

# Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR)

Iniciativas Sanitarias, Uruguay

## Presentación

El presente informe se desarrolla en el marco del proceso de seguimiento y evaluación por indicadores de progreso de la implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), propuestos por el órgano específico de monitoreo del cumplimiento de los DESC, denominado grupo de trabajo (GT) (GT, 2011), de acuerdo con los lineamientos aprobados por la Asamblea General de la OEA en 2008 (OEA, 2008). Este proceso consiste en el análisis y evaluación de indicadores que aportan en la medición de la implementación de los DESC en cada Estado, identificando las barreras y facilitadores para el avance en su cumplimiento. El objetivo es presentar un reporte sobre la implementación del protocolo de San Salvador, específicamente sobre el derecho a la salud y los derechos reproductivos.

Este reporte busca acercar al proceso de evaluación información relevante sobre el avance en la implementación del derecho a la salud, particularmente en relación con la salud sexual y reproductiva (SSyR), que es el que le ocupa revisar al grupo en este periodo. Para ello, se divide en 3 partes: (I) una breve introducción; (II) la exposición de información sobre los indicadores estructurales, de proceso y de resultado que se relacionan con la SSyR: se presentará de acuerdo a las categorías conceptuales propuestas para el seguimiento de la implementación de los DESC (recepción de derecho, capacidades estatales y contexto financiero y compromisos presupuestales<sup>1</sup>) y a los ejes transversales a todos los DESC (igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y participación ciudadana y acceso a la información); (III) Conclusiones, recomendaciones y preguntas sobre el proceso de implementación local del referido derecho.

## I. Introducción

### *El sistema de monitoreo de los DESC*

Con el objetivo de apoyar el diagnóstico y mejoramiento de la situación del cumplimiento de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) alrededor del Pacto de San Salvador, el GT desarrolló unos indicadores que revisan la interacción entre los principios de implementación<sup>2</sup>, los deberes del Estado<sup>3</sup> y los estándares de cumplimiento de los derechos<sup>4</sup>. El cruce entre estos factores es analizado por

<sup>1</sup> OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008). Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14, 19 julio 2008. Desarrollados desarrollados bajo la dirección del comisionado Victor Abramovich

<sup>2</sup> Los principios de implementación han sido establecidos como marco de interpretación e implementación de los DESC. Se trata de fórmulas generales que debe inspirar las estrategias nacionales para el avance en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con este tipo de derechos. Para los DESC se encuentran, por un lado, los principios de *inclusión, participación y responsabilidad*, que se refieren a los aspectos operativos de estos derechos; tienen que ver con la integración de la sociedad tanto en la formulación como en implementación de los DESC, así como con la garantía de actuación estatal frente a su incumplimiento y la rendición de cuentas sobre el avance en la implementación de las políticas acordadas, respectivamente. Por otro lado, encontramos los principios de *universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y no regresividad*, que se relacionan con un nivel estructural de los derechos. Ello por cuanto tienen que ver con el diseño de los derechos en el marco nacional, e implican una mirada sobre su alcance (cobertura, contenido mínimo, relación con otros derechos) y las obligaciones del Estado frente a los DESC. Ver: Abramovich, V. (2007). Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de las Políticas Sociales. Anuario de Derechos Humanos, 0(2), pág. 13-51.; Pautassi, L. (2013). Evaluando el progreso, midiendo el cumplimiento de derechos. Indicadores de medición del protocolo de San Salvador. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. 12 y 13 de junio de 2013 Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 41-54.

<sup>3</sup> Los principios descriptos se aplican en relación con los deberes específicos del Estado frente a estos derechos: protección, respeto y garantía. Estos implican respectivamente: el diseño de estrategias de implementación y cumplimiento de los DESC; la no interferencia en el ejercicio de estos derechos, ni su restricción injustificada, y el establecimiento de mecanismos para asegurar el

medio de indicadores<sup>5</sup>(cuantitativos) y señales de progreso (cualitativas)<sup>6</sup>. Este sistema permite constatar el grado de observancia de cada derecho de una manera contextual y progresiva. No se trata de un mecanismo para establecer responsabilidades por incumplimiento, sino de una forma de apoyar el avance en la implementación de los DESC.<sup>7</sup>

La evaluación realizada por el GT, incorpora el análisis de información cuantitativa y cualitativa. Por ello puede presentarse de diversas formas: “datos estadísticos contabilizados en un censo o en encuestas de hogares, preguntas en un cuestionario o en una entrevista abierta, presupuestos, gasto público social... [así como] cualquier información relacionada con la observancia o el ejercicio de un determinado derecho”<sup>8</sup> En este sentido, la exposición narrativa de los procesos de cambio en relación con el cumplimiento de los derechos, tanto en un corte temporal como sectorial, son de gran valor para el proceso de monitoreo de la progresividad de la implementación del derecho.

### *El sistema de monitoreo en el derecho a la salud*

Los indicadores desarrollados para el derecho a la salud, en el marco del sistema de monitoreo de los DESC aprobados en 2011<sup>9</sup>, hacen parte del primer grupo de indicadores evaluados dentro del proceso

---

cumplimiento. CDR [Centro de Derechos Reproductivos] (2013). Derechos Reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados. Disponible en <http://goo.gl/EG44V8>

<sup>4</sup> La interrelación entre principios y deberes se cristaliza en estándares de cumplimiento de los derechos. Estos se entienden como las fórmulas que expresan los ideales de resultado en la implementación de los Derechos Humanos.

