

# **LA OPOSICIÓN A LA PROVISIÓN:** **LOS MECANISMOS DE PRESIÓN DE LOS GRUPOS ANTIDERECHOS PARA EL DESABASTECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA**



**DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO**

**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos



# **LA OPOSICIÓN A LA PROVISIÓN:** **LOS MECANISMOS DE PRESIÓN DE LOS GRUPOS ANTIDERECHOS PARA EL DESABASTECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA**



**DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO**

**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos

**LA OPOSICIÓN A LA PROVISION:**

**Los mecanismos de presión de los grupos antiderechos para el desabastecimiento de insumos para la salud sexual y reproductiva en América Latina**

Documento interno de trabajo

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.  
Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.  
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460.  
[www.promsex.org](http://www.promsex.org)

Autor: Equipo de Investigación de PROMSEX

Diseño y diagramación: Julissa Soriano / Daniela Juárez

Fotografía: iStockPhoto © Uchar

Impresión: Lettera Gráfica S.A.C.  
Jr. Emilio Althaus N° 460 Lince T: 471-0700 F: 471-6164

Primera edición, noviembre 2011.  
Lima, Perú.

# ÍNDICE

2	INTRODUCCIÓN
11	I. ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA (AOE)
20	II. EL CASO DEL MISOPROSTOL
27	III. EL CASO DE LOS PRESERVATIVOS O CONDOMES
35	IV. EL CASO DE LOS ANTIRRETROVIRALES
40	CONCLUSIONES GENERALES
43	BIBLIOGRAFÍA



# INTRODUCCIÓN

El desafío de la inclusión social es primordial para los países en desarrollo. El actual fenómeno de conflicto y descontento social viene evidenciando la insostenibilidad de enormes brechas en el acceso a derechos humanos básicos como vivienda, educación o salud. Algunos de los factores que favorecen la agudización de estas brechas sociales son el embarazo no deseado, sobre todo en adolescentes, y las infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH/SIDA.

Según Mederios Kent, sólo en el año 2009, cerca del 15% de mujeres en edad fértil de los países en desarrollo deseaban evitar un embarazo, pero no utilizaban métodos anticonceptivos modernos (Mederios, 2009:1). Una de las principales razones de estas elevadas cifras es la falta de acceso a la planificación familiar. Esto contribuyó en el año 2009 a 53 millones de embarazos no deseados y cientos de miles de muertes relacionadas a los mismos. El problema del desabastecimiento de insumos, junto a la falta de acceso a los medicamentos y a políticas de Estado muy restrictivas son algunos de los factores que impiden el acceso a la planificación familiar y el respeto cabal de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de la población a nivel mundial. (Mederios, 2009:1-2)

El problema del desabastecimiento en el mundo, y particularmente América Latina, no es reciente. En 1994 se realizó en El Cairo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, (Naciones Unidas, 1995:1) en cuyo plan de acción se señala de manera contundente la necesidad de mejorar los servicios de atención primaria en salud sexual y reproductiva poniendo como plazo el año 2015. En dicho documento se *“insta a la comunidad internacional a que adopte de inmediato medidas encaminadas a establecer un sistema eficaz de coordinación y servicios a nivel mundial, regional y subregional para la **adquisición de anticonceptivos y otros productos indispensables para los programas de salud reproductiva de los países en desarrollo y los países con economías de transición**”* (Naciones Unidas, 1995: cap. vii inc. B), estas exigencias evidencian una necesidad insatisfecha en torno al abastecimiento de insumos.

Sin embargo, los esfuerzos mundiales por mejorar la situación de los derechos sexuales y reproductivos en los países en desarrollo no han rendido los esperados frutos. En efecto, considerando que existe un acuerdo global respecto a la necesidad de acceso a la salud sexual y reproductiva para prevenir el embarazo adolescente no deseado y la mortalidad materna, elementos que se vienen enfrentando con la creación de políticas públicas, el problema del abastecimiento de insumos sigue existiendo, causando polémicas y fricciones poco coherentes con las necesidades reales de salud de las personas.

Esta contradicción tiene su explicación en la existencia de una oposición cerrada y articulada que desarrolla diversas estrategias de acción a través de grupos organizados de la sociedad civil. Ya sea a través de la incidencia política, las campañas comunicacionales o la demanda judicial, los grupos antiderechos han desarrollado como objetivo limitar y/o restringir la venta o distribución al público en general de insumos clave para el goce de una salud sexual y reproductiva plena. Este breve informe revisa la información disponible que nos permita reconocer estas estrategias de acción contra la anticoncepción oral de emergencia, el misoprostol, los preservativos o condones y los anti retrovirales.

## A) EL PANORAMA LATINOAMERICANO DEL DESABASTECIMIENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva está ligada de forma directa a la planificación familiar y la prevención de ITS. Los métodos anticonceptivos modernos, como preservativos, píldoras o dispositivos intrauterinos, son algunos de los insumos necesarios para permitir la planificación de los hijos y la prevención de infecciones, todo ello relacionado al cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos ([Objetivos de desarrollo del Milenio, 2010: 37-41](#)). Según la OMS, entre 1990 y 2007 la tasa de uso de algún método anticonceptivo en la población mundial pasó de 54% a 63%. Para el 2007 en América Latina, 72% de las mujeres casadas entre 15 y 49 años usaban algún método anticonceptivo. Sin embargo, la cobertura aun no es suficiente pues las tasas de embarazos no deseados permanecen estables ([Chávez y Távara, 2010: 38-45](#)). De toda la gama de medicamentos e insumos que la población necesita para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos hay algunos que han sido particularmente afectados por las acciones directas de grupos opuestos a su uso o distribución en varios países de América Latina, entre los que encontramos la anticoncepción oral de emergencia, el misoprostol, los preservativos o condones y los antirretrovirales ([CLAE, 2010: 25; Távara y Cols. 2009: 6; Stop VIH Internacional, 2010: 1; López, 2011:1](#))

Las cifras mundiales nos señalan que entre la década del 1990 al 2000, se registró una fuerte disminución de los embarazos no deseados y se incrementó el uso de anticonceptivos, sin embargo, como lo señala el Sub-Secretario General de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas las brechas de planificación familiar se agrandan cada vez más: *“El uso de métodos anticonceptivos es cuatro veces mayor entre las mujeres que cursaron educación secundaria, que entre aquellas sin educación. A lo largo de esta década, no se ha visto prácticamente ningún progreso en este aspecto, en el caso de mujeres no educadas de hogares pobres”* ([Naciones Unidas 2010: 5](#)). Por otro lado, la epidemia de VIH/SIDA sigue avanzando sobre todo entre los más pobres y marginados. Todo lo anterior coincide con la reorganización de los grupos antiderechos en muchos lugares de Latinoamérica, que han articulado su organicidad para hacer frente a estas políticas públicas.

## B) ACTORES DE LA INCIDENCIA POLÍTICA CONTRA LOS INSUMOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Existe en Iberoamérica una red organizada de asociaciones y grupos conservadores que se han constituido en grupos de influencia y de presión para (entre otros objetivos) afectar las decisiones políticas sobre temas de derechos de salud sexual y reproductiva en los diferentes países de la región. Su base de apoyo se encuentra en las filas conservadoras de cada país, agrupando a personas de diferentes horizontes profesionales que constituyen el capital humano para una acción organizada de estos espacios ([Ruiz, 2009: 1](#)).



Estos grupos también llamados antiderechos reciben apoyo internacional, especialmente desde Estados Unidos, donde se encuentran varios de las oficinas matrices de estas organizaciones. En América Latina han constituido espacios regionales para coordinar las acciones a ser llevadas a cabo a nivel local. Algunos ejemplos de este tipo de asociaciones internacionales con presencia en el continente son Population Research Institute (PRI) o Human Life International (HLI). En el cuadro 1 se puede ver una lista no exhaustiva de estas asociaciones, particularmente aquellas ligadas a movimientos antiderechos internacionales.

CUADRO 1: LISTA NO EXHAUSTIVA DE GRUPOS ANTI-DERECHOS EN AMÉRICA LATINA		
NIVEL TRANSNACIONAL	NIVEL NACIONAL	PAÍS
POPULATION RESEARCH INSTITUTE	Asociación Pro familia	Argentina
	Fundación Nueva Cristiandad	
	Jóvenes por la Vida	
	Infovida	
	Asociación Nacional Provida y pro familia	Brasil
	Campaña Nacional por la Vida	
	Movimiento Anónimo por la Vida	
	Red por la Vida y la Familia	
HUMAN LIFE INTERNATIONAL	Investigación, Formación y Estudio sobre Mujeres	Chile
	Muévete Chile	
	Red Pro-vida Chile	
	Acción Provida	Ecuador
	Comité Pro-vida de Honduras	Honduras
	CEPROFARENA	Perú
	Alas sin Componenda	
	ALAFA	
	AciPrensa	
	Provive	Venezuela
	Asociación Civil Pro-vida	Uruguay
	Mesa de Coordinación Nacional por la Vida	
	Madrinas por la Vida	

Fuente: Directorio de Vida humana internacional y recolección propia

La mayoría de estas organizaciones tienen un corte religioso, relacionadas en especial con la Iglesia Católica, la cual por sí sola configura un estamento de presión política, especialmente en países donde no existe una clara separación entre Estado e Iglesia. Los grupos antiderechos han reestructurado sus discursos, concentrándose en la defensa de la vida como elemento aglutinante y que justifica su oposición a los derechos sexuales y reproductivos (Mujica 2007: 65-69).



Organizaciones de marcado carácter confesional, como lo es el Opus Dei en varios países de la región, son muy influyentes a nivel del debate. Además, estos grupos se relacionan de manera cercana con políticos y funcionarios conservadores los cuales comparten sus ideologías. De esta manera, ingresan de manera directa al círculo de toma de decisiones y no se restringen solo a la esfera de la incidencia y la abogacía.

## C) LA CONTRADICCIÓN LEGAL: NORMAS PARA PROHIBIR Y PARA ACCEDER A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Latinoamérica posee, en general, una historia conservadora, lo que se traduce en una legislación restrictiva en temas de aborto, el que está penalizado en varias de sus formas en casi todo el subcontinente. Los grupos antiderechos se amparan en este marco legislativo para crear jurisprudencia aún más restrictiva a su favor (Chile y Nicaragua son el ejemplo más claro, al haber penalizado el aborto en todas sus formas en los últimos 20 años).

El argumento esencial de estos grupos es la defensa del derecho a la vida, reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 3), por la Convención Interamericana de Derechos Humanos (art 4:1), al igual que por las constituciones nacionales de cada país y por la Convención de los Derechos del Niño de 1989.

**“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”**

Artículo 4, inciso 1, CIDH

En 1981 se solicitó a la CIDH que estableciera si las disposiciones relativas al derecho a la vida, contenidas en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, eran compatibles con el derecho de la mujer a acceder a abortos legales y seguros. (Chávez, Ed. 2009,78)

Durante el proceso de deliberación en torno al caso Baby Boy la Comisión examinó rigurosamente las disposiciones sobre el derecho a la vida, contenidas en ambos instrumentos, y señaló lo siguiente:

**“Respecto a la Declaración, es importante notar que: los signatarios que actuaron en Bogotá en 1948 rechazaron cualquier redacción que hubiera extendido ese derecho a los que están por nacer (...) [y](...) la Conferencia (...) adoptó una simple declaración del derecho a la vida, sin referencia a los que están por nacer y lo vinculó a la libertad y seguridad de la persona. Parecería entonces incorrecto interpretar que la Declaración incorpora la noción de que exista el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Los signatarios enfrentaron la cuestión**



y decidieron no adoptar un lenguaje que hubiera claramente establecido ese principio.”

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 2141.  
White y Potter vs Estados Unidos de Norteamérica (Caso Baby Boy), párrafo 14 (a).

En cuanto a la CADH, la CIDH encontró que la redacción del derecho a la vida en el artículo 4 había sido consciente, y que la intención de los fundadores de la Convención al incluir la cláusula “en general” había sido precisamente la de permitir que exista legislación doméstica no restrictiva respecto al aborto. Asimismo, comentó, en el mismo documento citado anteriormente, que *“se reconoció durante la sesión de redacción en San José que esta frase dejaba abierta la posibilidad que los Estados Parte a una futura convención podrían incluir en su legislación local los más diversos casos de aborto”*, refiriéndose a la posibilidad de que algunos países podrían incluir el aborto legal bajo este artículo.

En este sentido, la Comisión procedió a corregir la lectura selectiva de la Convención Americana sobre Derechos Humanos hecha por los peticionarios:

Queda en claro que la interpretación que adjudican los peticionarios de la definición del derecho a la vida formulada por la Convención Americana es incorrecta. La adición de la frase “en general, desde el momento de la concepción” no significa que quienes formularon la Convención tuviesen la intención de modificar el concepto de derecho a la vida que prevaleció en Bogotá, cuando aprobaron la Declaración Americana. Las implicaciones jurídicas de la cláusula “en general, desde el momento de la concepción” son substancialmente diferentes de las de la cláusula más corta “desde el momento de la concepción”, que aparece repetida muchas veces en el documento de los peticionarios.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 2141.  
White y Potter vs Estados Unidos de Norteamérica (Caso Baby Boy), párrafo 30.

