorización previa de un o una representante, se impone como una eventual barrera para la accesibilidad de un sector específico de la población usuaria de AOE.

En el caso de Chile (85,78%), la ley contempla la entrega de AOE, pero al no existir un protocolo o guía técnica que reglamente ésta, su acceso depende del criterio de el o la médica o matrona de turno, salvo para los casos de violación, en donde las "Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de víctimas de violencia sexual" regula estas situaciones desde el año 2004.

En Argentina (84,28%) se ha promovido el acceso a la AOE desde la promulgación de la ley 25.673, mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable –PNSSyPR-, y más específicamente desde la publicación de la Resolución 232/2007 del Ministerio de Salud, que incorpora la AOE como método anticonceptivo hormonal al Sistema Nacional del Seguro de Salud. Sin embargo, las principales barreras observadas en este país dicen relación con la existencia de provincias que aún no han oficializado su adhesión a la Ley 25.673, así como la carencia de presupuestos y dosis en sectores específicos del territorio nacional (Cárdenas y Tandeter, 2008). Asimismo, pese a que la objeción de conciencia está normada por la ley, no se garantiza el acceso oportuno de la paciente a los servicios de salud.

Accesibilidad y compra de AOE en el mercado

Gran parte de la literatura a nivel global indica que el requisito de contar con prescripción médica para comprar AOE constituye una barrera para el acceso de las mujeres a este método (National Latina Institute for Reproductive Health, 2003; Center for Reproductive Rights, 2005; Parker, 2005; Killick e Irving, 2004; Pancham y Dunn, 2007; Ellerston, Winikoff, Armstrong, Camp y Senanayake, 1995). En América Latina y El Caribe, si bien la magnitud en la que aumenta la accesibilidad tras la eliminación de esta exigencia no ha sido suficientemente estudiada¹¹, es posible observar que la gran mayoría de los países exigen prescripción médica a la hora de vender el producto dedicado en el comercio, tal como se observa en la siguiente tabla.

Cuadro 6: Situación de la venta de la AOE en América Latina y El Caribe, septiembre de 2010

	AOE a la venta en el mercado	Solicitud de prescripción médica para compra de AOE	Índice CLAE
Argentina	SI	SI	84,28%
Bolivia	SI	SI	87,64%
Brasil	SI	SI	87,62%
Chile	SI	SI*	76,03%
Costa Rica	NO	NO APLICA	0,00%
Colombia	SI	SI	87,64%
Ecuador	SI	SI	73,68%
El Salvador	SI	NO	87,64%
Guatemala	SI	SI	29,51%
Honduras	NO	NO APLICA	0,00%
México	SI	NO	100,00%
Nicaragua	SI	NO	87,64%
Panamá	NO	NO APLICA	87,64%
Paraguay	SI	NO	87,64%
Perú	SI	SI	0,00%
República Dominicana	SI	NO	87,64%
Uruguay	SI	NO	98,53%
Venezuela	SI	NO	86,88%

* En Chile se solicita receta retenida, lo que es destacado por algunas organizaciones de la sociedad civil como una barrera de mayor índole que una prescripción regular, por cuanto muchas matronas no la prescriben porque piensan que no pueden hacerlo y muchos químicos farmacéuticos no la venden en las farmacias con receta de una matrona.