Los estándares son parámetros de cumplimientos de los deberes estatales relacionados con la garantía de los Derechos Humanos y funcionan como guías para la implementación progresiva en el caso de los DESC. Los estándares de cumplimiento de los DESC, tienen que ver, por un lado, con criterios ideales para el diseño estructural de políticas públicas sobre DESC. Estos serían los estándares de *razonabilidad, igualdad y contenido mínimo de los derechos*. Por otro lado, se encuentran estándares los que tienen que ver con un nivel operativo: *adecuación, adaptabilidad, accesibilidad y aceptabilidad*; son criterios para el diseño de mecanismos de implementación de políticas públicas que contemplen el ejercicio progresivo de los DESC. Ahora bien, en materia de salud específicamente (observación general N°14, comité DESC), los estándares son además la *calidad y disponibilidad de los servicios*, que se relacionan específicamente con los parámetros técnicos/científicos y las características poblacionales, geográficas, así como las causas internas y externas de morbilidad en un Estado. Ver: Pautassi, L. (2012) Enfoque de Derechos en las políticas públicas: Monitoreo y rendición de cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. En: Revista Interferencias, Derechos y seguridad humana N° 3. Universidad Nacional de Córdoba. ISSN 1853-4236, pp. 13-32; Abramovich, V. (2007). Óp. Cit; Abramovich, V. y Courtis, C. (2008). Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. Ministerio de Justicia de Derechos Humanos. Buenos Aires, Argentina. Pág. 283-350; Sepúlveda, M. (2013). De la retórica a la acción. Los elementos esenciales para garantizar que las políticas públicas tengan un enfoque en derechos. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. 12 y 13 de junio de 2013 en Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 21- 40; Jara L. (2013). El derecho a la salud: importancia de los indicadores de progreso. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. 12 y 13 de junio de 2013 Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 169 a 182.

<sup>5</sup> Los indicadores, son instrumentos que permiten la verificación de la interacción entre los principios, estándares y deberes del Estado, marcando los avances en la implementación de los DESC. Estos son diseñados específicamente para cada derecho con el fin de facilitar el seguimiento de acciones concretas de los Estados, entendiendo que la implementación y cumplimiento de los DESC se realiza en un proceso dinámico y progresivo que requiere una evaluación contextualizada. Por ello se debe dar cuenta, tanto de la evolución que ha tenido la garantía de un derecho en un Estado particular, como del resultado alcanzado mediante las acciones desarrolladas para tal fin, es decir, la situación actual de implementación (Pautassi, 2010. Óp.Cit). En este sentido, el empleo de indicadores de derechos humanos constituye un instrumento indispensable de medición, tanto cuantitativo como cualitativo, que permite verificar empíricamente los esfuerzos realizados por un Estado para satisfacer derechos humanos (Pautassi, 2013. Óp.Cit).

<sup>6</sup> OEA, 2008. Óp.Cit

<sup>7</sup> Pautassi, L. (2012) Enfoque de Derechos en las políticas públicas: Monitoreo y rendición de cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. En: Revista Interferencias, Derechos y seguridad humana N° 3. Universidad Nacional de Córdoba. ISSN 1853-4236, pp. 13-32.

<sup>8</sup> Ver: Grupo Técnico (GT)(2011). Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2, 16 diciembre 2011.

<sup>9</sup> Ver: Grupo Técnico (GT)(2011) Óp Cit. y Pautassi, L. (2013). Evaluando el progreso, midiendo el cumplimiento de derechos. Indicadores de medición del protocolo de San Salvador. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. 12 y 13 de junio de 2013 Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 41-54.

de seguimiento de la implementación del Protocolo de San Salvador<sup>10</sup>. Estos indicadores fueron diseñados en un esquema tripartito: (I) indicadores estructurales (organización institucional y legal para el cumplimiento del derecho a la salud), (II) indicadores de proceso (estrategias para la implementación del derecho a la salud) y, por último (III) indicadores de resultado (impacto de las estrategias adoptadas en el nivel local)<sup>11</sup>.

Para el análisis de estos indicadores, se han dividido en tres categorías conceptuales: (I) recepción del derecho (estado de vigencia y descripción de las normas nacionales e internacionales que protegen el derecho a la salud), (II) contexto financiero y compromiso presupuestario (destinación específica para el avance en la implementación del derecho), y (III) capacidades institucionales (avances en la implementación de las normas de protección y promoción de la salud). Este esquema se atraviesa, a su vez, por tres ejes transversales a todos los DESC, que dan cuenta de la protección a grupos de interés especiales (pueblos originarios, mujeres, adolescentes, etc.) y son: (I) igualdad y no discriminación, (II) acceso a la justicia y (III) acceso a la información y participación política<sup>12</sup>.