Así, se puede observar que la CADH deja a la discreción de los Estados Parte el contenido de la legislación sobre acceso al aborto, a la luz de su propio desarrollo social, experiencia y factores similares.

A pesar de lo dicho por la CIDH, el carácter fundamental del derecho a la vida, el cual es inalienable al individuo y que fue uno de los primeros en ser reconocidos como derecho humano, hace que estas organizaciones posean un argumento jurídico aparentemente sólido para llevar sus demandas al terreno legal. Los grupos conservadores aducen que varios de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva afectan al derecho a la vida del no nacido, por lo que están en su derecho legal y su deber moral de oponerse a estas iniciativas. Sin embargo, estas interpretaciones restrictivas del derecho a la vida entran en conflicto, muchas veces directo, con el respeto de los derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. Estos fueron reconocidos en diferentes instancias internacionales, entre los cuales se puede citar:

- La Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (Teherán, 1968) en la cual se afirmó que “las parejas tienen el derecho humano fundamental de decidir el número y esparcimiento de sus hijos y el derecho a obtener educación y los métodos necesarios para hacerlo”

- La Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979)
- El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - CIPD (El Cairo, 1994) en la que se reconoce explícitamente la Salud Sexual y Reproductiva como derecho de las personas: “Para el año 2015, [todos los países] deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación familiar y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente prohibidos. El objetivo (..) es brindar todas las oportunidades de ejercer el derecho de tener hijos por elección”(NACIONES UNIDAS 1995: 7)
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) en la que se formula el concepto de salud sexual y reproductiva. En el punto 17 de la declaración final se expresa que “el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular de su propia fecundidad, es básico para su empoderamiento”.
- El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 5:1, sobre el derecho a gozar de los avances científicos y a tener acceso a la salud en materia de salud sexual y reproductiva. (ONU, 2011; OEA, 2011)

## D) CONSECUENCIAS DE LAS ACCIONES DE LOS GRUPOS ANTIDERECHOS

El desabastecimiento de medicamentos e insumos destinados a programas de salud sexual y reproductiva vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Esta violación es particularmente flagrante para las mujeres.

Sin embargo, existen poblaciones cuya condición de exclusión o limitaciones legales generan una situación especial de fragilidad de sus derechos. En general se puede identificar a las personas pobres, ya que la mayor parte de las veces las acciones de los grupos conservadores han buscado limitar la distribución gratuita por parte del Estado de ciertos insumos y medicamentos, sin necesariamente prohibir por completo su comercialización por el sistema privado. Por También se puede identificar a los y las adolescentes, quienes se ven particularmente afectados por estos problemas de desabastecimiento. Finalmente podemos señalar que debido a la epidemia de VIH/SIDA y el consiguiente estigma que recae en las personas trans, gays y las trabajadoras sexuales, los problemas de desabastecimiento de insumos les afectan cotidianamente.

En el plano médico esto puede traducirse en el aumento del número de embarazos no deseados, en un incremento en el número de abortos ilegales de alto riesgo, en una mayor diseminación de las ITS, y en el deterioro de las condiciones de vida y salud de las personas viviendo con VIH/SIDA (PWS).

La falta de cada uno de estos medicamentos incide de una manera diferente, pero todos contribuyen en su conjunto a la afectación de la salud sexual y reproductiva en América Latina.



# I. ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA (AOE)

La oposición a la venta en farmacias o distribución en hospitales del Estado del Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) por parte de los grupos antiderechos, constituye un ejemplo claro de las estrategias que estas asociaciones desarrollan para afectar el derecho de las personas a decidir sobre su cuerpo. En esta sección se analizarán de manera más detallada los casos de Perú y Chile al ser emblemáticos por haber sido llevados ante la justicia (logrando claras restricciones a su distribución que en el caso peruano aun no logran ser revertidas).

## A) AFECTACIÓN DEL ABASTECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN

La enciclopedia médica de la Biblioteca Nacional de EEUU, Medline, define la anticoncepción de emergencia como un “método para prevenir el embarazo en mujeres que han tenido sexo sin protección o cuando han fallado los métodos anticonceptivos de barrera” (Medline Plus 2011:1). Estos métodos incluyen las píldoras de Anticoncepción Oral de Emergencia [AOE], que son dosis especiales de los componentes de las píldoras anticonceptivas de uso ordinario.

El principio activo más utilizado en América Latina para la AOE es el levonorgestrel, vendido bajo el nombre comercial de Norlevo, Post-Day o Emkit, entre otros. Estos medicamentos comenzaron a ser ampliamente difundidos en los países de la región a principio de los años 2000, cuando se implementó su distribución gratuita desde el Estado -caso de Chile y Perú, por ejemplo- (Cedano 2003:2). De acuerdo al Consorcio Latinoamericano por la Anticoncepción de Emergencia – CLAE, la situación, al año 2010, de la distribución en algunos países de la región se resume en el siguiente cuadro:



PAIS	ENTREGA	MOTIVOS	OBSERVACIONES
ARGENTINA	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	Se ha detectado resistencia moral por parte de algunos profesionales. Hay desabastecimiento en tres provincias: Córdoba, la Rioja y Tierra del Fuego.
BOLIVIA	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	
BRASIL	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	Existen servicios de salud que no la entregan, o que solo la entregan en caso de violación.
CHILE	SI	No especifica	Ley promulgada recién el año 2010, por lo que aún no se difunde su autorización.
COLOMBIA	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	Las compras son reducidas debido a la escasa demanda.
ECUADOR	SI	La norma la indica para casos de violación sexual, pero la norma técnica no tiene restricciones específicas.	Resistencia a entrega en casos que no sean de violación, poca difusión de la legalidad del acceso
PARAGUAY	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	
PERÚ	NO	--	Tras Resolución Ministerial 652-2010 del MINSA, en el Perú no se distribuye
URUGUAY	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	Para acceder se debe solicitar cita con el/la ginecóloga, proceso que puede demorar hasta una semana.
VENEZUELA	SI	Tras: relación no protegida, falla del método, violación.	
COSTA RICA	NO	--	No existe AOE ni se entrega el método "YUZPE"
HONDURAS	NO	--	Se dejó de distribuir y comercializar tras el acuerdo ministerial 2744

Fuente: CLAE, 2010.

En el caso peruano, entre Octubre del 2005 y Octubre del 2006, los establecimientos de salud en 11 regiones del país recibieron un total de 5,466 unidades de AOE de las que sólo se distribuyeron 1,597 tratamientos durante ese año. En cuanto al sector comercial, entre el año 2001 y el año 2006 había vendido aproximadamente 1 millón de tratamientos -250,000 tratamientos anuales- por ello, organizaciones de la sociedad civil realizaron un proceso de vigilancia y comunicación, lográndose una entrega de 7,832 dosis para el periodo 2006 (Guerrero; 2008: 5). Para ese último año estudiado, ICEC señala que las ventas de AOE en el Perú se incrementaron en 57% con respecto al 2005 llegando a vender casi 300,000 tratamientos. La tendencia se repite en otros países, como

por ejemplo Venezuela donde las ventas de Postinor-2 en 2006 llegaron a las 550,000 unidades aumentando en 68% con respecto al año anterior (ICEC, 2007:1-2).

Tomando como ejemplo el proceso de vigilancia realizado por PROMSEX, tenemos que cuando el Estado peruano dejó de repartir la AOE (en el año 2009), al menos en estas 11 regiones se produjo un problema de abastecimiento de 7,832 unidades de AOE por año. Es necesario señalar que esto representa apenas el 3,1% de la demanda total de AOE con respecto a la estimación de venta en farmacias realizada el 2006. Frente a estas cifras se debe considerar que ese 3% entregado durante el 2006 en 11 regiones del país no cubriría la demanda total de AOE de los beneficiarios del MINSA, ya que 0,4% de las mujeres sexualmente activas declara utilizar la AOE como método anticonceptivo (ENDES 2010: 6). Como podemos ver la prohibición de la distribución gratuita de AOE hace evidente la brecha de acceso al medicamento según el poder adquisitivo de la usuaria.

## B) ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Las acciones para limitar el acceso a la AOE han sido llevadas a cabo por grupos antiderechos que se escudan en el supuesto carácter abortivo de dicho anticonceptivo para defender su oposición. En estos grupos hay una confluencia de personas de ideología conservadora, representantes de la Iglesia y políticos que se identifican con estas posiciones.

El proceso de oposición a la AOE en el Perú, se llevó a cabo desde varios frentes. Desde la esfera pública se personificó en las figuras del cardenal Juan Luis Cipriani, máximo representante de la Iglesia Católica en el Perú y miembro del Opus Dei; en la ONG conservadora “Acción de Lucha Contra la Corrupción Sin Componenda” -ALAS Sin Componenda- y algunos políticos conservadores, como el ex congresista Héctor Chávez Chuchón. En el caso Chileno, la oposición vino principalmente de la sociedad civil organizada, representada por algunos grupos antiderechos como Desarrollo para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer (ISFEM), el Centro Internacional para la Vida Humana, el Movimiento Mundial de Madres, la organización Frente por la Vida y la Acción Solidaria, el Centro Juvenil Ages y el Movimiento Nacional por la Vida “Aniü-Küyen” (Corte de Apelaciones de Chile, 2001:1). En el caso Guatemalteco la oposición provino de una pequeña organización de médicos quienes consideraban que el AOE violaba el derecho a la vida (Procuraduría de Derechos Humanos 2010:1).

Los grupos antiderechos han logrado crear una argumentación pseudocientífica que respalda su oposición al levonorgestrel. Por tal motivo su tesis central es que la AOE tiene un carácter abortivo ya que atentaría contra la vida de un ser no nacido, pero con derechos (Vida Humana Internacional 2011a:1).

De esta forma el debate en torno a la AOE adquirió un carácter “científico” dirigido a identificar cuál es el punto en el que comienza la vida humana. Los antiderechos sostienen que la vida humana comienza en el momento de la fecundación del óvulo y que la AOE tiene efectos que impiden la implantación en el útero, la OMS y la OPS sostienen que el principal mecanismo de acción de la AOE es la anovulación, sin registrar efectos comprobados sobre el endometrio (OMS 2005b: 1-2).



---

La lógica antiderechos se basa en los siguientes puntos:

---

- La concepción consiste en la fertilización del ovocito por el espermatozoide,

---

  - En ese momento comienza a existir un nuevo ser humano individual,

---

  - El embarazo comienza en la concepción y no en la implantación,

---

  - El aborto es una acción que destruye la vida del nuevo ser humano y

---

  - El aborto ocurre en cualquier momento desde la fertilización hasta el parto.
- 

En conclusión la AOE tiene que ser absolutamente rechazada por ser abortiva. “La ciencia, la ética y el sentido común nos indican que no tenemos otra alternativa” (Vida Humana Internacional: 2011).

---

Fuente: Vida Humana Internacional

## Estrategia mediática

Una de las estrategias de acción contra la AOE ha sido el montaje de campañas de miedo al difundir, a través de canales de comunicación masivos, información sobre los supuestos riesgos que implicaría el uso de la AOE. Alas Sin Componenda cita en su página Web, en una sección titulada “Reflexiones Vivas”, una serie de efectos secundarios de la AOE, concluyendo que el consumo de AOE y otras hormonas “atrofian los ovarios y enferman a las mujeres sanas” (Alas Sin Componenda 2011:7)

En este sentido, las organizaciones intentan validar científicamente sus afirmaciones respecto a los efectos nocivos de este medicamento, como podemos ver en la página web de CEPROFARENA:

“Un reciente estudio de investigadores de la Universidad de Nottingham (Reino Unido) revela que la píldora abortiva del día siguiente no solo ha fracasado en disminuir el número de embarazos adolescentes, sino que se relaciona con el incremento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en menores de 16 años.”

(Fuente: CEPROFARENA 2011)



Estos discursos son difundidos a través de los medios de comunicación masivos, en entrevistas, artículos y reportajes, creando confusión y mitos en torno al medicamento.