Fuente: Elaboración propia

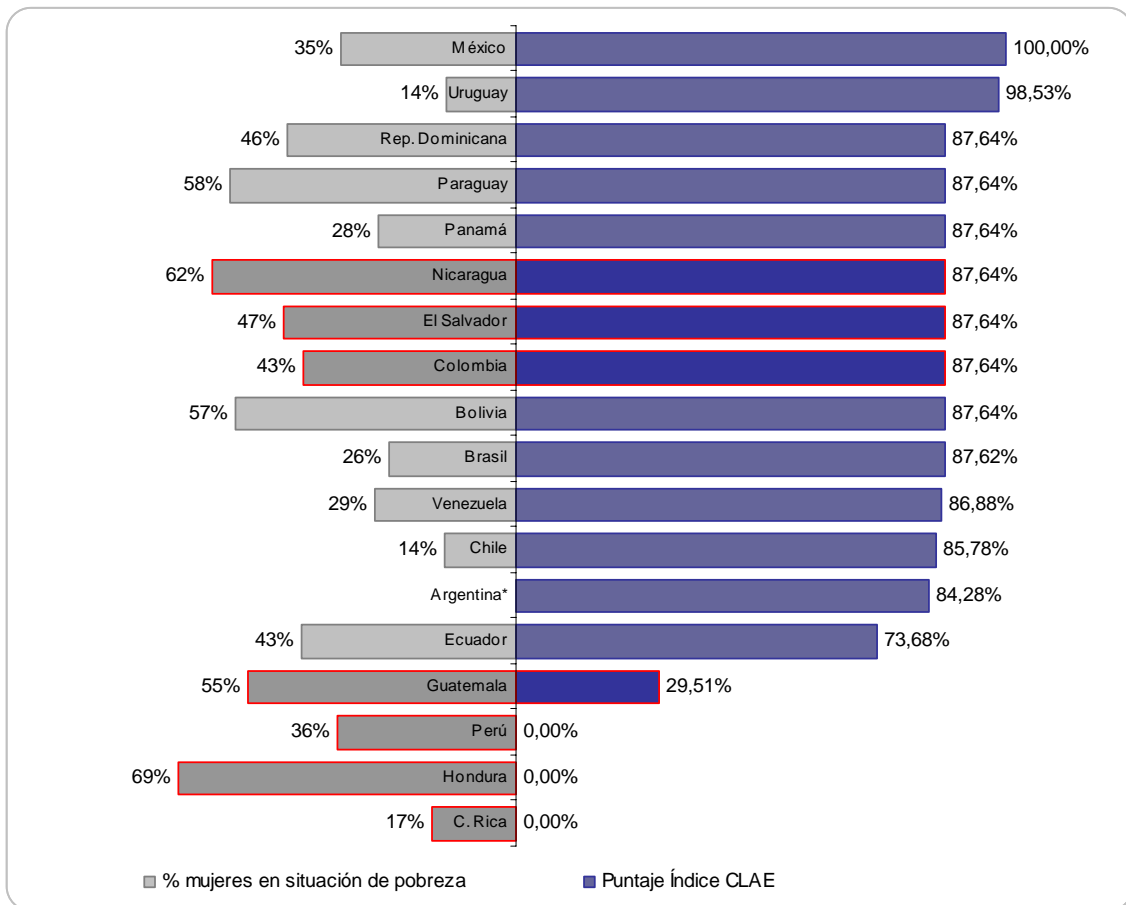
Sólo en siete de los dieciocho países analizados, a saber, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, se exime el requisito de la receta médica para vender AOE, mientras que en tres, Costa Rica, Honduras y Panamá, simplemente no se vende el producto. En el caso de Honduras, su

¹¹ Es preciso mencionar que existe evidencia que demuestra que en algunos países, la cantidad de mujeres que han logrado comprar AOE en el comercio luego de que se legalizara el acceso a ésta libre de receta, no ha presentado cambios significativos respecto del número de mujeres que compraban AOE presentando una prescripción (Marston, Meltzer y Majeed, 2005; Lakha y Glasier, 2006).

venta fue prohibida mediante el Acuerdo Ministerial 2744, mientras que en Costa Rica y Panamá no existe producto dedicado registrado.

Adicionalmente, en algunos países con sistemas políticos federales se han presentado casos a nivel local de restricciones en la venta. Es el caso de Brasil, donde la Cámara del Municipio de Ithabela –São Paulo- aprobó en el año 2008 el proyecto de ley N° 37/2008 que prohibió la venta de la píldora del día después en dicha localidad. En Argentina, en el año 2008, la justicia emitió un fallo que prohibió la venta de la AOE en las farmacias de la provincia de Tierra del Fuego.

Gráfico 3: Puntajes Índice CLAE y porcentaje de mujeres en situación de pobreza e indigencia en América Latina y El Caribe, 2010.



* No existe dato.

Las barras oscuras con bordes rojos representan los países con problemas presupuestarios o de disponibilidad considerados como riesgosos.

Fuente: Elaboración propia. Información de pobreza: CELADE.