### *Los indicadores de salud sexual y reproductiva*

El derecho a la salud cuenta con la mayor cantidad de indicadores de progreso en el ámbito del sistema regional. En este sentido la mayoría de los países firmantes han realizado esfuerzos importantes para el relevamiento y procesamiento de información relacionada con el cumplimiento de este derecho, en los términos generales establecidos en el art. 10 del protocolo de San Salvador. Sin embargo, los esfuerzos particulares en materia de SSyR no han tenido la misma intensidad. Esto dificulta la obtención de información y su sistematización para aportar en la construcción de un panorama sobre el estado de situación de las prestaciones sanitarias relacionadas con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR)<sup>13</sup>. Estos últimos son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la forma como se utiliza el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva<sup>14</sup>

El SIDH ha abordado en su jurisprudencia los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, y en conexidad con los derechos a la integridad personal<sup>15</sup>, a la vida privada y familiar<sup>16</sup>, a la

---

<sup>10</sup> Proceso iniciado tras la entrada en vigor del protocolo de San Salvador en 1999, y que fue activado en 2005 con la aprobación en la asamblea general de la OEA de las "Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador" (Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador [Establecidas por la resolución AG/RES.2074 (XXXV-O/05), actualizadas según lo dispuesto por la resolución AG/RES. 2713 (XLII-O/12)]. Ver. Pautassi, L (2013) y Jara, L (2013). Óp. Cit

<sup>11</sup> Hunt, P (2006). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, E/CN.4/2006/48, 3 de marzo de 2006.

<sup>12</sup> Para una explicación ampliada de este esquema ver: Pautassi, L. (2013). Óp. Cit.

<sup>13</sup> Si bien desde los años 70 (Bucarest en 1974, CEDAW en 1979) podemos empezar a rastrear la definición de los derechos sexuales y reproductivos, es solo hasta 1994 en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de el Cairo, en donde se da una definición acaba de los mismos como derechos humanos. La declaración del Cairo, afirma que estos derechos se insertan dentro del marco de los derechos humanos, en igualdad de condiciones que los demás derechos. Establece una definición de los derechos reproductivos (Pár. 7.3), relacionados con los derechos de las personas a decidir de manera libre y sin coerción el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, así como la forma en que estos van a venir al mundo. Los derechos sexuales, por su parte, se entienden como aquellos relacionados con la expresión y el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, esta comprende, la actividad sexual libre, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la información, etc. IPPF (2008). Ver: Derecho sexuales: una declaración de IPPF. London; Correa, S (2003). Los derechos sexuales en la Arena Política. MYSU, Montevideo.

<sup>14</sup> Ramón-Michel, A; Romero, M & Doz Costas, M (2014). Documento técnico. Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014. Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, Cairo + 20

<sup>15</sup> "el derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad." Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 156.

<sup>16</sup> Caso Artavia Murillo y otros. Vs. Costa Rica. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 143.

<sup>17</sup> el "derecho a la vida privada abarca todas las esferas de la intimidad y autonomía de un individuo, incluyendo su personalidad, su identidad, sus decisiones sobre su vida sexual, sus relaciones personales y familiares". Caso Atala Riffo y Niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de febrero de 2012. Serie C No. 239, párr. 156.

libertad personal<sup>18</sup> y al libre desarrollo de la personalidad<sup>19</sup>. Afirmando que estos protegen los derechos a decidir sobre los aspectos reproductivos de las personas sin injerencias arbitrarias del Estado o de terceros, así mismo que, estos derechos “se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”<sup>20</sup>.

En el caso de *Artavia Murillo v Costa Rica* la CIDH también determinó que los derechos reproductivos, y en concreto “la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada” y “se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, según el cual las mujeres gozan del derecho ‘a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos’.”(Párr.146).

En este sentido, afirmó que de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”<sup>21</sup>

En el sistema universal de derechos humanos se reconoce el derecho a la salud de manera exhaustiva en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC (PIDESC), entendido como un derecho que entraña libertades y derechos más específicos como los derechos sexuales y reproductivos<sup>22</sup>. Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) ha reconocido los derechos reproductivos (artículo 16) como una forma de garantizar la igualdad de mujeres y varones, especialmente en la familia. Para lo cual, en la observación general N°21<sup>23</sup>, se exhorta a los países a que implementen políticas sanitarias que incluyan las prestaciones necesarias para regular de manera segura y voluntaria el número y el espaciamiento de su descendencia. Estas prestaciones deben incluir consejería, información y métodos para ejercer los derechos reproductivos consagrados por la CEDAW.

De la misma forma, el Comité DESC de las Naciones Unidas ha establecido que el cumplimiento de las obligaciones Estatales derivadas del derecho a la salud, implican la garantía de la obligación positiva de ofrecer un amplio rango de prestaciones sanitarias, accesibles y de calidad, incluyendo las prestaciones de salud sexual y reproductiva. Entendiendo el deber de garantizar el acceso seguro y sin discriminaciones a

---

<sup>18</sup>La Corte “ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Cfr. Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez. Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170, párr. 52.

<sup>19</sup> Cfr. Caso Gelman Vs. Uruguay. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 24 de febrero de 2011 Serie C No. 221, párr. 97.

<sup>20</sup>Caso Artavia Murillo. Óp. Cit., párr. 148

<sup>21</sup>Ibidem.