## Estrategias burocráticas

Una de las estrategias utilizadas en el caso peruano fue la acción desde dentro del aparato institucional, permitido por el acceso de personas ligadas a los grupos antiderechos que ocuparon y ocupan altos cargos en la administración pública. Así se logró que medidas que ya habían sido aprobadas retrasaran su puesta en marcha. Esto sucedió en Perú durante las gestiones de los ministros Solari y Carbone entre 2001 y 2003, como lo documentan estudios de las organizaciones peruanas, Promsex, ForoSalud y DEMUS (Guerrero 2008:1-11; Arroyo 2007: 29-30; Llaja 2010:9). En este periodo se dio un fuerte proceso de obstaculización a la entrega gratuita de AOE, y en general se perdió gran parte del terreno ganado en planificación familiar. Así, la Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM del 13 de Julio del 2001 -que determinaba la “Ampliación de las normas de planificación familiar, incorporando el anticonceptivo oral de emergencia”- fue una medida tomada durante el gobierno de transición del presidente Paniagua, la que fue implementada recién el año 2003, materializándose en el año 2005. Todo ello encuentra explicación, como lo refieren las instituciones señaladas, en la militancia conservadora de los ministros y su personal de confianza. (Llaja Villena, 2010:16)

La cooperación internacional también jugó un papel en este tema ya que USAID, bajo la presión de los grupos conservadores norteamericanos durante la gestión Bush, adoptó la llamada “política de la mordaza” que impedía a toda institución que recibiese fondos de la agencia realizar actividades relacionadas -e incluso pronunciarse- con la AOE. En el Perú, este caso fue ampliamente documentado por Promsex para protestar frente a las “sanciones” que la agencia había tomado contra dos instituciones peruanas que venían difundiendo el uso de la AOE. (Chavez y Jacobson, 2006: 1-2)

## El camino jurídico para evitar el acceso a la AOE

Sin embargo, en el caso específico de este medicamento, los grupos conservadores decidieron llevar su oposición a otro escenario que permitiera acciones concretas para impedir el acceso a través de procesos judiciales. Tanto en Chile (2008), Perú (2009), Ecuador (2006) como Argentina (2002) estas disputas terminaron en un pronunciamiento del Tribunal Constitucional de cada país, sentencias que han sido las principales armas para restringir y disminuir los stocks de AOE disponibles en los diferentes países (Melzi 2005: 3-5). Los Tribunales Constitucionales han tomado de manera parcial los contenidos de las declaraciones de derechos humanos y las propias constituciones para otorgar protección absoluta al no nacido desde la fertilización (precisamente el argumento de los grupos antiderechos) impidiendo la distribución gratuita de la AOE por el mandato que tienen los Estados de proteger la vida de todas las personas. (Melzi 2005: 3-7)



## C) MARCO NORMATIVO

El presidente de ALAS Sin Componenta, que llevó en el Perú la demanda del AOE al plano judicial, define de la siguiente manera su accionar por la vía judicial:

“El Recurso de Amparo interpuesto por la institución que represento, está en apelación, ganando espacios de lucha y evangelización, ya logró su primer objetivo de reabrir el debate y de frustrar los planes del mal, pero sabemos que la batalla recién empieza por la reacción de las ONGs feministas que reciben grandes donaciones para destruir vidas, matrimonios y familias de características variables en el Perú”

(Alas Sin Componenta, 2011:3)

Si se analiza las trayectorias judiciales de los procesos antes los tribunales de Chile y Perú se puede notar que en los dos casos han existido respuestas contradictorias a la pregunta si la AOE es abortiva. La discusión ha sido llevada a este punto por las organizaciones antiderechos, siendo de gran importancia para el enfrentamiento jurídico, dadas las condiciones de ilegalidad del aborto en ambos países.

**CUADRO 2: HISTÓRICOS DE LAS BATALLAS LEGALES POR LA AOE EN PERÚ Y CHILE**

PERÚ	CHILE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM del 13 de Julio del 2001: “Ampliación de las normas de planificación familiar, incorporando el anticonceptivo oral de emergencia”.</li> <li>Informe de la Comisión de alto Nivel del 11 de septiembre del 2003: el anticonceptivo oral de emergencia no es abortivo.</li> <li>Informe Defensorial N°78, Defensoría del Pueblo</li> <li>Sentencia del Tribunal Constitucional STC-7435-2006-PC del 13 de Noviembre del que declara fundada la Acción de Amparo interpuesta por Susana Chávez Alvarado sobre la implementación de las resoluciones ministeriales de Salud para la incorporación del AOE en las normas de planificación familiar.</li> <li>Sentencia del Tribunal Constitucional STC 2005-2009-PA el cual se pronuncia por la acción de Amparo interpuesta por la ONG “Acción de Lucha contra la corrupción Sin componenda” declarándola fundada y obliga al MINSA a no distribuir gratuitamente el AOE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Norma de “Paternidad Responsable” que incluye el uso de AOE, propulsada desde 1993</li> <li>Normas y guías Clínica para la atención en Servicios de emergencia de personas víctimas de violencia sexual decretan la distribución gratuita de Postinor 2</li> <li>Resolución N°2141, del 21 de Marzo del 2001 del Instituto Nacional de Salud Pública mediante el cual se concedió el registro sanitario al fármaco Postinal</li> <li>Prohibición de la Corte Suprema de la Venta de Postinal: Sentencia del 30 de Agosto del 2001</li> <li>Resolución 7.224 de fecha 24 d agosto de 2001: registro sanitario de Postinor 2</li> <li>Juicio sobre el Postinor 2: sentencia del 28 de Noviembre del 2005 de la Corte Suprema de Justicia. La Corte rechaza los recursos de casación y permite la comercialización del Postinor.</li> </ul>



&gt;

PERÚ	CHILE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución ministerial N°784-2009/MINSA del 18 de noviembre del 2009 que cumple con la parte resolutive de la sentencia del TC.</li> <li>Resolución ministerial RM167-2010/MINSA vuelve a establecer la distribución gratuita del AOE luego de recibir informe de la OMS que indica que el medicamento no es abortivo.</li> <li>Ordenamiento del Juez N°28 del Juzgado Civil, expediente 72276-2004-0-1801-JR-CI-28</li> <li>RM N°652-2010/MINSA del 19 de Agosto del 2010 que “Dispone que la dirección General de Salud y la DIGEMID se abstengan de realizar cualquier actividad referida al AOE conforme a la sentencia del TC del 2009</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda ante el TC en el que se pide se declare inconstitucional la Resolución Exenta N°583 del 1 de Setiembre de 2006 mediante la cual se aprueban las normas nacionales de regulación de fertilidad.</li> <li>Sentencia del 11 de enero del 2007 del Tribunal Constitucional que anula la resolución exenta N°584 del Ministerio de Salud por vicios de forma y no se pronuncia sobre el fondo</li> <li>Sentencia de la Corte Suprema del 30 de enero del 2007: se desestimaron los recursos de protección municipales contra la ministra de Salud por la distribución de AOE a adolescentes entre 14 y 17 años.</li> <li>Decreto 48 del 3 de febrero del 2007 por el cual se aprueban las Nuevas Normas Nacionales sobre la Regulación de la Fertilidad</li> </ul>

Esta contradicción es la que motiva a los grupos antiderechos a continuar recurriendo a la vía judicial hasta obtener una respuesta definitiva sobre el carácter abortivo de la AOE. Además en este plano han obtenido importantes victorias que les ha permitido tener un impacto real sobre el uso de AOE en los diversos países.

En otros países como Guatemala u Honduras, los grupos antiderechos también están recurriendo a esta vía. En este último año, los grupos defensores de los DSR guatemaltecos han movilizado grandes esfuerzos contra una resolución de la Procuraduría de Derechos Humanos que limitaba el uso de AOE y Misoprostol en el país. Como lo señala Linda Valencia, el proceso de denuncia se realizó en estricta reserva, y no fue hasta que la Procuraduría emitió la resolución (que daba instrucciones precisas al Ministerio de Salud para regular el “mal uso” de los anticonceptivos en general, y de la AOE en particular) que las organizaciones de derechos humanos advirtieron el hecho. En este nivel se hizo muy complejo actuar para la sociedad civil, y el único camino posible para evitar el desabastecimiento fue conseguir por medio de presiones políticas y públicas ampliar la resolución para dejar sentado el carácter no abortivo de los anticonceptivos. (Clacai 2011a : 27)

## D) CONSECUENCIAS DEL ACCIONAR ANTIDERECHOS

Al 2010, concretamente se ha logrado eliminar la distribución gratuita en hospitales públicos en Perú, Costa Rica y Honduras, lo que afecta a las mujeres más pobres que son las que acuden a los



servicios públicos. En el Perú, por ejemplo, para el año 2010, 0.4% de las mujeres sexualmente activas utilizaban el AOE como método de contracepción (ENDES 2010:7). El nivel de ventas en el mercado privado da cuenta de que la AOE es considerada como una opción contraceptiva de emergencia por miles de mujeres en el Perú. Sin embargo, al no estar disponible en centros de salud públicos, el acceso al método se ve restringido sólo a la población con poder adquisitivo suficiente y cercanía geográfica a los punto de comercialización.

Por otro lado, esta situación afecta directamente a las víctimas de agresiones sexuales, ya que ni en Perú, Honduras o Costa Rica se puede distribuir AOE para estos casos en los servicios de asistencia a víctimas de violación sexual, impidiendo a la mujer evitar embarazos traumáticos y posteriores abortos. En promedio la tasa de embarazos no deseados se sitúa alrededor de 25% en el Perú (ENDES 2010:15), los que se encuentran concentrados en la población pobre y adolescente. Es difícil que esta cifra disminuya si (entre otros insumos) la AOE no está disponible para el conjunto de la población.

Si bien la tasa de mortalidad materna ha disminuido considerablemente en las últimas décadas reduciéndose a casi la mitad entre 1980 y 2000 (ENDES 2010: 16) llegando a una tasa de 103 muertes por 100 mil, en el año 2010, el aborto sigue siendo la segunda causa de mortalidad materna en América Latina (16% de los casos de muerte materna según OMS). Una parte de los 376 mil abortos clandestinos que ocurren al año en el Perú podría haber sido evitado gracias al uso oportuno del AOE. Al seguir siendo el aborto legalmente penado en el país, el AOE constituye la única vía legal de evitar un embarazo luego de haber consumado una relación sin protección. Al negar el acceso gratuito a este anticonceptivo, las probabilidades que las mujeres pobres, jóvenes y poco educadas queden embarazadas o recurran a un aborto clandestino se incrementan, poniendo en riesgo su vida y su salud. (Ferrando, 2006: 34)

Actualmente, ya no se realiza la distribución gratuita de la AOE en los establecimientos médicos públicos peruanos. La distribución y venta de la AOE sigue siendo un tema polémico en la región, donde se focaliza la acción de los grupos conservadores. A cada nueva introducción de un medicamento, existe un nuevo proceso judicial. Los procesos continúan en Guatemala y Honduras. En Argentina el tema es recurrente en el debate parlamentario. Las estrategias de acción en su conjunto promueven el mito en torno al medicamento, generando barreras sociales a su distribución.





## II. EL CASO DEL MISOPROSTOL

**Este medicamento es un fármaco que ha sido aprobado por la Administración Federal de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration/FDA), del gobierno de los Estados Unidos de América, para la prevención de las úlceras gástricas inducidas por el uso de drogas anti-inflamatorias que no tiene esteroides. Sin embargo, por sus propiedades dilatadoras se usa para ayudar al parto, con gran efectividad, y provocar un aborto seguro antes de las 12 semanas de gestación. Este uso ginecológico es el que ocasiona la oposición de los grupos antiderechos, ya que en la práctica el Misoprostol ha reemplazado al aborto clínico en la región. (Tavara, 2008: 1-5)**

En los países de Latinoamérica se viene intentando limitar o prohibir su venta por varios medios:

### A) AFECTACIÓN DE ACCESO Y LA DISTRIBUCIÓN

En América Latina, el Misoprostol se vende bajo los nombres comerciales de Cytotec, Prostokos, Misotrol entre otros. Tiene registro en la mayoría de países de la región, sin embargo existen diversas restricciones para su comercialización. En algunos casos como en Brasil, este sólo puede ser vendido en establecimientos hospitalarios. En otros su venta se realiza solo a través

del mecanismo de receta archivada, en Venezuela se necesita la receta de un gastroenterólogo para acceder al medicamento, en general podemos señalar que el acceso por vías informales al medicamento es el más común. (CLACAI 2011a: 1-5)

En países como México, Chile, Venezuela, Uruguay o Brasil el medicamento se oferta vía internet sin receta médica, mediante un pago más elevado que el del costo en el mercado formal.

Según cifras de la OMS en 2004, de los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones fueron no deseados, que representa más del 30%. De éstos, 46 millones (58%) terminan en abortos, de los que el 41% se realiza en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal (OMS 2004: 6-9). En América Latina se realizan en promedio 4 millones de abortos anuales (OMS, Instituto Guttmacher, 2007: 6-12). Sin embargo, al tener una legislación tan restrictiva en temas de aborto, se calcula que más del 90% son ilegales. No obstante, desde que el Misoprostol se ha posicionado como un método seguro para el aborto, ha desplazado al tradicional aborto clínico, disminuyendo de esta manera el riesgo de complicaciones para la madre. La ONG Iniciativas Sanitarias, Uruguay, realizó el 2009 un estudio con 611 mujeres que habían abortado, de las cuales el 90,7% utilizaron Misoprostol con resultados seguros y eficaces. Las cifras son similares en otros países de la región, donde se observa la paulatina desaparición del aborto séptico. (CLACAI 2011b:1)

Los precios del Misoprostol -que varían considerablemente entre países (entre 1U\$ y 30U\$ por pastilla)- también inciden en el abastecimiento del medicamento en el país. A mayor regulación, mayor precio y creación de un mercado informal dónde se suple parcialmente el desabastecimiento del medicamento. (Távora 2008: 3-5)

En países como Chile el misoprostol no está a la venta en farmacias, y no se encuentra disponible ni siquiera para el tratamiento gástrico. Luego de estar ausente incluso para el uso institucional, el 02 de febrero del año 2010 el Instituto de Salud Pública emitió la resolución 0303, donde autoriza de forma provisional al laboratorio Recalcine a vender el misoprostol únicamente para uso intrahospitalario en el tratamiento para la maduración cervical y la inducción del parto a término. No se autoriza el uso en el aborto incompleto (Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2010:1).