Al observar los porcentajes de mujeres en condición de pobreza, incluida la indigencia, se aprecia que, paradójicamente, los dos países con mayores niveles de pobreza, Honduras (69%) y Nicaragua (62%), se sitúan ambos en el grupo de aquellos con problemas presupuestarios o de disponibilidad considerados como riesgosos para el acceso a la AOE. En este sentido, la accesibilidad no sólo es restringida en el sistema de salud, sino que además está fuertemente restringida en el mercado (Lara, Van Dijk, García y Grossman, 2007), por cuanto son altos los niveles –más del 60% en cada



país- de mujeres que se ven imposibilitadas de adquirir el producto dedicado en el comercio debido a la carencia de recursos.

Por otro lado, Uruguay, el país con menos porcentaje de mujeres pobres de la región (14%), es uno de los que presenta el más alto índice de acceso en el sistema de salud.

El caso de Perú resulta también paradójico, pero por motivos distintos a los anteriormente señalados. En este país, tras el fallo del Tribunal Constitucional que declaró fundado el amparo presentado en el expediente 02005-2009-PA y la posterior publicación de la Resolución Ministerial 652/2010 del Ministerio de Salud a través de la cual se obligaba al órgano público competente a abstenerse de realizar cualquier acción vinculada con el Levonorgestrel, la distribución gratuita de la AOE en el sistema de salud quedó prohibida en todo el territorio nacional. De este modo, su acceso quedó restringido a la compra en las farmacias¹², lo que probablemente ha tendido a profundizar las desigualdades en el acceso, promoviendo que sólo aquellas personas que cuentan con los recursos suficientes puedan adquirir el producto dedicado. Esta situación es similar a la que vivió Chile tras el fallo del Tribunal Constitucional en el 2008, donde también se prohibió la distribución de la AOE en el sistema de salud, pero no se limitó su venta en farmacias.

¹² Cabe mencionar que los datos aportados por el Índice CLAE se limitan exclusivamente a describir la situación del acceso a la AOE en el sistema de salud, por lo que es necesario destacar que, especialmente en países como Perú donde actualmente la AOE ha dejado de ser distribuida por el Ministerio, existe una importante red social de organizaciones civiles que intentan promover el acceso de las mujeres a este método.

5. Conclusiones

Como método seguro y excepcional de prevención del embarazo no deseado, el acceso a la AOE es un derecho de las personas cuyo encuadre se funda en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Diversas dimensiones sociales, como la pobreza, la exclusión y la falta de educación atraviesan este derecho, por cuanto son las mujeres más vulnerables las que tienden generalmente a acceder con menor frecuencia a información y métodos de regulación de la fertilidad.

La accesibilidad en América Latina y El Caribe constituye, sin embargo, una tarea pendiente para los gobiernos de la región, partiendo de la base de que las barreras surgen ya desde las normativas que contemplan esta materia, la resistencia del personal médico, la violación a la confidencialidad y autonomía de las adolescentes, y la falta de voluntad política para hacer accesible este método a toda mujer que lo solicite, independientemente de la causa que la motiva.

Los casos críticos observados corresponden a Costa Rica, Perú y Honduras, donde por motivos diversos la AOE ha no está siendo distribuida de manera gratuita en el sistema de salud, mientras que México y Uruguay presentan los índices más altos de accesibilidad.

En términos generales, la región presenta altos niveles de acceso, pero al observar la información proporcionada por las organizaciones de la sociedad civil de cada país, es posible atender al hecho de que en muchas partes la normativa no está siendo cumplida, fundamentalmente debido a problemas presupuestarios o de disponibilidad del producto dedicado en el sistema de salud. Tal es el caso de Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá, donde pese a que existe regulación que contempla la entrega gratuita de la AOE, la realidad muestra que la disponibilidad del método es prácticamente nula.

En otros casos, como el de Perú, el acceso ha quedado limitado exclusivamente a su compra en farmacias, lo que probablemente constituye un mecanismo de profundización de brechas de desigualdad. Esta situación además, viola el derecho de muchas mujeres a acceder libremente a mecanismos de regulación de la fertilidad seguros, ya que su acceso queda limitado por las reglas del mercado.

El derecho al acceso igualitario a la AOE, considerada en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, es un tema pendiente aún en la región. El debate en torno al reconocimiento de este derecho cobra especial relevancia en la medida en que es concebido como una herramienta fundamental con miras a reducir condiciones de desigualdad, no sólo en su faz económica sino también en relación al género, la edad, la raza y la etnia, entre otros (Htun, 2003).