<sup>22</sup> Observación general N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Párr. 8

<sup>23</sup> Observación General No. 21, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 10 - Trato humano de las personas privadas de libertad, 44º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 176 (1992).

las prácticas sanitarias de salud sexual y reproductiva reconocidas por la ley, como una obligación de inmediato cumplimiento por oposición a las prestaciones que por su naturaleza requieren una implementación progresiva por parte de los estados<sup>24</sup>.

En la recomendación general N° 24 el comité de la CEDAW<sup>25</sup> estableció además, que los estados parte están obligados a reformar los marcos normativos restrictivos que obstruyan las acciones de las mujeres dirigidas a obtener o realizar prácticas seguras relacionadas con la conservación de su salud. Indicando además que el deber del Estado evitar y sancionar las acciones de grupos u organizaciones privadas que obstruyan el acceso a este tipo de prácticas sanitarias.

El reconocimiento de los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud se traduce también en la determinación de adoptar indicadores relacionados con la SSyR, abonando el camino para un diagnóstico de la situación nacional, que incluya la evaluación de la producción de información específica en este campo. Si bien existen estos indicadores especiales, todos los indicadores de salud tienen un componente relacionado con la SSyR que puede ser examinado en sus particularidades, de manera que refleje la importancia relativa que se da a la implementación de este aspecto de la salud en el contexto local.

El esfuerzo de este documento se concentra en la presentación de datos, para contribuir en el proceso de medición del avance del derecho a la SSyR. En ese sentido, se acercan datos sobre los indicadores específicos y además se presentan datos que permiten contextualizar su importancia en el ámbito local.

## **II. Avances y desafíos en el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva**

Uruguay presenta un desarrollo de políticas y programas en diferentes áreas de la salud reproductiva temprano respecto al contexto de la región.

### **Ley 18426 de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Reglamentada en 2010 Decreto 293/010)**

Nuclea y legaliza guías y prestaciones desarrolladas hasta el momento. La reglamentación plantea la conformación de Equipos Coordinadores de Referencia en SSyR en todas las instituciones prestadoras de salud lo que constituyen un paso más hacia el cambio de modelo de atención, garantizando servicios integrales e inclusivos. La ley contempla: derecho al parto humanizado, garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos incluyendo la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado, climaterios saludables, derecho a la atención de adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva, abordaje del embarazo no deseado- no aceptado según la estrategia de reducción de riesgos y daños (desarrollada por Iniciativas Sanitarias), fortalecer prestaciones salud mental y prevención de violencia, garantizar la confidencialidad, promover la inclusión del varón, prevención de infecciones de transmisión sexual. La universalidad de los servicios SSyR: deben formar parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población en todo el país, para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

A continuación en el año 2012 se aprueba la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo: Despenaliza el aborto por sola voluntad de la mujer dentro de las 12 semanas y 14 en caso de violación. Avance inusitado en las políticas de salud a nivel de la región. Refuerza la política de SSyR incluyendo la estrategia de anticoncepción.

### **A. Indicadores de implementación del derecho a la salud relacionados específicamente con la SSyR.**

A continuación se presentará una selección de los indicadores propuestos por el GT, relacionados con la SSyR. Para cada Estado se presentará la información de manera cuantitativa y/o narrativa, privilegiando aquella que permita conocer de manera contextual el progreso y las barreras para el avance en la implementación de del derecho a la SSyR. Los indicadores para los que no se disponga de información

<sup>24</sup> Observación general N°14, Óp. Cit.

<sup>25</sup> Recomendación General N° 24, Óp. Cit.

solo deberán ser mencionados cuando la ausencia de información pueda ser atribuida a una situación o decisión política basada en la evidencia disponible, de lo contrario no se incluirán en este informe.

## 1. Recepción del derecho

| Recepción del Derecho |  |
|-----------------------|--|
| Estructurales         | 1. Ratificación del Estado de los tratados de derechos humanos que reconocen el derecho a la SSyR : PIDESC Uruguay lo ratifico el 5 de febrero del 2013 , CEDAW Uruguay lo ratifico en el año 1981 , CDN Uruguay ratificó la Convención de los Derechos del Niño el 28 de septiembre de 1990, a través de la Ley 16.137. Con este acto el país asumió el compromiso de poner en vigor leyes y acciones que aseguren que cada niño, niña y adolescente uruguayo pueda ejercer sus derechos. CIEDR |
|                       | 2. Reconocimiento en la CN (y en las constitucionales provinciales, en los países federales) del derecho a la SSyR y su alcance (parte del derecho a la salud o derechos independientes e interdependientes) ART 44 de nuestra Constitución legisla en materia de salud en general , no se refiere a texto expreso a la SS y R   |
|                       | 3. Normativas de organización del sistema de salud en relación a prestaciones de SSyR.<br>3.1 Señales de progreso:<br>3.1.1 El sistema de salud responde a criterio de universalidad o de focalización en materia de DSyR. justifique<br>3.1.2 Existencia de acuerdos o instancias nacionales en relación con la organización y funcionamiento de los programas de SSyR. Describir   |
| Proceso               | 4. Presentación de informes y acciones específicas frente a los órganos de seguimiento de los tratados en materia de DsyR  |
|                       | 5. Contra informes presentados por la sociedad civil a los órganos de supervisión de los tratados.<br>5.1 Señales de progreso.<br>5.1.1 Número de organizaciones de la sociedad civil que participan en la promoción y protección del derecho a la SSyR. Alcance y cobertura territorial y poblacional.<br>5.1.2. Existencia de estudios de satisfacción de usuarios sobre la cantidad y calidad de los servicios de SSyR. Principales resultados.   |
| Resultado             | 6. Cantidad de partos atendidos por profesionales  |
|                       | 7. Acciones específicas realizadas en cumplimiento de recomendaciones o decisiones de los organismos internacionales de Derechos Humanos en materia de SSyR.   |