## B) ACTORES DEL PROCESO

Los grupos antiderechos vienen advirtiendo respecto de las propiedades abortivas del Misoprostol:

“Este fármaco produce vigorosas contracciones uterinas. Se usa para inducir el parto y también como abortifaciente. El parto es inducido cuando se ocasionan contracciones uterinas y la maduración de la cervix. Sin embargo, esta droga no ha sido aprobada para inducir el parto.”

Fuente: Vida Humana Internacional 2011.

Debido a que el aborto está penalizado en varias de sus formas en la región, esta y otras argumentaciones han logrado retirar de las farmacias o limitar el acceso a través de recetas retenidas o solicitud de





pruebas de embarazo a las mujeres para evitar su uso abortivo (CLACAI 2011b: 1-5). Sin embargo, el Misoprostol también tiene otros usos como la inducción del parto en gestantes, la inducción del parto con feto muerto o para el control de la hemorragia intrauterina, todos ampliamente comprobados y con mejores resultados que otros medicamentos (como la oxitocina) lo cual autoriza su venta legal en varios países (Blandón, Chavez, Grossman y Távora, 2008: 3-8). Por esto en países donde se reconoce y aprueba su uso para otros tratamientos, los grupos antiderechos centran el debate sobre la manera de regular su uso obstétrico e impedir que este sea usado para el aborto.

Como en el caso del AOE, también existe el desarrollo de una campaña de miedo y desinformación alrededor del Misoprostol difundiendo y magnificando los posibles efectos secundarios que este puede llegar a tener, especialmente cuando se usa para realizar un aborto.

“(...) este peligroso fármaco puede causar una hemorragia después del aborto. Por lo menos diez mujeres, incluyendo Holly Patterson (de 18 años), Chanelle Bryant (de 22 años) y Oriane Shevin (de 34 años), han muerto debido a estos mal llamados “abortos médicos”. También la FDA ha sido informada de más de 600 efectos adversos causados por estos abortos”

Fuente: Vida Humana Internacional

Siguiendo las estrategias usadas con la AOE, en el caso del Misoprostol también se lleva la oposición moral al terreno legal para conseguir la prohibición o estricta regulación del medicamento, aunque sólo Chile ha prohibido por completo su comercialización (CLACAI 2011b:8), muchos otros países han regulado su venta fundamentalmente debido a la acción de grupos antiderechos que han iniciado procesos administrativos y judiciales generando presiones para obtener estas restricciones. La regulación de la medicación ha venido de la mano de las campañas de alerta sobre los efectos abortivos del Misoprostol. En Chile el Instituto de Salud Pública partió por exigir la venta con receta retenida, y posteriormente se retiró de farmacias y hospitales, generando uno de los mayores mercados negros de Latinoamérica y los mayores precios, actualmente su uso está autorizado provisionalmente para el uso intrahospitalario (ISP 2000:1-3). Así mecanismos como el de la receta archivada o el del uso de la receta del gastroenterólogo han sido implementados para limitar el acceso al medicamento. (CLACAI 2011b: 2-8)

Uno de los argumentos utilizados por los grupos antiderechos, es el llamado “complot farmacéutico”, mediante el que las compañías farmacéuticas que producen el misoprostol lucrarían con la muerte del no-nacido y tendrían interés en que desaparezca el control sobre la venta del Misoprostol, así se puede observar en la Declaración Final de Obispos Presidentes de Comisiones Episcopales para la Familia y la Vida, 18.III.93

“Los obispos latinoamericanos acusaron a la IPPF y a sus filiales de «empobrecer moralmente» a nuestro pueblos, y denuncian que sus políticas son inspiradas por «poderosos intereses económicos y políticos de organismos financieros y de laboratorios que buscan mercados para sus productos anticonceptivos y abortivos», y reconocieron una verdadera guerra química.”

Fuente: Vida Humana Internacional



## C) MARCO NORMATIVO

Los casos de Brasil y Uruguay son reveladores del accionar conservador ya que en estos países se ha restringido de manera considerable la disponibilidad del Misoprostol sin volver este medicamento ilegal.

En Brasil, el misoprostol se puede adquirir sólo en los hospitales. A través de estrategias de presión política, los grupos opositores a los derechos sexuales y reproductivos lograron que el Ministerio de Salud prohíba toda publicidad relativa al Misoprostol en el país (Diário Oficial da União 2006: 43). Por otro lado, existe absoluto desconocimiento de la normativa para la venta incluso por parte de los proveedores de salud. Las unidades hospitalarias registradas que pueden vender misoprostol son sólo 900 de las 4,000 maternidades existentes en el país. Todo ello ha redundado en la reducción del uso del Misoprostol, incluso en casos en los que está permitido por Ley. (Rosas 2009: 11-18)

En Uruguay, luego de una época en la que la venta del medicamento fue libre, esta se restringió pasando a ser sólo expedido con receta médica de un gastroenterólogo. Esta acción se promovió con un pedido de la conferencia Episcopal Uruguaya de examinar más detenidamente el caso del Misoprostol. Sin embargo, la Iglesia no es la única que ha hecho presión para reducir la disponibilidad del Misoprostol al público en general. Asociaciones de profesionales, como el Centro de Farmacias de Uruguay también han emitido comunicados recomendado la limitación de la comercialización de este fármaco. (MYSU 2011:1)

**CUADRO 3: LEGISLACIÓN SOBRE CONTROL DE MISOPROSTOL EN BRASIL Y URUGUAY**

BRASIL	URUGUAY
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código Penal Brasileiro, 1940, artículos 124 a 17: el aborto sólo es permitido en casos de que sea necesario para salvar a la madre (aborto terapéutico) o en caso de violencia sexual o violación</li> <li>• Autorización de Venta del Misoprostol en 1987: Aprobado y registrado por la Asociación Nacional de vigilancia Sanitaria (ANVISA) del Ministerio de Salud para su uso en ginecología y obstetricia</li> </ul> <p><b>Sobre el aborto con Misoprostol</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma técnica de Atención humanizada del aborto/ MS-2005</li> <li>• Norma Técnica de Atención a los daños de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes MS-2005</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código Penal Uruguayo, artículo 325 y 325 bis: se prohíbe cualquier forma de aborto en Uruguay</li> <li>• Registro MSP 39425 que habilita la venta libre (sin receta) de Misoprostol en Uruguay (5 de diciembre del 2003)</li> <li>• Ordenanza 368/004 que habilita la utilización obstétrica intra-hospitalaria del Misoprostol</li> <li>• Comunicado interno del Ministerio de Salud Pública en el año 2005 que prohíbe la venta del Misoprostol sin receta médica de un gastroenterólogo (receta verde)</li> <li>• Comunicado interno del Centro de Farmacias de Uruguay (2009) que insta no dispensar Misoprostol bajo ninguna circunstancia</li> </ul>

>



>

BRASIL	URUGUAY
<p><b>Restricción del acceso al Misoprostol en Brasil</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A portaría CVS-SP N°2 / 14 de Marzo de 2005: sólo se vendrá Misoprostol en establecimientos de naturaleza hospitalaria debidamente registrados</li><li>• Resolución ANVISA/RE N°1.050/ 2006: se suspende toda publicidad para el Misoprostol a nivel nacional</li><li>• Resolución ANVISA/RE N°36/3 (Junio 2008): se resuelve declara el Misoprostol cómo medicamento básico de uso obstétrico</li></ul>	

## D) CONSECUENCIAS DE LA ESTRATEGIA

A nivel mundial, ocurren aproximadamente 66,500 muertes maternas relacionadas con el aborto. En América Latina, el aborto inseguro contribuye de manera significativa a la mortalidad materna ([Grossman 2007: 1-8](#)) ya que cada año ocurren 2,000 muertes maternas relacionadas con el aborto inseguro.

Estas cifras podrían aumentar de prohibirse totalmente la comercialización de Misoprostol, ya que como fue descrito anteriormente, este medicamento ha sido un factor importante para disminuir las tasas de mortalidad materna en América Latina. Dicha prohibición podría aumentar las cifras de abortos sépticos entre la población que no se puede procurar el medicamento.

Nuevamente, la población de menores recursos, es la más afectada por el desabastecimiento, al no poder pagar los precios del medicamento en el mercado informal, puesto que el medicamento no es accesible gratuita ni legalmente salvo en países donde el aborto está despenalizado (el precio en los países con prohibición llega a los 100 dólares por dosis de 4 pastillas, lo que implica un costo total de 300 dólares por el total de 12 pastillas necesarias para realizar el procedimiento completo). Las adolescentes se ven particularmente afectadas por esta medida ya que tienen los mayores índices de embarazo no deseado. Actualmente en ciudades como Lima han aumentado los números de muertes maternas de adolescentes, principalmente las cifras relacionadas a causas secundarias, como el suicidio. ([Vasquez, Calandra, Verner 2006; Dirección General de Epidemiología 2011: 5](#)).

Finalmente, la restricción al uso afecta también a las mujeres durante el parto, puesto que el Misoprostol se utiliza para evitar que las mujeres mueran por hemorragias. En Uruguay, cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública, ratificada por la Sociedad Nacional de Ginecología hacen ver que desde el 2009 ya no existen muertes ligadas a complicaciones del aborto. En enero del 2010, el Dr. Cópola, presidente de la Sociedad Uruguaya de Ginecología, declaró que el Misoprostol había desplazado a las clínicas abortivas en Uruguay: “Ya no hay clínicas, desaparecieron y desaparecieron las muertes por aborto en Uruguay” ([Coppola, 2010: 1](#)).

En resumen las barreras al acceso del Misoprostol atenta contra los derechos sexuales y reproductivos, y en algunos casos, contra el derecho a la vida de las mujeres. En Brasil, las acciones de las organizaciones de la sociedad civil buscan generalizar el acceso al Misoprostol, principalmente para protocolos de aborto terapéutico y en caso de violación, demostrando los efectos comprobados de este medicamento en la reducción de la muerte por complicaciones ligadas al aborto (Rosas 2009: 25-40). En Uruguay, se debate la posibilidad de cambiar la manera de vender el Misoprostol, liberando su venta y evitando el desarrollo del mercado informal. (MYSU, 2010:1).

Por último, la ausencia del misoprostol de las prácticas obstétricas en los centros de salud latinoamericanos, atenta contra el derecho al acceso a la ciencia y la tecnología, e incluso, la prohibición de la publicidad y la circulación del medicamento atenta contra el derecho al acceso a la información científica, todos elementos señalados en la Declaración sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico, ya que significa negar a la mujer el acceso al aborto seguro; a condiciones seguras en su proceso de parto o de tratamiento del aborto incompleto a través del método medicamentoso más seguro y eficaz con que se cuenta en este momento. (UNESCO, 1999: 1)





# III.

## EL CASO DE LOS PRESERVATIVOS O CONDONES

Los preservativos masculinos y femeninos son uno de los métodos principales de planificación familiar en América Latina. El uso de estos métodos anticonceptivos permite que los hombres y mujeres puedan ejercer sus Derechos Sexuales y Reproductivos y decidir en qué momento y cuantos hijos quieren tener. La ventaja del preservativo es que permite una doble protección: por un lado previene las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y por otro lado previene los embarazos no deseados. Este doble uso hace que el preservativo sea ampliamente recomendado y difundido por los defensores de los DSR. Sin embargo, los grupos antiderechos promueven la abstinencia o el método del ritmo como métodos legítimos de planificación familiar, y no apoyan otro tipo de métodos “modernos”. La oposición a estos métodos aumenta cuando se trata de su distribución a menores de edad por parte del Estado, principalmente porque, según la argumentación conservadora, esto incitaría a conductas promiscuas y pondría en riesgo la salud de los adolescentes ([ACI prensa, 2011:1](#)).

### A) AFECTACIÓN AL ACCESO Y DISTRIBUCIÓN DE CONDONES

En el caso del Perú, la distribución del preservativo femenino, tanto comercial en las farmacias, como gratuita a través de los servicios de salud, se desarrolla de manera lenta, y el stock con el que cuenta el país proviene tan solo de las donaciones públicas, que son limitadas. En América Latina, el preservativo femenino es un método contraceptivo con el que recién se están familiarizando los usuarios por lo que pocos países de la región realizan su adquisición dentro de los programas de planificación familiar. Sin embargo, su uso es altamente recomendado por organismos internacionales ya que permite que las mujeres tengan control sobre los mecanismos de protección contra infecciones de transmisión sexual y contra embarazos no deseados gracias a un mecanismo de eficacia comprobada ([OPS, 2011:1](#)).