Bibliografía

- Bermúdez, V. (1996). *Derechos Reproductivos y Derechos Humanos: Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos desde la perspectiva de los profesionales de la salud*. Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos.
- Blanc, A., Tsui, A., Croft, T., y Trevitt, J. (2009). "Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women" en *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*: 35 (2): 63-71.
- Cárdenas, E. y Tandeter, L. (2008). *Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: Una revisión de la legislación y la jurisprudencia*. Buenos Aires, Argentina: Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Casas, L. (2008). "La saga de la anticoncepción de emergencia en Chile: avances y desafíos" en *Serie Documentos electrónicos FLACSO*, 2.
- Casas, L. y Dides, C. (2007). "Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos" en *Acta Bioethica*, 13 (2): 199-206.
- Center for Reproductive Rights. (2005). *Países de todo el mundo ponen la anticoncepción de emergencia en manos de las mujeres*. Una revisión global de leyes y políticas. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, de http://www.mujiresenred.net/IMG/pdf/pub_bp_ecworldwide_sp.pdf
- Cialzeta, D. (2006). "¿Qué saben los pediatras de anticoncepción de emergencia en adolescentes?" en *Revista del Hospital de Niños (Buenos Aires)*, 48 (218): 169-181.
- Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. (s.f.). *La Anticoncepción de Emergencia en el contexto de la salud, género y los derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado el 12 de septiembre de 2010, de <http://www.clae.info/downloads/Fichas/Contexto.pdf>
- Cook, R. y Dickens, B. (2003). "Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform" en *Human Rights Quarterly, A Comparative and International Journal of the Social Sciences, Humanities, and Law*, 25 (1): 1-59.
- Croxatto, H. (2004). "La píldora anticonceptiva de emergencia y la generación de un nuevo individuo" en *Reflexión y Liberación*, 61 (2): 33-39.
- Daulaire, N., Leidl, P., Mackin, L., Murphy, C. y Stark, L. (2006). *Promises to Keep: The Toll Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington: Global Health Council.
- Dides, C. (2006). *Voces en emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.
- Dides, C., Sáez, I., Benavente, C., Morán, J.M. (2010). *Encuesta sobre aborto en Latinoamérica*. Santiago, Chile: Programa Género y Equidad, FLACSO-Chile.



- Ellerston, C., Winikoff, B., Armstrong, E., Camp, S. y Senanayake, P. (1995). "Expanding Access to Emergency Contraception in Developing Countries" en *Studies in Family Planning*, 26 (5): 251-263.
- Faúndes, A. y Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá, Colombia: Grupo TM.
- Galvão, L., Díaz, J., Díaz, M., Osis, M. J., Clark, S. y Ellertson, C. (2000). "Anticoncepción de emergencia y gineco-obstetras del Brasil" en *International Family Planning Perspectives*, 1: 2-6.
- González, E., Molina, T., Montero, A., Martínez, V. y Leyton, C. (2007). "Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario" en *Revista Médica de Chile*, 135 (10): 1261-1269.
- Hernández, H. A. (s.f.). *¿Es la Anticoncepción de Emergencia un tema también de hombres jóvenes?* Recuperado el 10 de septiembre de 2010, de <http://www.clae.info/articulos/es-la-anticoncepcion-de-emergencia-un-tema-tambien-de-hombres-jovenes.html>
- Hevia, M. (2009). "La lucha jurídica para el acceso de la AOE en el caso de las mujeres jóvenes" en *Boletín CLAE*, noviembre. Recuperado el 13 de septiembre de 2010, de <http://www.clae.info/content/view/389/12/>
- Ho, P.C, y Kwan, M.S. (1993). "A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception" en *Human Reproduction*, 8 (3): 389-92.
- Htun, M. (2003). *Sex and the State: Abortion, Divorce, and the Family Under Latin America Dictatorships and Democracies*. Nueva York, EEUU: Cambridge University Press.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2008). *La anticoncepción oral de emergencia: el debate legal en América Latina*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Jones, R., Darroch, J. y Henshaw, S. (2002). "Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001" en *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (6): 294-303.
- Killick S.R. e Irving, G. (2004). "A national study examining the effect of making emergency hormonal contraception available without prescription" en *Human Reproduction*, 19 (3): 553-557.
- Lakha, F. y Glasier, A. (2006). "Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland" en *Lancet*, 368: 1782-1787.
- Lara D, Van Dijk M.G., García S.G. y Grossman D. (2007). "Introducción de la anticoncepción de emergencia en la Norma Oficial Mexicana de de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993)" en *Gaceta Médica de México*, 143 (6): 483-487.