## 2. Capacidades Estatales

| Capacidades Estatales |  |
|-----------------------|--|
| Estructurales         | 1. Existencia de documentos oficiales que reconozcan el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal en materia de SSyR. Consignarlos.<br>Ley 18 211 Sistema Nacional Integrado de Salud; ley 18426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva 2008 y su Reglamentación 2010; Ley 18987 Interrupción Voluntaria del Embarazo 2012 y su reglamentación 2012. Guías para Implementar Servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud MSP;  |
|                       | 2. Existencia de una política estatal de sobre medicamentos genéricos, incluyendo acceso a los medicamentos necesarios para mantener y/o recuperar la SSyR (anticoncepción, fertilidad, aborto seguro, tratamiento de embarazos y emergencias obstétricas, tratamientos hormonales, etc.)<br>Resolución ministerial del uso de Misoprostol en Obstetricia Mayo 2006; Resolución ministerial S/176 Enero 2011 Prestaciones en Anticoncepción; Decreto Poder Ejecutivo 383/010 Dic. 2010 Art. 6. Prestación obligatoria Vasectomía y Ligadura tubaria por vía laparoscópica; Decreto Poder Ejecutivo 292/012 Ago 2012 art. 10: Incorporar a los Programas Integrales de Salud y al Catálogo de Prestaciones de salud como prestación obligatoria, la colocación de DIU sin costo.<br>Guías en Salud Sexual y Reproductiva MSP: Normas de Atención a la Mujer Embarazada; Manual de Orientación Anticonceptiva Métodos Temporales y Permanentes;<br>Ley 19167 Técnicas Humanas de Reproducción Asistida está aprobada falta su reglamentación |

|           |  |
|-----------|--|
|           | <p>3. Cantidad de médicos/as por habitante, especificar la cantidad de profesionales especializados en la atención de la SSyR (si existe la información, presentarla con los cruces disponibles, por ejemplo, cantidad de profesionales de ginecología por cada mujer en edad fértil). Incluir cantidad de obstétricas, de ser posible.</p> <p>600 ginecólogos<br/>         Obstetras parteras<br/>         Médicos (tasa por 10.000) 46,5</p>   |
|           | <p>5. Cobertura de los sistemas de salud en SSyR: cobertura universal o subsidio a la demanda. Describir los servicios de salud sexual y reproductiva cubiertos por los sistemas de salud y aclarar si existen prestaciones ilegales (ej. Aborto) o excluidas de la cobertura (ej. Vasectomía). Existen aproximadamente 80 SSSRR en todo el país, a nivel del Sistema de Salud público y privado. En todos se resuelven consultas por interrupción voluntaria del embarazo y métodos anticonceptivos. La colocación de DIU y ligaduras tubarias si bien están incluidos como prestación no está garantizado su acceso en todos los servicios. La vasectomía en menor medida. No hay prestaciones ilegales de aborto.</p> <p>5.1 señales de progreso el aumento de los servicios implementados y de las prestaciones otorgadas.</p> <p>5.1.1. Gestión de asistencia técnica y financiera en SSyR. Montos, finalidades, organizaciones solicitantes. No existe un presupuesto específico para el área de SSyR. Si está prevista la compra de MAC que se realiza anualmente según mecanismos que permiten ajustar la compra a las necesidades. Esto se gestiona a través de Unfpa adquiriendo los métodos en el mercado internacional.</p> <p>5.1.2 ¿Se garantiza a toda la población el acceso adecuado a la atención en SSyR en adecuadas condiciones de oportunidad, calidad y dignidad independientemente de su capacidad de pago? Incluir distinciones en la cobertura (edad, sexo, etc.), grupos excluidos (origen étnico o nacional, etc.) y prestaciones de SSyR cubiertas (anticoncepción, fertilidad, tratamientos hormonales, aborto, consejería, etc.) Existen servicios SSR en todo el país, a nivel público y privado. Aún hay sectores de la población que no acceden a los mismos ya sea por falta de información o por dificultades en el acceso sobre todo las usuarias que se encuentran en zonas rurales. No se ha monitoreado la calidad de los servicios por parte de l Estado, si lo ha realizado IS en algunos servicios de influencia.</p> <p>5.1.3 Existencia de estudios de percepción acerca de la accesibilidad al sistema de salud en relación con la SSyR (tener en cuenta información, sobre accesibilidad física, económica, simbólica y aceptabilidad). IS ha evaluado la aceptabilidad de las usuarias en los servicios donde se encuentra trabajando.</p> |
|           | <p>6. Porcentaje de la población con acceso a medicamentos genéricos o esenciales, en materia de SSyR (anticoncepción, fertilidad, aborto seguro, etc.)</p>  |
|           | <p>7. Existencia de disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud SSyR. Justifique. Está regulado por ley que las usuarias no deben pagar por esto.</p>  |
| Proceso   | <p>8. Porcentaje de servicios de SSyR contratados a compañías privadas o a ONGs.<br/>         No está permitido por ley</p>  |
|           | <p>9. Cobertura de los programas de atención primaria en salud en materia de SSyR<br/>         Esta cubierto a nivel primario</p>  |
| Resultado | <p>10. Tasa de utilización de los servicios de SSyR.</p> <p>10.1 Señales de progreso</p> <p>10.1.1 Tasa de uso de anticonceptivos</p> <p>10.1.2 Existencia de servicios de atención de SSyR para adolescentes. Describir los requisitos para su atención. Está incluido en la ley 18426 la atención a adolescentes en los servicios de SSyR en un marco de confidencialidad y valorando su madurez progresiva para tomar una decisión.</p>   |