En lo relativo a los preservativos masculinos, el problema de abastecimiento está dado por los complejos procesos de compra. En el caso peruano, la compra es financiada por el Estado. Esto significa que el país ya no recibe donaciones de la cooperación internacional y debe proveer completamente el stock de preservativos necesario a la población. Sin embargo, hasta noviembre de 2010, el Perú había recibido 18 millones de preservativos en donación por parte de USAID



(Ministerio de Salud 2010:1) En otros países la cooperación internacional aún abastece en parte el stock. Para los procesos de compra casi todos los países de la región efectúan su adquisición a través de una agencia internacional, en la mayoría de los casos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Esto debido a que las adquisiciones por la cooperación internacional tienen un procedimiento administrativo simplificado y muchas veces permiten abaratar costos para el Estado (Olson, Sánchez, Reynoso y Quesada, 2010:10).

En el Perú, el planeamiento de la compra de condones masculinos se basa en el estimado de necesidades de las mujeres en edad fértil, como parte integral del paquete de métodos anticonceptivos. Las necesidades se estiman en base a las encuestas ENDES (n° de mujeres en edad fértil y preferencia anticonceptiva) y los reportes de atención (necesidad histórica de cada método). Siguiendo este método, el MINSA estima que por año una persona usa 100 tiras de condones. El factor de ponderación con el que se calcula la cantidad de condones a adquirir se basa en la necesidad de que una mujer esté debidamente protegida durante un año, tomando en consideración que una mujer sólo necesita preservativos 8 días por mes, durante su periodo fértil. (Chavez, Ferrando 2009: 33-34)

Sin embargo este método de estimación resulta inexacto a la hora de calcular las necesidades reales de la población. Esto se debe a que el método implica que las mujeres solo usan preservativo durante el periodo fértil y que, por consiguiente, ellas conocen a qué días corresponde ese periodo. Además excluye de cálculo a la población TLGB o las necesidades especiales de las trabajadoras sexuales y en general de hombres y mujeres que no tienen parejas estables y que desean prevenir ITS y VIH/SIDA. (Chavez, Ferrando 2009: 34)

Estos problemas de cálculo, sumado a problemas en la cadena y procesos de adquisición, causan retrasos en las compras. Por tal motivo, no es de extrañarse que en Agosto del 2011 la Red TLGB en Perú denunciara un desabastecimiento de condones masculinos y femeninos en los programas del MINSA. La Red denunció que en 2010 el Ministerio había dejado de comprar 65 Millones de condones (MHOL, 2010:1). Asimismo, la Asociación Médica peruana emitió una nota de prensa en la cual expresaba su preocupación por dicha situación de desabastecimiento en centros médicos y hospitales del MINSA. (Asociación Médica Peruana, 2010:1)

Otro caso de desabastecimiento grave de condones viene dándose en el último tiempo en Venezuela, dónde los medios recogieron la denuncia de la Organización Stop VIH Venezuela, que señaló en setiembre del 2010 un desabastecimiento de preservativos masculinos y femeninos en los hospitales y centros médicos del país (Stop VIH, 2010:1). La denuncia señala que desde el 2008 el MPPS (Ministerio de Salud Venezolano) no hace compras de preservativos, y que el último lote adquirido en 2010 no pasó los controles sanitarios del Instituto de Higiene Nacional. (Stop VIH, 2010:1)

Otro ejemplo del desabastecimiento de condones se dio en Chile durante el año 2010. Según denunció la organización Prosalud Chile, durante los últimos meses del año 2010 se produjo una seria afectación del stock de condones en varias regiones de ese país. Esta denuncia fue recogida por algunos medios de comunicación chilenos quienes difundieron la noticia. (Prosalud 2010:1; Diario La Tercera 2010:1)

## B) ACTORES DEL PROCESO

Los grupos antiderechos se alinean sobre la posición pública de sectores religiosos de considerar como único método de planificación familiar la abstinencia y los métodos naturales, ya que consideran que las relaciones sexuales sólo deben darse en el marco del matrimonio, y la fidelidad debe guiar el accionar de las personas. El fundador de Vida Humana Internacional, el Padre Paul Marx, afirma lo siguiente con respecto a los preservativos en declaraciones que están publicadas en el portal web de su organización:

“Los anticonceptivos no son el remedio para la plaga del aborto; son parte del problema y no la solución. Los anticonceptivos y el aborto se alimentan el uno al otro. Ningún país utiliza “limpiamente” los anticonceptivos sin recurrir al aborto o sin sufrir los abusos sexuales que les acompañan”

Padre Paul Marx

Fuente: Vida Humana Internacional 2011

Los grupos antiderechos también construyen una campaña de desinformación y miedo alrededor del preservativo citando los numerosos problemas y fallas que presentaría el condón como método contraceptivo y como método de prevención de infecciones de transmisión sexual. De hecho los grupos antiderechos desarrollan la idea que el condón, al liberalizar la cultura sexual y permitir lo que ellos consideran como “libertinaje”, ha contribuido en el aumento y propagación de ITS. Estos son algunos de los datos difundido en la página web de Vida Humana Internacional:

**CUADRO 4: TASA DE FALLAS DEL CONDÓN SEGÚN USUARIOS: ESTADÍSTICAS ANTIDERECHOS**

INDICADOR	VALOR	FUENTE
TASA DE FALLA DEL PRESERVATIVO EN EVITAR EMBARAZO	Entre 9.8 y 18.5%	<i>Harlap et al. "Preventing Pregnancy, Protecting Health" Alan Guttmacher Institute, 1991, p.35</i>
TASA DE FALLA DEL PRESERVATIVO EN HOMOSEXUALES	26%:11% se rompe, 15% se resbala	<i>Wegersna&amp;Oud ."Safety and Acceptability of Condoms for Use by Homosexual Man as a Prophylactic Against Transmission of HIV During Anogenital Sexual Intercourse". British Medical Journal. 11 de julio, 1987, p.94</i>
TASA DE FALLA DEL PRESERVATIVO EN USUARIOS CONSISTENTES	10% ya que 1/10 esposas de afectados HIV que reportan el uso consistente del condón quedaron infectadas	<i>Fischl. "Evaluation of Heterosexual Partners, Children and Household Contacts of Adults with AIDS" Journal of the American Medical Association 257: 640-644, 1987</i>

Fuente: Vida Humana Internacional 2011

Los sectores religiosos se han opuesto sistemáticamente a las iniciativas por parte de los gobiernos de repartos masivos de preservativos, especialmente aquellas destinadas a los jóvenes. Fue el





caso del Cardenal Juan Luis Cipriani en el Perú, que declaró en septiembre de 2003 respecto de una de las campañas de reparto masivo de preservativos:

“Esto es sepultar el derecho a la vida en su parte más fundamental, para permitir que cualquier experiencia sexual, con tal de que no tenga hijos, con tal de que no contraiga una enfermedad, no importe”.

Juan Luis Cipriani - Septiembre 2003

Fuente: Aciprensa 2003

Los grupos antiderechos han generado un discurso que busca generalizar la opinión de que los adolescentes corren el peligro de liberalizar su conducta sexual por el uso de condón. Sostienen que esta sería una de las principales razones para el embarazo no deseado y la transmisión de infecciones. Por ello se trataría de una población particularmente vulnerable a los efectos “dañinos” del uso del condón y debería restringirse su acceso. Este tipo de argumentos han permitido aprobar normas que afectan el derecho a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, como en el caso de Perú, cuyo Congreso aprobó la Ley N°28704, de abril del 2006, que modifica el Código Penal criminalizando todo tipo de relaciones sexuales con menores de 18 años, sin importar si hubo o no consentimiento. La consecuencia directa de esta norma ha sido el aumento de barreras para el acceso de los adolescentes a los métodos de planificación familiar distribuidos por el Estado y la condición de ilegalidad fáctica de los servicios diferenciados de planificación familiar para adolescentes (Arriagada 2011:12). Hoy en día, si una menor de 18 años embarazada acude a los servicios de salud sexual y reproductiva, el funcionario estatal está en la obligación de denunciar por ser una virtual víctima de violación sexual<sup>1</sup>. Se trata de un círculo vicioso que puede tener graves consecuencias sobre la salud y la vida de las adolescentes peruanas.

A diferencia de los casos anteriores, el recurso legal no ha sido utilizado para influenciar en el abastecimiento de los preservativos. Esto ha pasado por métodos más sutiles e influencias internas, que se han llevado más por la vía de las demoras administrativas. En este sentido, tal como ya fue señalado para el caso del AOE, durante el periodo 2001 y 2003, las gestiones del Ministerio de Salud de Perú, obstaculizaron el avance en materia de DSR, por lo cual no se hizo nada para mejorar el acceso a los insumos de PF ni para mejorar los mecanismos de compra ni estimación de dichos insumos (Cedano, 2003:1-2)

## C) MARCO NORMATIVO

En el Perú, como en varios de los países de la región, la distribución de preservativos masculinos está contemplada por las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva así como en las estrategias de prevención de contagio de ITS y VIH.

<sup>1</sup> Como lo señala Ramírez (PROMSEX) en la exposición de motivos para la modificatoria de la Ley n° 28704: la Resolución N° 257-2007-DSDJL-MP-FN, de fecha 24 de enero de 2007, aprueba la Directiva N° 001-2007-DSDJL-MP-FN, donde se destaca la obligación de las/los responsables de los establecimientos de salud privados y públicos de comunicar a las Fiscalías la atención o el ingreso a nosocomio de niñas y adolescentes menores de dieciocho años en estado de gestación; señalando que estas comunicaciones deben hacerse por escrito en el plazo máximo de 72 horas y que no sólo involucran a los/las Fiscales de Familia y/o Mixtos, sino a los/las Fiscales de Prevención del Delito.



**CUADRO 5: REGULACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE CONDONES MASCULINOS, CASOS DE PERÚ, CHILE Y VENEZUELA**

PAÍS	NORMA O DIRECTIVA	CONTENIDO
PERÚ	Directiva Sanitaria n° 242/20097MINSa	Aprueba distribución gratuita de condones para usuarios en Servicios de Salud
CHILE	Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010	Señala la necesidad de aumentar el uso de preservativo en la población general y adolescentes entre 15 y 19 años para evitar embarazos no deseados.
VENEZUELA	Norma Oficial para la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva	Establece los parámetros de uso del condón femenino y masculino, recalcando sobre la necesidad de disponibilidad del condón en los centros de salud

Fuente. Ministerio de Salud, Perú 2009; Ministerio de Salud, Chile 2010; Ministerio de Salud Venezuela 2003.

Este marco legal debería permitir a la población exigir su derecho de acceso a la planificación familiar y a insumos para este fin. Sin embargo, como ya lo vimos en el caso de Perú, este derecho está limitado legalmente para la población menor de 18 años.

Para obstaculizar de manera indirecta el abastecimiento de estos insumos, los grupos antiderechos, aprovechando sectores conservadores dentro del Estado y del sistema de salud, han presionado para mantener el engorroso status quo normativo y no facilitar las adquisiciones de los insumos de planificación familiar (entre los que se encuentra el condón), esto se afirma en la falsa creencia impulsada por los grupos antiderechos de que la población en general se encuentra en desacuerdo con la educación sexual y el acceso de condones y otros insumos de PF para los adolescentes, elementos que son ampliamente cuestionables si atendemos a los resultados de los estudios de opinión que se vienen realizando los últimos años, donde la población manifiesta la necesidad de acceso a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y a programas de prevención y educación sexual (Ipsos Apoyo, 2011: 27).

**CUADRO 6: LEGISLACIÓN SOBRE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS EN EL PERÚ**

PERÚ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSSR) creada por resolución ministerial en 2004</li> <li>• Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA (ESN PC ITS/VIH/SIDA) creada por resolución ministerial N°771-2004/MINSa en 2004</li> <li>• Ley de contrataciones y Adquisiciones del Estado y su Reglamento y procedimientos especiales del MINSa en la cual se clasifica a los preservativos como “insumo estratégico” para el Ministerio.</li> <li>• Ley N°28704, abril del 2006, modifica el Código penal y criminaliza todo tipo de relaciones sexuales con menores de 18 años, sin importar si hubo o no consentimiento.</li> </ul>



## D) CONSECUENCIAS DE LA ESTRATEGIA

En el Perú el 45% de las mujeres no conocen como prevenir el VIH/SIDA (ENDES 2010: 3). Del 55% que conoce al menos una forma de prevención, el 73,4% identifica el uso del condón como método efectivo de prevención. El condón es, según las estadísticas, el método de contracepción más conocido por las mujeres (98%). Por otro lado, el 8,8% de las mujeres actualmente unidas usan el preservativo como método de planificación familiar, de ellas el 27,3% lo obtiene en el sistema de salud pública (ENDES 2010:26). Estas mujeres son particularmente vulnerables al desabastecimiento de preservativos en el Perú. Sin embargo, los efectos del desabastecimiento de preservativos e insumos de PF se reflejan de manera más evidente en los siguientes grupos:

- ☒ Adolescentes, particularmente aquellos de bajos recursos
- ☒ Comunidad TLGB
- ☒ Trabajadoras sexuales

Los derechos de estos tres grupos son particularmente vulnerados, ya que poner barreras al acceso a los preservativos los expone de manera directa a los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas (embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual)

En el caso de los adolescentes, en el Perú la maternidad adolescente ha ido en aumento. Entre el censo del 2003 al del 2007 se registró un aumento del 16.8% en las madres adolescentes en el país (INEI 2007:7), la mayoría de estos embarazos no eran deseados. Privar a este grupo del acceso a los preservativos significa incrementar el riesgo de esta población a contraer infecciones de transmisión sexual o a tener un embarazo no deseado. Además, el riesgo de complicaciones para las adolescentes (que incluyen la posibilidad de morir durante el embarazo o el parto) es siete veces más alta que el de las mujeres de entre 20 y 24 años. (Jara 2008: 2) por lo cual, el hecho de privarlas de métodos de prevención del embarazo incide directamente en la tasa de mortalidad materna.