- Lomuto C. (2000). "Principales causas de muerte en mujeres de edad fértil" en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19 (2): 86-91.
- Marín, C. (2004). "Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AOE). Estudio piloto en San José" en *Población y Salud en Mesoamérica*, 1 (2). Recuperado el 12 de septiembre de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/446/44601201.pdf>
- Marston, C., Meltzer, H., Majeed, A. (2005). "Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys" en *British Medical Journal*, 331 (1): 271-273.
- Martin, A. (2004). "La Anticoncepción de Emergencia en América Latina y El Caribe" en *Revista Panameña de Salud Pública*, 16 (6): 242-231.
- Mayo, D. y Seino, J. (2004). "Anticoncepción de emergencia" en *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 30 (1): 31-34.
- Meng, C.X., Marions, L., Byström, B. y Gemzell-Danielsson, K. (2010). "Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity" en *Human Reproduction*, 25 (4): 874-883.
- Monterrosa, A. (2002). "Nivel de conocimientos sobre anticoncepción de emergencia en médicos generales que ejercen en Cartagena, Colombia" en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53 (4): 313-326.
- National Latina Institute for Reproductive Health. (2003). *La anticoncepción de emergencia: una opción importante para latinas*. Recuperado el 13 de septiembre de 2010, de http://www.wiawh.org/media/documents/pdf/ECLatina_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Levonorgestrel para la Anticoncepción de Emergencia*. Recuperado el 15 de agosto de 2010, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/index.html>.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (1998). "Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception" en *Lancet*, 352 (9126): 428-33.
- Parker, C. (2005). "Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries" en *Working Paper Series (Family Health International)*, WP05-01.
- Pancham, A. y Dunn, S. (2007). "Emergency contraception in Canada: An overview and recent developments" en *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16 (3-4): 129-133.
- Post, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J. y Bankole, A. (2008) "Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth" en *Contraception*, 77(1): 10-21.



- Quiroga, C.A., Ochoa, J.A. y Andrade, X.V. (2009). *El derecho al aborto y la objeción de conciencia. Apuntes legales para los operadores de justicia y salud*. La Paz, Bolivia: Ipas.
- Rojas, J., Cenzano, J., Gómez, C., Ramos, J., Roque, J., Rosales, W., Rúa, O. y Siccha, M. (2003). "Nivel de conocimientos y actitudes hacia las píldoras anticonceptivas de emergencia en los médicos ginecoobstetras y obstetrices del Instituto Materno Perinatal de Lima Metropolitana en abril-julio 2003" en *CIMEL*, 10 (1): 29-40.
- Trussell, J. y Vaughan, B. (1999). "Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth" en *Family Planning Perspectives*, 31: 64-72.
- Vaggione, J.M. (2009). "La sexualidad en el mundo post secular. El activismo religioso y los derechos sexuales y reproductivos" en Gerlero, M.S. (coord.) *Derecho a la Sexualidad*. Buenos Aires, Argentina: Grinberg.
- Von Hertzen, H., Piaggio, G., Ding, J., et al. (2002). "Low dose mifepristone and two regimen of Levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial" en *Lancet*, 360 (9348): 1803-1810.



Anexo 1: Instrumento de recolección de información para organizaciones de la sociedad civil

Se presenta a continuación el instrumento enviado a las organizaciones de la sociedad civil que colaboraron en la investigación. Se elaboró un instrumento por país, ya que se incluyó en cada uno información específica del mismo. Se presenta a continuación un cuestionario estándar.

CUESTIONARIO

Estimada, estimado colega,

Desde el **Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)**, le agradecemos profundamente su tiempo y colaboración. Este cuestionario tiene como objetivo conocer la disponibilidad de información respecto de la anticoncepción de emergencia (AOE), así como la situación general de la AOE en su país. Esta información será de suma utilidad para la construcción de un indicador que logre presentar información fidedigna y actualizada en torno a la accesibilidad a la AOE en América Latina y el Caribe, la que será puesta a disposición del público en general.