### 3. Contexto financiero y presupuestario

| Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios |  |
|--|--|
| Estructurales  | 1. Financiamiento de los programas de SSyR:<br>a) Únicamente con recursos presupuestarios: porcentaje de gasto público destinado a la salud sexual y reproductiva. Describir los rubros, porcentajes y prestaciones en los que se invierte el presupuesto destinado a los programas de SSyR<br><br>b) Con recursos extrapresupuestarios. Fuentes de financiamiento, montos y periodos. Describir el origen y el impacto en la asignación en el presupuesto de los programas, prestaciones y servicios de SSyR<br>Unfpa |
|  | 2. Incentivos de deducción de impuestos y subsidios para el sector privado de la salud que presta servicios de SSyR. Monto, alcance y requisitos de acceso.  |
| Proceso  | 3. Gasto público per cápita en atención de la SSyR   |
|  | 4. Distribución del gasto en SSyR por zonas geográficas por país.  |
|  | 4. Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos para atención de la SSyR No hay presupuesto para esto. Se realiza mediante el apoyo de UNFPA o IPPF   |
| Resultado  | 6. Porcentaje promedio de gasto en salud SSyR del promedio de ingresos del hogar.<br>6'. Existencia de planes de redistribución directa o similares para las prestaciones de SSyR  |

#### B. Ejes transversales a todos los DESC

##### 1. Igualdad y no discriminación

| Igualdad y no discriminación |   |
|------------------------------|---|
| Estructurales                | 1. Regulación del aborto. Describir el modelo de regulación y las normas relacionadas. Ley 18987 de Interrupción voluntaria del embarazo y su reglamentación. Ley 18426 de la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y su reglamentación. Manual de implementación de Servicios de SSyR del MSP<br>La Ley 18426 garantizará el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, y con ese fin promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, la misma expresa en su artículo 4 implementar ordenanza 369/04 atención integral de embarazo no deseado)<br>La Ley 18987 posterior en el tiempo despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas, en general, en base a requisitos y condiciones, y establece situaciones de excepción. |
|                              | 2. Existencia de una política de salud SSyR para personas con discapacidad física y mental. Si mismas leyes 18426 y 18987<br>2' Existencia de una política de salud SSyR para adolescentes. Si mismas leyes<br>2'' Existencia de una política de SSyR para atención de la diversidad sexual (orientación sexual e identidad de género) Si. Manual de implementación de Servicios de SSyR del MSP  |
|                              | 3. Reconocimiento de los DSyR. Instrumentos normativos y su alcance. Ley 18426 de la Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y su reglamentación<br>3.1 Señales de progreso<br>3.1.1 Existencia de protocolos de actuación para SSyR (VIH/SIDA, aborto, anticoncepción de emergencia, violencia sexual, intersexualidad, readecuación corporal, etc.)  |
|                              | 4. Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer. Hay datos globales no desglosados.   |
| Proceso                      | 5. Implementación de Programas de salud sexual y reproductiva. Describir las prestaciones que cubre y su avance en el tiempo, si es el caso (ampliación, modificación, etc.)  |



|           |   |
|-----------|---|
|           | <p>5.1 Señales de progreso</p> <p>5.1.1 Barreras específicas para la atención (adolescentes, personas rurales, indígenas, personas con discapacidad, etc.) Acceso zonas rurales y discapacitadas</p> <p>5.1.1 Medidas implementadas para la superación de las barreras de acceso a los servicios de SSyR</p> <p>Extensión al primer nivel de atención, parteras comunitarias</p>  |
|           | 6. Campañas de difusión y acción de organizaciones de la sociedad civil Si de organizaciones de mujeres y de IS   |
| Resultado | 7. Tasa de mortalidad materna<br>0% 2012  |
|           | 8. Distribución de la mortalidad materna por edad   |
|           | 9. Tasa de mortalidad perinatal<br>La TMI tuvo una caída de casi 13 puntos entre 1990 y 2010, cuyos valores registran 20,4 y 7,7 por mil respectivamente. Aun cuando en 2011 sufre un leve aumento (8,9), la disminución de la mortalidad infantil en el período considerado ha sido sostenida  |
|           | 10. Cantidad de partos atendidos por personal calificado<br>Proporción de partos atendidos por personal capacitado 99.6%<br>Proporción de partos en hospitales 99.5%<br>Fuente: Elaboración propia División de RHS del SNIS.  |
|           | 11. Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal<br>La evolución de la captación en el primer trimestre del embarazo ha sido positiva, registrándose un aumento sostenido de los controles desde 1990, alcanzando para el año 2011 la cifra de 56,38%<br>En relación a la cantidad de controles prenatales, las cifras se han mantenido estables en el período 2005/2011, superando el 80% las embarazadas que cursan más de seis controles.<br>11' Porcentaje de adolescentes embarazadas, porcentaje de atención prenatal en este grupo. |
|           | 12. Porcentaje de mujeres embarazadas con test de VIH   |
|           | 13- Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH infectados en los dos primeros años de vida.  |
|           | 14. Indicadores de lactancia materna  |