Actualmente, el Ministerio de Salud peruano continúa organizando campañas de distribución gratuita de preservativos, si bien estas no son tan frecuentes y no pueden ser dirigidas al público adolescente debido a la legislación existente. Otros países de la región que registran problemas de desabastecimiento de este insumo demandan solucionar la efectividad de sus mecanismos de compra (USAID, 2010:1; Olson, Sánchez, Reynoso y Quesada 2010:38-40). En Perú, una de las opciones evaluadas es la introducción del condón femenino, el cual sólo ha llegado al país vía donaciones internacionales, y por lo tanto no cuenta con difusión acerca de su efectividad y modos de uso (Chavez, Ferrando 2009:51-52)

Sectores religiosos (las iglesias católica y evangélica) y los grupos conservadores continúan ejerciendo presión para rechazar la distribución y/o comercialización del condón femenino, denunciando un complot de los productores por introducir este producto en América Latina. En esta línea, en diciembre del 2010, el director para América Latina del Population Research Institute, Carlos Polo, señaló:

“la incorporación de 20 mil condones femeninos donados por las Naciones Unidas a los programas de planificación familiar en el Perú forma parte de un “gran negocio” que mueve 33 mil millones de dólares en todo el mundo, los 20 mil condones femeninos constituyen una muestra gratis y una vez incorporados a la oferta oficial de métodos de planificación familiar el Estado peruano los tendrá que pagar con el dinero de todos.”

Fuente: Aciprensa 2011

Como vemos, dentro de la lógica antiderecho, los productores de condones en el mundo se asemejan en su actuar a los traficantes de drogas, entregando muestras gratis para asegurar el posterior consumo y adicción de las personas y los Estados al insumo de planificación familiar. Así, los conservadores estructuran estrategias de acción en un mundo donde la sexualidad es una droga y los insumos de planificación familiar la puerta de acceso al mundo del pecado.





# IV. EL CASO DE LOS ANTIRRETROVIRALES

Los antirretrovirales son un caso aparte en este estudio, ya que no existen acciones públicas que busquen generar directamente su desabastecimiento. Sin embargo, algunos elementos en los discurso de los grupos conservadores pueden indicar que estos podrían estar detrás del entrapamiento en los proceso de adquisición de estos medicamento o que, simplemente, el discurso conservador y homofóbico que manejan influye indirectamente en la toma de decisiones gubernamentales, obstaculizando el debido abastecimiento de estos productos.

## A) AFECTACIÓN AL ACCESO Y LA DISTRIBUCIÓN

El Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) beneficia a más de 15 mil personas en Perú. En este país se han registrado 161 casos de Sida y más de 42 mil de VIH/SIDA. Frente a las constantes denuncias de pacientes, en octubre del 2010 se constituyó en el país el Grupo Impulsor de Vigilancia de Abastecimiento de antirretrovirales (GIVAR), que reúne a diferentes organizaciones de la sociedad civil preocupadas por el tema del desabastecimiento de antirretrovirales. Este grupo es en el Perú la fuente más fiable de estadísticas de desabastecimiento.<sup>2</sup>

Según los datos del GIVAR hay una larga lista de medicamentos que han sufrido algún desabastecimiento en el Perú. Los medicamentos con problemas son:

- Lamivudina
- Lamiduvina Niños
- Didanosina
- Estoduvina
- Abacavir
- Lenofir
- Retonavir
- Nelfinavir Niños
- Kaletra Niños

<sup>2</sup> La información señalada en esta sección se basa en parte en los datos proporcionados por un activista de GIVAR, el día 12 de octubre de 2011



- Saquinavir
- Efavirenz
- Duranavir
- Tenofovir
- Enfuvirtide

El GIVAR recoge entre Octubre del 2010 y Agosto del 2011, 89 denuncias de falta de medicamentos antirretrovirales tanto en los hospitales del MINSa como de Essalud y de las Fuerzas Policiales. A nivel nacional parece que el mayor problema de abastecimiento se concentrará en la ciudad de Lima, debido también a que es la ciudad dónde se concentra el mayor número de población infectada. ([Datos proporcionados por Givar entrevista del 12 de Octubre del 2011](#))

Para el caso de Venezuela, el informe presentado ante la UNGASS (Marzo 2011) señala que existen más de 32,000 personas viven con VIH/SIDA en Venezuela. A principios del 2011 representantes de Acción Solidaria, PROVEA y ACCSI se reunieron con la Defensoría del Pueblo y Ministerio de Salud para tratar y evitar posible cierre del Centro de Inmunología Clínica IVSS en Caracas; también denunciaron un desabastecimiento de 7 tipos de antirretrovirales (casi los mismo medicamentos que en el caso peruano), así como de fármacos para infecciones oportunistas y suplementos nutricionales que data de noviembre de 2009. Estas organizaciones estiman que en esos meses el 50% de las personas que estaban bajo estos tratamientos no recibieron en su totalidad sus medicinas. ([Stop VIH 2011:1](#))

En base a estas cifras se puede estimar que en cada uno de estos países entre 15mil y 20 mil personas se ven afectadas de alguna manera por el desabastecimiento en TARGA.

## B) ACTORES DEL PROCESO

Los grupos antiderechos, a través de su discurso, relacionan homosexualidad y VIH/SIDA con una carga de estigma. La construcción de su discurso se orienta a culpar directamente a las personas homosexuales por la diseminación de la epidemia. Uno de los artículos de la agencia de noticias antiderechos AciPrensa subraya esta asociación:

“Los hechos están ahí, las costumbres homosexuales, con la prácticas de una sexualidad desviada, fueron los pioneros en llevar el sida a todo el mundo. Fue en San Francisco, la capital del mundo gay donde eclosionó el sida, el primer caso de sida en España fue un homosexual, la posibilidad de transmisión del sida por actos homosexuales es grandísima”.

“Una de cada cuatro infecciones de VIH/SIDA en los gays de EE.UU. sería premeditada; así lo afirmó en Enero del 2002 la revista norteamericana «Rolling

Stone». El informe fue publicado pese a las presiones de ciertos sectores de la comunidad gay. La publicación destaca que al menos una cuarta parte de las nuevas infecciones con el VIH/SIDA en homosexuales norteamericanos sería premeditada, fruto de una injustificada pérdida de miedo al sida”.

Fuente: Aciprensa

Por este motivo tanto los grupos conservadores como la Iglesia Católica promueven la abstinencia sexual como principal método para la prevención del contagio de ITS. La misma agencia de noticias de la iglesia católica, Aciprensa lo señala en otro de sus artículos:

### **“¿Qué propuestas existen para reducir la transmisión del VIH/SIDA asociada a la homosexualidad?**

En primer lugar, abstenerse de este comportamiento sexual, que es, obviamente, el modo absolutamente eficaz para prevenir esta vía de contagio. Esta es la verdadera prevención. Una terapia adecuada puede ayudar a equilibrar la vivencia de la sexualidad ».

Fuente: Aciprensa

Como vemos hay en el discurso una homologación de la homosexualidad con el VIH/SIDA. Sin embargo, ni la Iglesia ni los antiderechos se oponen abiertamente al reparto de medicamentos antirretrovirales a las personas viviendo con VIH/SIDA. Por el contrario, la Iglesia Católica hace abiertamente una campaña a favor de la reducción de los precios de estos medicamentos para los países del tercer mundo. En ese sentido y reproduciendo declaraciones de la jerarquía eclesíastica:

“Tras recordar que hasta la fecha 36.1 millones de personas han quedado contagiadas por el VIH/SIDA, Mons. Lozano señaló que hasta la fecha han fallecido a causa de la pandemia 21.8 millones de personas, de las cuales, 15 millones son africanos; mientras que son 13.2 millones los huérfanos.

Ante este trágico panorama, recordó que «el Papa en diferentes ocasiones, ha afirmado que el enfermo de Sida debe ser objeto de toda asistencia y de todo respeto», más aún, «debe ser tratado como Cristo mismo».

Fuente: Aciprensa

Por estos motivos toda acción que busque incidir en el abastecimiento de estos fármacos resulta bastante pasiva y se escuda detrás de la lentitud de procedimientos administrativos y formalidades de procesos de compra (debemos recordar también que las acciones públicas de estos grupos promueven una visión estereotipada que favorece el prejuicio de las personas TLGB, lo que afecta el acceso de estos a la salud en general). (PROMSEX y Red peruana TLGB, 2008:64-65).



En efecto, sería muy difícil sostener una conducta evidente en contra del suministro de medicamentos, ya que oponerse de manera frontal a la distribución del TARGA atentaría contra el derecho a la vida de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS).

## C) MARCO NORMATIVO

Debido al carácter particular del caso, la oposición o indiferencia al desabastecimiento de TARGA se traduce en marcos normativos poco protectores del derecho al acceso a estos medicamentos. Incluso en países como Venezuela o Ecuador que cuentan con una orden del poder judicial que obliga el Estado a facilitar la entrega de los antirretrovirales.

La falta de pronunciamiento legal sobre el tema vuelve más vulnerables a las poblaciones afectadas. Se habla de una posible judicialización del caso ante la Corte interamericana de Derechos Humanos, pero al no haber agotado los recursos internos de cada país, aún ninguna demanda ha sido presentada al respecto. [\(Datos proporcionados por Givar en entrevista del 12 de Octubre de 2011\)](#)

**CUADRO 7: NORMATIVA SOBRE DESABASTECIMIENTO DE ANTIRRETROVIRALES EN PERÚ Y VENEZUELA**

PERÚ	VENEZUELA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe Defensorial de Supervisión a los Servicios de Salud en Prevención, Atención y Tratamiento de pacientes con VIH-SIDA</li> <li>Informes de GIVAR sobre desabastecimiento y trámites administrativos realizados por el Grupo para intentar solucionar la situación</li> <li>Incipiente procesos de judicialización del derecho al acceso al TARGA. Los procesos están en fase incipiente y aún no existe ninguna sentencia al respecto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acción de Amparo de Acción Ciudadana contra el Sida que llevó a la sentencia de la sala político administrativa del Tribunal Supremo de Justicia (15/07/1999) en la cual se ordena dar acceso a antirretrovirales y planificar su compra por el Estado.</li> <li>Año 2009: Comunicaciones de ONG al Ministro de Salud sobre el tema del desabastecimiento</li> <li>El Programa Nacional de Sida (PNS) informa que para finales del 2009 registraron 89.875 personas que viven con VIH/SIDA y 32.032 personas con VIH/Sida recibieron tratamiento antirretroviral; reconoce desconocer el número de personas con VIH/Sida que requieren tratamiento antirretroviral</li> <li>El PNS del Min.Salud informa a las Coordinaciones Regionales de VIH/SIDA y al personal médico del país que “no se harán aprobaciones de Tenofovir, Etravirina y ABC/3TC coformulado para pacientes VIH/SIDA de inicio, hasta tener en inventario dichos ARVs. Esta situación se mantendrá hasta tener inventario disponible...”</li> <li>“La Guía para el Manejo del Tratamiento Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA en Venezuela”.</li> </ul>



## D) CONSECUENCIAS DE LA ESTRATEGIA

Las consecuencias del desabastecimiento en las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) son graves. A parte de poner en riesgo su vida, la rutina de acudir todos los días a los centros hospitalarios a comprobar si ya llegaron sus medicinas, afecta su ritmo de vida, puede incluso causar que pierdan su empleo y, en general, afecta seriamente otra áreas de su vida, violando de forma permanente el derecho a una salud digna. Como ya se ha estimado, en cada uno de estos países entre 15 mil y 20 mil personas se verían afectadas de alguna manera por el desabastecimiento en TARGA. (GIVAR y STOP VIH 2011b:1)

Si bien la comunidad TLGB se ve afectada por el desabastecimiento, ellos no son los únicos que sufren las consecuencias. Otros PVVS, como algunos niños que fueron infectados por transmisión vertical, también ven seriamente afectada su salud. Particularmente porque los medicamentos de tratamiento de VIH/SIDA para niños son bastantes costosos y los hospitales ante los pocos casos existentes no realizan las compras para satisfacer a la demanda. (Datos proporcionados por Givar entrevista del 12 de Octubre del 2011)