Le rogamos leer atentamente cada una de las preguntas y responder luego en los espacios destinados para ello.

En caso de que usted no cuente con la información necesaria para responder alguna/s de las preguntas, deje el espacio en blanco y continúe con la siguiente.

Una vez respondido el cuestionario, por favor envíelo como archivo adjunto a la siguiente dirección: clae.latam@mail.com Para dichos efectos, recuerde previamente guardar el cuestionario en el disco duro de su computadora y adjuntarlo luego al mail.

Le agradeceremos pueda responderlo antes del día **miércoles 1 de septiembre de 2010.**

Su colaboración es fundamental para nosotros y nosotras, por lo que le agradeceremos fuertemente sus aportes y comentarios.

Cualquier consulta o comentario, no dude en escribirnos a clae.latam@mail.com

Muchas gracias.



PREGUNTA 1

Desde el 2009 hasta la fecha, ¿ha sido promulgada o aprobada en su país alguna ley, normativa o reglamento concerniente directa o indirectamente a la anticoncepción de emergencia (vinculado a su distribución, acceso, legalidad/ilegalidad, consejería, etc.)? ¿Cuál/es?

No es necesario que escriba o copie las leyes, normativas o reglamentos completos con sólo hacer referencia a los respectivos nombres y/o números o códigos de los mismos es suficiente.

Tenga en consideración que estas leyes, normativas o reglamentos pueden encontrarse en el marco de normativas más amplias, como una ley de regulación de la fertilidad, de violencia sexual, de salud sexual y/o reproductiva, etc.

Pregunta 2

El indicador que estamos construyendo desde el CLAE requiere de cierta información específica a nivel país. Le agradeceremos completar los siguientes cuadros respecto a su visión sobre las posibilidades de acceder a cada uno de los datos que se detallan.

Tenga en consideración que los datos precisados por CLAE pueden provenir de las estadísticas oficiales del gobierno (recomendable) o bien de encuestas, estudios realizados por universidades u organizaciones de la sociedad civil o fuentes secundarias.

Dato precisado por CLAE	¿Existe este dato en su país? (Marque con negrita la alternativa de su respuesta)		
	Sí	No	No sabe
Presupuesto fiscal destinado a la compra de AOE	Sí	No	No sabe
Total de mujeres que recibieron AOE en el sistema público de salud	Sí	No	No sabe
Edad de las mujeres que recibieron AOE en el sistema público de salud	Sí	No	No sabe
Total de mujeres que han consultado por AOE en el servicio público de salud (independientemente de si accedieron o no a la AOE)	Sí	No	No sabe

Dato precisado por CLAE	¿Cómo se puede o cómo cree usted que se puede acceder al dato? Si conoce o sabe de algún organismo o persona al cuál el CLAE pudiese acercarse para preguntar por este dato, le agradeceremos detalle la información de contacto, por favor. Si es posible encontrar el dato en algún sitio web, por favor indicar.
Presupuesto fiscal destinado a la compra de AOE	
Total de mujeres que recibieron AOE en el sistema público de salud	
Edad de las mujeres que recibieron AOE en el sistema público de salud	
Total de mujeres que han consultado por AOE en el servicio público de salud (independientemente de si accedieron o no a la AOE)	

Pregunta 3

Desde el CLAE contamos con alguna información respecto de la disponibilidad de la AOE en su país. Con el fin de construir el indicador sobre acceso a la AOE necesitamos actualizar esta información, por lo que le rogamos ayudarnos a corroborar si los datos que presentamos en el siguiente recuadro se corresponden con la actualidad nacional de su país. En caso de que no lo hagan o se encuentren incompletos, le agradeceremos por favor precisar abajo la información actualizada o algún modo para que desde el CLAE podamos acceder a ésta.