## 2. Acceso a la justicia

| Acceso a la justicia |   |
|----------------------|---|
| Estructurales        | <p>1. Existencia de instalaciones prejudiciales para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud SSyR (oficinas de atención especializadas en mujeres, adolescentes, etc. que reciban asuntos relacionados SSyR). Jurisdicción, alcance y competencias.<br/>Con competencia específica no existen, lo que está implementado son las "Secretarías de Género" que reciben denuncias sobre situaciones relacionadas con la mujer, violencia intrafamiliar, y si existiera alguna denuncia de este tipo tienen competencia para recibir la misma y dar el pase a la Justicia.</p> |
|                      | 2. Competencias de los ministerios sectoriales para recibir denuncias o quejas de los usuarios del sistema de salud en salud SSyR. Alcance y facultades.  |
| Proceso              | 3. Número de decisiones judiciales que han hecho lugar a garantías en materia de SSyR. Diferenciar por asunto, instancia, alcance de la decisión, etc.  |
|                      | 3. Número de denuncias recibidas, investigadas y resueltas en relación a la SSyR por los organismos de derechos humanos competentes en el país. Incluir casos como esterilizaciones forzadas, negación de prácticas de abortos legales, trato cruel en la atención posaborto, violación del secreto profesional, etc.   |
| Resultado            | 5. Tasa de atención por violencia intrafamiliar.  |
|                      | 6. Composición por sexo de los casos notificados de VIH/SIDA  |
|                      | 7. Estimaciones judiciales sobre casos de abortos ilegales por edad, lugar y condiciones socioeconómicas  |

#### 4. Participación ciudadana y acceso a la información

| Participación y acceso- a la información |  |
|--|--|
| Estructurales                            | 1. Existencia de un sistema estadístico en materia de salud sexual y reproductiva. Cobertura territorial y temática, jurisdiccional y poblacional. No como tal   |
|  | 2. Existencia de encuestas que midan factores de riesgo<br>2.1 señales de progreso<br>2.1.1 Existencia de estudios que indaguen sobre las necesidades in/satisfechas del cuidado de la SSyR en la población  |
|  | 3. Protección legislativa de la confidencialidad de la información en SSyR. Incluir regulación del secreto profesional.<br>Sí en las Leyes mencionadas la Ley 18987 expresa que las instituciones médicas así como su personal deberán de actuar observando la más estricta confidencialidad, el Manual de Procedimiento para el manejo Sanitario de IVE según la Ley 18987 debe asegurar la privacidad de la atención de la usuaria. En la Ley 18426 a texto expreso en el artículo 2 expresa que se debe de asegurar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones. Ley 18835 del 2008, 18331del 2008, decretos 414/2009, decreto 274/2010, el deber de confidencialidad alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud |
|  | 4. Requiere la legislación el consentimiento informado para un tratamiento o práctica de SSyR si La Ley 18987 en el capítulo IX, artículo 36 expresa que a efectos del consentimiento informado se estará a lo que dispone el decreto 274/010 y se refiere expresamente al consentimiento informado de adolescentes e incapaces ( toda decisión deberá ser antecedida de un correcto consentimiento informado )  |
| Proceso                                  | 5. Porcentaje de niños/as y jóvenes que reciben educación sobre cuestiones de SSyR   |
|  | 6. Porcentaje de efectores que tiene protocolos de confidencialidad en materia de SSyR. Describir diferencias en el tratamiento por edad, sexo, capacidad, etc.  |
|  | 7. Difusión por parte del Estado de información sobre políticas de salud sexual y reproductiva. No<br>7.1 Señales de progreso<br>7.1.1 Existen campañas de difusión respecto de la necesidad del cuidado de la SSyR solo emprendimientos privados<br>7.1.2 Seleccionar aquellos medios que difunden información sobre los derechos de las personas en relación con la atención de su SSyR<br>a. Campañas de difusión del gobierno no,<br>b. campañas de difusión de organizaciones de la sociedad civil, algunas<br>c. acciones comunales,<br>d. prensa escrita,<br>e. prensa radial o televisiva,<br>f. otros medios de comunicación,<br>g. cartas personalizadas.<br>h. otros.   |
|  | 8. Asesoramiento a mujeres sobre transmisión madre-hijo de VIH/SIDA  |
|  | 9. existencia de servicios de traducción en los efectores de salud para la atención en materia de SSyR.  |