Actualmente, las autoridades en estos dos países dicen estar tomando medidas para rectificar la situación de desabastecimiento. Las organizaciones de la sociedad civil cumplen en este marco un rol de vigilancia activa, tratando de analizar los diferentes puntos de entrampamiento en la cadena de abastecimiento de antirretrovirales. También toman medidas administrativas, judiciales y acciones públicas para defender los derechos de los pacientes infectados con VIH/SIDA. (Datos proporcionados por Givar entrevista del 12 de Octubre del 2011)



# CONCLUSIONES GENERALES

1. Los principales productos y existencias afectadas son aquellas distribuidas gratuitamente por los Estados en América Latina. Tanto en el caso de la AOE como de los preservativos o incluso de los antirretrovirales, no es la oferta global de los productos la que se ve afectada, ya que el sector comercial no sufre el desabastecimiento. Sólo en el caso del Misoprostol, los grupos antiderechos se han preocupado por generar incidencia que limite su disponibilidad incluso en el sistema comercial de farmacias.
2. Los grupos antiderechos que intervienen en estos procesos de desabastecimiento comparten características similares en toda América Latina. Son grupos conservadores, que reclaman por la defensa del derecho a la vida del no nacido y cuestionan la validez del concepto de derechos de salud sexual y reproductiva. Sus estrategias son coordinadas con organizaciones a nivel internacional. Esto les permite obtener una mayor visibilidad y armonizar sus discursos de oposición. Sus estrategias incluyen recursos legales, presiones sobre tomadores de decisiones dentro del poder ejecutivo y legislativo así como producción y difusión de información de carácter científico que apoya sus argumentos contra los diversos insumos y medicamentos de salud sexual y reproductiva. El acceso a los medios de comunicación les da una tribuna para difundir sus puntos de vista y construir discursos que favorecen la creación de mitos en torno a los insumos de la planificación familiar.
3. Los enfrentamientos más simbólicos entre grupos antiderechos y la sociedad civil pro derechos sexuales y reproductivos se han llevado a cabo en el terreno legal. La concretización de jurisprudencia o normativas que refuerzan las prohibiciones o restricciones que estos grupos quieren establecer, fortalece su influencia sobre el debate nacional y la formulación de políticas públicas en estos temas. Sin embargo, el aspecto normativo ha sido muy oscilante, e incluso instancias supremas de Justicia, como los Tribunales Constitucionales, han tenido cambios de jurisprudencia en los últimos años. Los constantes avances y retrocesos en el ámbito judicial afectan la capacidad del Estado de construir políticas públicas que permitan el desarrollo y acorten las enormes brechas sociales que los países latinoamericanos comparten, generando además barreras en los propios proveedores de salud o autoridades locales que no cuentan con un marco legal que les otorgue seguridad a la hora de implementar las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

4. Esto lleva a graves consecuencias en la salud pública y en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas en los países latinoamericanos. Uno de los principales efectos del desabastecimiento de insumos de planificación familiar es el que tiene sobre las tasas de natalidad no deseada. A menor disponibilidad de insumos para planificación, mayor el número de nacimientos no deseados, abortos o muertes maternas por complicaciones del parto. Los afectados son siempre las mujeres rurales, mujeres pobres, adolescentes. Por otro lado, la comunidad TLGB, trabajadoras sexuales y PVVS en general, sufren las consecuencias de desabastecimiento de condones y antirretrovirales. Los problemas de stock y disponibilidad de todos estos productos no hace más que reforzar la vulnerabilidad de estos grupos respecto de sus derechos sexuales y reproductivos, y a sus derechos humanos en general.
5. A la luz de esta sistematización de información disponible (que no es abundante dada las estrategias secretas que se desarrollan), se evidencia que la falta de existencias de ciertos insumos de la salud sexual y reproductiva obedece a una lógica generalizada en la región. Urge develar las acciones de incidencia política y pública de los grupos antiderechos, además de identificar sus estrategias de acción en los diversos poderes de los Estados.



# BIBLIOGRAFIA

## ARRIAGADA, SOLEDAD

2011 Adolescencia y acceso a la salud reproductiva y sexual ¿qué puede cambiar?, Lima: PROMSEX. Disponible en: <http://fpape02.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PROMSEX-Adolescencia-Acceso-Salud-Reproductiva.pdf> [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

## ARROYO, JUAN

2007 ForoSalud: Memoria de una experiencia de construcción de sociedad civil 2000-2004, FORO SALUD, disponible en: <http://www.care.org.pe/pdfs/cinfo/libro/MemoriaForoSaludfinal.pdf> [consultado por última vez el 20 de octubre de 2011]

## BRIOZZO, LEONEL

2003 “Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis - estrategias para su reducción” en Revista *Médica Uruguaya*, vol.19, n.3, Montevideo, disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-32952003000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952003000300002&lng=es&nrm=iso) [consultado por última vez el 07 de octubre de 2011]

## CEDANO, MARÍA YSABEL

2003 Ministerio de Salud y ola conservadora: Desafíos. Lima, DEMUS. Disponible en <http://idl.org.pe/idlrev/revistas/156/156mariacedano.pdf> [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

## CHÁVEZ, SUSANA ET AL.

2007 Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida. Lima, PROMSEX. Disponible en su biblioteca virtual: [www.promsex.org](http://www.promsex.org) (Consultado el 13 de octubre del 2011)

## CHÁVEZ, SUSANA Y BRITT COE, ANNA

2006 Las migajas bajo el mantel: la política fundamentalista de USAID y el caso de la anticoncepción oral de emergencia en el Perú. Lima, PROMSEX. Disponible en : <http://issuu.com/promsex/docs/aoepromsexusaaid/1> [consultado por última vez el 13 de octubre de 2011]

## CHÁVEZ, SUSANA Y FERRANDO, DELICIA

2009 Perú: Análisis situacional y diagnóstico de Necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos. Opinan los tomadores de decisión, proveedores de servicios de salud y usuarios/as Lima, UNFPA – Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-UNFPA-Analisis-Situacional.pdf> [consultado por última vez el 18 de octubre de 2011]

## CHÁVEZ, SUSANA Y TÁVARA, LUIS

2010 “El derecho a la planificación familiar: una agenda inconclusa en el Perú” Lima, Promsex. Disponible en: <http://www.promsex.org/publicaciones/1967-el-derecho-a-la-planificacion-familiar-una-agenda-inconclusa-en-el-peru> [consultado por última vez el 06 de octubre de 2011]

## CLACAI

2011 Relatoría del taller representantes de Líneas Telefónicas de información para el aborto seguro. Realizado entre el 20 y 21 de julio en Lima, Perú. Archivo de Word.

2011 Relatoría reunión: “Estrategias y procesos en marcha en la mejora del acceso a medicamentos para la disminución del aborto inseguro”, D.F. México. 17 de octubre. Archivo de Word.

## FERRANDO, DELICIA

2006 El aborto clandestino en el Perú, Lima, Flora Tristan. Disponible en: <http://abortolegalysseguro.com/blog/aborto-en-peru/el-aborto-clandestino-en-el-peru-revision-delicia-ferrando/> [consultado por última vez el 04 de octubre de 2011]

## GIVAR

2011 Estadísticas 2010 – 2011, archivo de Word, Lima, disponibles previa consulta con la organización



#### **GROSSMAN, DANIEL**

2009 Evidencia sobre el uso de Misoprostol para inducir el aborto”, ponencia durante la Conferencia Latinoamericana: Prevención y Atención del Aborto Inseguro, Lima Junio 2009, organizada por CLACAI. Disponible en: [http://www.clacai.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=210&catid=6&Itemid=2](http://www.clacai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=210&catid=6&Itemid=2) [consultado por última vez el 12 de octubre de 2011]

#### **GUERRERO VÁSQUEZ, ROSSINA**

2008 Ciudadanía en Acción, La Anticoncepción oral de Emergencia: a dos años de su implementación en la oferta de planificación familiar en el Perú, Lima, PROMSEX. Disponible en: <http://www.promsex.org/documentacion/documentos/anticoncepcion-de-emergencia/94-ciudadania-en-accion-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-a-dos-anos-de-su-implementacion-en-la-oferta-de-planificacion-familiar-en-el-peru> [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

#### **HUMAN RIGHTS WATCH**

2005 Decisión Prohibida: Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina, Vol 17, N°1(B). Disponible en: [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estudios/Decision\\_prohibida\\_HRWatch.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estudios/Decision_prohibida_HRWatch.pdf) [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

#### **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**

2011 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2010). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2011. Disponible en <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **LLAJA VILLENA, JEANETTE**

2010 Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Perú. Informe para el cumplimiento de la CEDAW, Lima, AECID. Disponible en: [www.demus.org.pe/publicacion/2dd\\_doc\\_diagnostico\\_ddssrr.pdf](http://www.demus.org.pe/publicacion/2dd_doc_diagnostico_ddssrr.pdf) [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

#### **MARTÍN, ANTONIETA**

2004 “La Anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe”, Revista Panamericana de Salud Pública, vol.16 no.6 Washington, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004001200012&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004001200012&script=sci_arttext) [consultado por última vez el 02 de octubre de 2011]

#### **MEDERIOS KENT, MARY**

2010 ¿Qué costaría satisfacer la necesidad de planificación familiar en los países en desarrollo? Population Reference Bureau, disponible en: [http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2010/addingupfcosts\\_sp.aspx](http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2010/addingupfcosts_sp.aspx) [consultado por última vez el 04 de octubre de 2011]

#### **MELZI, FIORELLA**

2005 “La Corte Suprema de Argentina: decidiendo en contra de la igualdad de las mujeres”, disponible en: <http://www.clae.info/downloads/sentencias/Argentina/CasoArgentino.pdf> [consultado por última vez el 21 de octubre de 2011]

#### **MUJICA, JARIS**

2007 Economía Política del Cuerpo: la reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder, Lima, PROMSEX. Disponible en: <http://www.promsex.org/publicaciones/813-economia-politica-del-cuerpo-la-reestructuracion-de-los-grupos-conservadores-y-el-biopoder> [consultado por última vez el 16 de octubre de 2011]

#### **OLSON, NADIA; SANCHEZ, ANABELLA; REYNOSO, ANGEL Y QUESADA, NORA**

2010 La Adquisición de Anticonceptivos en América Latina y el Caribe: Un Análisis de Opciones actuales y futuras en ocho países. Arlington, USAID, Proyecto DELIVER. Disponible en: [http://www.usaid.gov/locations/latin\\_america\\_caribbean/pubs/healthpubs/contraceptive\\_security/La\\_Adquisicion\\_de\\_Anticonceptivos\\_en\\_LACpdf.pdf](http://www.usaid.gov/locations/latin_america_caribbean/pubs/healthpubs/contraceptive_security/La_Adquisicion_de_Anticonceptivos_en_LACpdf.pdf) [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

#### **PROMSEX**

2006 La extrema derecha, USAID y el acceso a la anticoncepción oral de emergencia en Perú: Historia y Situación Actual. Lima, PROMSEX. <http://www.promsex.org/documentacion/documentos/anticoncepcion-de-emergencia/113-la-extrema-derecha-usaid-y-el-acceso-a-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-en-peru-historia-y-situacion-actual> [consultado por última vez el 12 de octubre de 2011]

**PROMSEX, SPOG – UNFPA**

2006 Sustento Normativo de la Anticoncepción Oral en el Perú, Lima, PROMSEX. Disponible en: <http://www.promsex.org/documentacion/documentos/anticoncepcion-de-emergencia/90-sustento-normativo-de-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-aoe-en-el-peru> [consultado por última vez el 12 de octubre de 2011]

**PROMSEX Y RED PERUANA TLGB**

2008 Informe Anual sobre Derechos Humanos de Personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú, disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/958-RAL1343.pdf> [consultado por última vez el 15 de octubre de 2011]

**RCSMV**

2010 Alerta Epidemiológica n°150, “Venezuela: Las fallas de los medicamentos antirretrovirales que afectan a los pacientes con VIH-SIDA”, disponible en [http://www.rscmv.org.ve/pdf/ALERTA\\_150.pdf](http://www.rscmv.org.ve/pdf/ALERTA_150.pdf) [consultado por última vez el 12 de octubre de 2011]

**ROSAS, CRISTAO**

2009 “Aborto con Medicamentos en los servicios públicos de Brasil”, ponencia durante la Conferencia Latinoamericana: Prevención y Atención del Aborto Inseguro, Lima Junio 2009, organizada por CLACAI. Disponible en: [http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/35/Rosas\\_ICONFLPAAI.pdf?sequence=1](http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/35/Rosas_ICONFLPAAI.pdf?sequence=1) [consultado por última vez el 08 de octubre de 2011]

**TÁVARA OROZCO, LUIS (COORD.)**

2008 Disponibilidad y uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y el Caribe, CLACAI. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n4/pdf/A06V54N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/A06V54N4.pdf)

**VILLANUEVA, ROCÍO**

2008 La Anticoncepción Oral de emergencia. El debate Legal en América Latina, San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos – UNFPA.