Información de CLAE

AOE EN NORMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR / SALUD REPRODUCTIVA	AOE EN NORMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	NOMBRE DEL PRODUCTO DEDICADO REGISTRADO	LABORATORIO	PRODUCTO DEDICADO DISPONIBLE PARA SU VENTA EN EL COMERCIO	VENTA DEL PRODUCTO DEDICADO CON RECETA	DISPONIBLE EN SERVICIOS DE SALUD PUBLICA	ENTREGA GRATUITA EN SERVICIOS DE SALUD

Comentarios a la información presentada en el cuadro anterior:



Pregunta 4

Si usted conoce algún otro dato de su país que, según su visión, podría ser de utilidad para comprender el estado de la situación respecto de la accesibilidad de las mujeres a la AOE, o si tiene alguna sugerencia o pregunta respecto del indicador que estamos construyendo desde el CLAE, le rogamos comentarla a continuación:

**Le agradecemos mucho su colaboración.
Muchas gracias.**

Anexo 2: Información cuantitativa utilizada

Puntajes Índice CLAE por variable considerada

	Edad	Circunstancias	Requisitos (o autonomía de decisión)	Objeción de conciencia para AE	Considera explícitamente Yuzpe	Entrega preventiva	Aspectos político-institucionales	ÍNDICE CLAE
ARGENTINA	0,00	1,00	0,01	0,12	1,00	0,00	0,02626	0,843
BOLIVIA	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	1,00	0,00000	0,876
BRASIL	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00026	0,876
CHILE	0,00	0,86	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00000	0,858
COSTA RICA	-	-	-	-	-	-	1,00000	0,000
COLOMBIA	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
ECUADOR	0,00	0,86	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,737
EL SALVADOR	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
GUATEMALA	0,00	0,42	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00000	0,295
HONDURAS	-	-	-	-	-	-	1,00000	0,000
MÉXICO	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00000	1,000
NICARAGUA	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
PANAMÁ	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
PARAGUAY	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
PERÚ	-	-	-	-	-	-	1,00000	0,000
REPÚBLICA DOMINICANA	0,00	1,00	0,00	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,876
URUGUAY	0,00	1,00	0,01	0,00	1,00	0,00	0,00000	0,985
VENEZUELA	0,00	1,00	0,01	0,12	1,00	0,00	0,00000	0,869

Fuente: Elaboración propia

Demanda insatisfecha de planificación familiar: Porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bolivia				26,1					22,7		
Brasil		7,3									
Colombia	7,7					6,2					5,8
Ecuador					10,0					7,4	
El Salvador				14,2				8,9			
Guatemala	24,3			23,1				27,6			
Honduras		18,0					11,2				
México	14,2										
Nicaragua				14,7			14,6				
Paraguay	19,2			17,3						6,6	
Perú		12,1				10,2				8,8	
República Dominicana		12,5						10,9			

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE). Encuestas de demografía y salud (DHS, CDC y, en el caso de México, página Web del INEGI, Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer).

Porcentaje de mujeres en edad fértil que discontinuaron el uso de su método anticonceptivo, dentro de un año de uso, debido a falla en el método

Bolivia, 1994	12,1
Brasil, 1996	5,9
Colombia, 2005	7,2
Guatemala, 1998-99	5,9
Nicaragua, 1998	4,5
Paraguay, 1990	8,5
Perú, 2004	6,7
República Dominicana, 2002	6,1

Fuente: Demographic and Health Survey

Porcentaje de mujeres que ha experimentado algún tipo de violencia sexual, según edad

	Bolivia 2008	Colombia 2005	Perú 2004-05	República Dominicana 2007
15-19	5,2	7,5	8,9	3,5
20-29	6,5	9,0	11,6	6,2
30-39	7,0	13,2	14,5	5,6
30-39	6,0	12,6	19,4	5,0
Total	6,4	11,5	14,9	5,5

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)

Mujeres en edad fértil y porcentaje de mujeres en situación de pobreza

	Mujeres en edad fértil (10 - 49 años), año 2010	Porcentaje nacional de mujeres en situación de pobreza o indigencia
Argentina	11.977.455	-
Bolivia	3.085.670	57,18
Brasil	62.518.559	25,80
Chile	5.206.808	14,30
Costa Rica	1.460.955	16,94
Colombia	14.763.402	43,00
Ecuador	4.246.546	43,46
El Salvador	2.069.159	47,28
Guatemala	4.434.353	54,63
Honduras	2.414.297	68,54
México	35.699.671	35,37
Nicaragua	1.894.477	61,68
Panamá	1.076.847	28,00
Paraguay	1.994.577	58,20
Perú	9.290.055	36,12
República Dominicana	3.087.471	46,47
Uruguay	942.881	14,02
Venezuela	9.062.031	28,70

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)