### III. Conclusiones y recomendaciones

- La atención de la SSyR constituye un determinante central del estado de salud de la población y especialmente de las mujeres. Es por ello que en cualquier medición sobre la implementación del derecho a la salud, es indispensable un enfoque que permita evaluar el impacto particular sobre la SSyR de las mujeres y otros grupos socialmente subordinados y/o discriminados (adolescentes, personas con discapacidad, diversidad sexual, indígenas, etc.).
- El proceso de medición de la implementación de los derechos contemplados en el protocolo de San Salvador, es un proceso flexible y participativo que se propone el análisis de información tanto

cualitativa como cuantitativa. No se impone una restricción en cuanto al tipo o formato de la información presentada en cuanto se pueda mostrar su pertinencia, confiabilidad y legitimidad.

- La inclusión de indicadores sobre la producción de información sobre la SSyR y su disponibilidad, representan un avance fundamental no solo en materia de implementación del derecho a la salud, sino también en la construcción y fortalecimiento de la obligación de transparencia activa del Estado.
- En Uruguay se recomienda mejorar los mecanismos de rendición de cuentas, facilitando el monitoreo ciudadano de la implementación de las políticas públicas.
- En salud sexual y reproductiva es necesario la asignación por parte del Estado, de recursos específicos para la implementación de las leyes vigentes, que contemplen la capacitación de los equipos de salud y la difusión de los derechos en la comunidad.

## Referencias

- Abramovich, V. (2007). Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de las Políticas Sociales. *Anuario de Derechos Humanos*, 0(2), pág. 13-51.
- Abramovich, V. y Courtis, C. (2008).Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. Ministerio de Justicia de Derechos Humanos. Buenos Aires, Argentina. Pág. 283-350.
- CDR [Centro de Derechos Reproductivos] (2013). Derechos Reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados. Disponible en <http://goo.gl/EG44V8>
- CDR [Center for Reproductive Rights] (2002). Los derechos reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Briefingpaper.
- CIDH [Comisión Interamericana de Derechos Humanos](2010). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, Washington.
- CIDH [Comisión Interamericana de Derechos Humanos] (2007). Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. OEA documentos oficiales, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 68, ISBN 978-0-8270-5825-5.
- Cook, R. J., Dickens, B. M., &Fathalla, M. F. (2003). Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law: Integrating Medicine, Ethics, and Law. Oxford UniversityPress.
- Correa, S (2003). Los derechos sexuales en la Arena Política. MYSU, Montevideo.
- Grindle, M. S. (2010). Center for International Development.
- Grindle, M. S. (2000). Designing reforms: Problems, solutions, and politics. John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- Grupo Técnico (GT)(2011). Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2, 16 diciembre 2011.
- Heise L.(1994) . Violencia contra la mujer: la carga oculta de la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Organización panamericana de la salud (PAHO),Washington, D.C.;
- Hunt, P. (2004). I Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004
- Hunt, P (2006). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, E/CN.4/2006/48, 3 de marzo de 2006.
- IPPF (2008). Derechos sexuales: una declaración de IPPF. London.
- Jara L. (2013). El derecho a la salud: importancia de los indicadores de progreso .<sup>106</sup>En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad.12 y 13 de junio de 2013 Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 169 a 182.
- OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008). Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14, 19 julio 2008. Desarrollados desarrollados bajo la dirección del comisionado VictorAbramovich
- OEA (2005a), Resolución AG/RES.2074 (XXXV-O/05)“Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador”
- OEA (2005b) Resolución AG/RES. 2713 (XLII-O/12). Actualización “Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el Protocolo de San Salvador”
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2012), Nota descriptiva N°548, Mortalidad Materna; OMS et al., (2010). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010, Ginebra;
- Pautassi, L. (2013). Evaluando el progreso, midiendo el cumplimiento de derechos. Indicadores de medición del protocolo de San Salvador. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad.12 y 13 de junio de 2013 Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág. 41-54.
- Pautassi, L. (2012) Enfoque de Derechos en las políticas públicas: Monitoreo y rendición de cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. En: Revista Interferencias, Derechos y seguridad humana N° 3. Universidad Nacional de Córdoba. ISSN 1853-4236, pp. 13-32.
- Pautassi, L.(2010). Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales: más allá de la medición. En: ABRAMOVICH, V; PAUTASSI, L (Comps.). La medición de derechos en las políticas sociales. Buenos Aires: Editores Del Puerto. p. 1-88.
- Ramón-Michel, A; Romero, M &Doz Costas, M (2014). Documento técnico. Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014. Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe, Cairo + 20

- Sepúlveda, M. (2013). De la retórica a la acción. Los elementos esenciales para garantizar que las políticas públicas tengan un enfoque en derechos. En Seminario Internacional sobre indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. 12 y 13 de junio de 2013 en Santiago de Chile. SBN: 978-956-9025-51-8. Pág.21- 40.
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2004). El Estado De Población Mundial 2004: Salud sexual y reproductiva y planificación de la familia. Nueva York, Estados Unidos: UNFPA.  
[http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/sp\\_swp04.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/sp_swp04.pdf)