**CLADEM HONDURAS**

2010 Informe a la Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas para la preparación del estudio temático sobre discriminación contra la mujer. Caso: Prohibición de la anticoncepción de emergencia en Honduras (Centro América), Tegucigalpa, CLADEM Honduras. Disponible en: [www.cladem.org](http://www.cladem.org) [consultado por última vez el 07 de octubre de 2011]

**Páginas Web****ACIPRENSA**

- 2003 Ministro de Salud retrocede en reparto de preservativos entre escolares peruanos, disponible en : <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=2053> [consultado por última vez el 02 de octubre de 2011]
- 2010 ¿Nadie es culpable en la expansión del SIDA?, disponible en : <http://www.aciprensa.com/sida/culpables.htm> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]
- 2010 Condón femenino es “gran negocio” para organismos internacionales, denuncia experto, disponible en : <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=32109> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]
- 2011 Rodrigo Aguilar Martínez “A mayor uso de condón hay más embarazo de adolescentes” disponible en: <http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=33631> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]
- 2011 ¿Por qué los preservativos no protegen contra el SIDA?, disponible en: <http://www.aciprensa.com/sida/preservativos.htm> [consultado por última vez el 16 de octubre de 2011]
- 2011 La Iglesia Católica y la Prevención del SIDA, disponible en : <http://www.aciprensa.com/sida/respuesta.htm> [consultado por última vez el 15 de octubre de 2011]
- 2011 Contagio del SIDA y homosexualidad, disponible en : <http://www.aciprensa.com/sida/homosexuales.htm> [consultado por última vez el 07 de octubre de 2011]

**ALAS – SIN COMPONENTA**

2011 Reflexiones Vivas, disponible en: <http://www.sincomponenda.org/index.php?mod=web&cont=sec&action=show&opc=15> [consultado por última vez el 20 de octubre de 2011]

**AL ESTE NOTICIAS**

2011 Stop VIH Venezuela: “Denuncian desabastecimiento de condones”. Disponible en: [http://www.stopvih.org/pdf/StopVIH\\_EIEsteNoticias\\_14SEPTIEMBRE2010.pdf](http://www.stopvih.org/pdf/StopVIH_EIEsteNoticias_14SEPTIEMBRE2010.pdf) [consultado por última vez el 15 de octubre de 2011]



#### **ALIANZA NACIONAL POR EL DERECHO A DECIDIR**

2006 “Los derechos reproductivos” Las hojas de andar, D.F. México. Disponible en: <http://www.andar.org.mx/derepr/img/dreproductivos.pdf> [consultado por última vez el 20 de octubre de 2011]

#### **ASOCIACION MEDICA PERUANA**

2010 Nota de Prensa: “Alarmante desabastecimiento de anticonceptivos en centros médicos y hospitales del Ministerio de Salud”, Asociación Médica Peruana, disponible en: <http://www.amp.pe/notaprensadesabastecimiento.htm> [consultado por última vez el 20 de octubre de 2011]

#### **CEPROFARENA**

<http://ceprofarena.blogspot.com/> [consultado por última vez el 18 de octubre de 2011]

#### **CLACAI**

<http://www.clacai.org/> [consultado por última vez el 04 de octubre de 2011]

#### **FLORA TRISTÁN**

<http://www.flora.org.pe/cairo10.htm> [consultado por última vez el 01 de octubre de 2011]

#### **ICEC**

2007 ICEC Worldwide Case Studies: Latin America Building Regional Alliances to Promote Emergency Contraception, disponible en : [http://www.cecinfo.org/worldwide/PDFs/ICEC\\_Worldwide\\_Case\\_Studies\\_Latin\\_America\\_feb07.pdf](http://www.cecinfo.org/worldwide/PDFs/ICEC_Worldwide_Case_Studies_Latin_America_feb07.pdf) [consultado por última vez el 20 de octubre del 2011]

#### **INICIATIVAS SANITARIAS URUGUAY**

<http://www.iniciativas.org.uy/> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **MEDLINE PLUS**

2011 Anticonceptivo de emergencia. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007014.htm> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **MHOL – PERÚ**

2010 PRONUNCIAMIENTO DE ORGANIZACIONES LTGB Y TS DEL PERÚ: estrategia de prevención del VIH y SIDA en peligro desabastecimiento de condones para las poblaciones más expuestas a la epidemia del VIH y SIDA. Disponible en: [http://www.mhol.org.pe/pronunciamiento\\_condones.htm](http://www.mhol.org.pe/pronunciamiento_condones.htm) [consultado por última vez el 18 de octubre de 2011]

#### **MINISTERIO DE SALUD PERÚ**

2010 Resolución Ministerial 167-2010/MINSA, disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2010/RM167-2010MINSA-EP.pdf> [consultado por última vez el 07 de octubre de 2011]

2009 Directiva 242-2009/MINSA, Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM242-2009.pdf> [consultado por última vez el 12 de octubre de 2011]

#### **MINISTERIO DE SALUD CHILE**

2005 Evaluación Objetivos Sanitarios para Chile 2000 – 2010. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EVOS\\_cap\\_II.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EVOS_cap_II.pdf) [consultado por última vez el 10 de octubre de 2011]

#### **MINISTERIO DE SALUD VENEZUELA**

2003 Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Disponible en: [http://venezuela.unfpa.org/documentos/ssr\\_norma\\_inicio.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/ssr_norma_inicio.pdf) [consultado por última vez el 09 de octubre de 2011]

#### **OBSERVATORIO MUJER Y SALUD EN URUGUAY**

<http://www.mysu.org.uy/observatorio/indicadores/ssr.php> [consultado por última vez el 02 de octubre del 2011]

#### **OMS**

2005 Lista Modelo de la OMS, disponible en: [http://www.who.int/medicines/publications/EML14\\_SP.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf) [consultado por última vez el 20 de octubre del 2011]

2005 Levonorgestrel for Emergency Contraception, disponible en: [http://www.farmage.com.pe/pdf/levonorgestrel\\_lamina.pdf](http://www.farmage.com.pe/pdf/levonorgestrel_lamina.pdf) [consultado por última vez el 10 de octubre del 2011]

2007 Facts on Induced Abortion Worldwide, disponible en: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications/Facts\\_on\\_Induced\\_Abortion\\_Worldwide.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications/Facts_on_Induced_Abortion_Worldwide.pdf) [consultado por última vez el 15 de octubre del 2011]



- 2011 Nota descriptiva “Planificación familiar”, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/index.html> [consultado por última vez el 20 de octubre del 2011]

#### **ONUSIDA**

- 2009 “Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA y OMS”. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/> [consultado por última vez el 19 de octubre de 2011]

#### **OPS**

- 2003 Respuesta al VIH/SIDA: Acceso a antirretrovirales, PANORAMA REGIONAL: Pacientes bajo tratamiento, disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/acceso-arv-05.pdf> [consultado por última vez el 15 de octubre de 2011]
- 2011 “El condón femenino”. Disponible en: [http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=2004062816171\\_2](http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=2004062816171_2) [consultado por última vez el 18 de octubre de 2011]

#### **ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS**

- 1995 Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm#cap7a> [consultado por última vez el 12 de octubre del 2011]
- 2010 “Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2010”, disponible en: [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf#page=34](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf#page=34) [consultado por última vez el 15 de octubre de 2011]
- 2011 Department of Social and Economic Affairs – Population Division, disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/2011abortion/2011wallchart.pdf> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **PARTIDO SOCIALISTA URUGUAY**

- <http://www.ps.org.uy> [consultado por última vez el 09 de octubre de 2011]

#### **PORTAL DE NOTICIAS 180**

- 2010 “Clínicas abortivas desplazadas por el misoprostol” disponible en: <http://www.180.com.uy/articulo/8899> [consultado por última vez el 08 de octubre de 2011]

#### **PROMSEX – PERÚ**

- 2006 “Exijamos que USAID reconsidere su posición sobre el AOE”, disponible en: <http://www.promsex.org/informacion/actualidad/191-exigamos-que-usaid-reconsidere-su-posicion-sobre-el-aoe> [consultado por última vez el 17 de octubre de 2011]

#### **PROVIVE – VENEZUELA**

- Disponible en: <http://www.provive.com.ve/equipo.htm> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **PRO SALUD CHILE**

- 2010 Ana María Morales: “Falta de preservativos afecta a consultorios en medio de campaña” Disponible en: <http://prosaludchile.blogspot.com/2010/12/actualidad-falta-de-preservativos.html> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

#### **SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

- 2010 “Ya está disponible la venta institucional de Misoprostol”, disponible en: <http://www.sochog.cl/noticias-sochog.php?id=183> [consultado por última vez el 23 de octubre de 2011]

#### **STOP VIH – VENEZUELA**

- 2010 Venezuela enfrenta desabastecimiento de antirretrovirales, disponible en: <http://www.derechos.org.ve/2010/05/04/stop-vih-venezuela-enfrenta-desabastecimiento-de-antirretrovirales-y-de-condones/> [consultado por última vez el 20 de octubre del 2011]
- 2011 desabastecimiento de antirretrovirales, disponible en: <http://www.stopvih.org/desabastecimiento-de-antirretrovirales-12-04-2011.php> [consultado por última vez el 18 de octubre del 2011]
- 2011 Compilación de Políticas Públicas, disponible en: [http://www.stopvih.org/compilacion\\_de\\_politicas\\_publicas\\_sobre\\_vih\\_y\\_sida\\_en\\_venezuela.php](http://www.stopvih.org/compilacion_de_politicas_publicas_sobre_vih_y_sida_en_venezuela.php) [consultado por última vez el 18 de octubre del 2011]
- 2010 Country Progress Report, disponible en: [http://www.stopvih.org/pdf/UNGASS\\_Venezuela\\_2010\\_Country\\_Progress\\_Report\\_es.pdf](http://www.stopvih.org/pdf/UNGASS_Venezuela_2010_Country_Progress_Report_es.pdf) [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]
- 2011 Ministerio Mente al descartar desabastecimiento, disponible en: <http://www.stopvih.org/eCartelera/2011/abr/min-salud-mente-al-descartar-desabastecimiento.php> [consultado por última vez el 16 de octubre del 2011]



### TRAVESIA POR LA VIDA

2011 Inglaterra: AOE incrementa enfermedades de transmisión sexual, disponible en : <http://travesiaporlavida.blogspot.com/2011/02/inglaterra-aoe-incrementa-enfermedades.html>

### TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ

2006 Sentencia 07435-2006, disponible en : <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07435-2006-AC.html> [consultado por última vez el 08 de octubre del 2011]

2009 Sentencia 02005-2009, disponible en <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.html> [consultado por última vez el 06 de octubre del 2011]

### UNESCO

1999 Declaración sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico, adoptada por la Conferencia mundial sobre la ciencia el 10 de julio 1999 - Texto final. Disponible en: [http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion\\_s.htm#desarrollo](http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion_s.htm#desarrollo) [consultado por última vez el 08 de octubre del 2011]

### USAID

2010 Mejorando los Mecanismos de Compra de Insumos Anticonceptivos, disponible en: [http://deliver.jsi.com/dlvr\\_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/MejoMecaComplnsumAntic.pdf](http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/logisticsbriefs/MejoMecaComplnsumAntic.pdf) [consultado por última vez el 02 de octubre de 2011]

### VIDA HUMANA INTERNACIONAL

2011 La naturaleza abortiva de las píldoras de “anticoncepción de emergencia”, disponible en: [http://www.vidahumana.org/temas-de-ayuda/temas-adicionales/anticoncepcion-de-emergencia/item/29-la-naturaleza-abortiva-de-las-píldoras-de-“anticoncepción-de-emergencia”](http://www.vidahumana.org/temas-de-ayuda/temas-adicionales/anticoncepcion-de-emergencia/item/29-la-naturaleza-abortiva-de-las-pildoras-de-anticoncepcion-de-emergencia) [consultado por última vez el 16 de octubre de 2011]

2011 Otros métodos de “anticoncepción de emergencia” y sus consecuencias, disponible en: <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/731-otros-m%C3%A9todos-de-%E2%80%9Canticoncepci%C3%B3n-de-emergencia%E2%80%9D-y-sus-consecuencias> [consultado por última vez el 20 de octubre de 2011]

2011 Cytotec: Un fármaco letal, disponible en: <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/269-cytotec-un-f%C3%A1rmaco-letal> [consultado por última vez el 08 de octubre de 2011]

2011 ¿Salud reproductiva o aborto?, disponible en : <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/1033-%C2%BFsalud-reproductiva-o-aborto?> [consultado por última vez el 06 de octubre de 2011]

2011 Tasas de falla del preservativo o condón, disponible en: <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/1056-tasas-de-falla-del-preservativo-o-cond%C3%B3n> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]

2011 Directorio : [www.vidahumana.org/vidafam/aborto/movprovida\\_visit.html#arg](http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto/movprovida_visit.html#arg) [consultado por última vez el 06 de octubre de 2011]

2011 Por qué debe oponerse a la anticoncepción el movimiento pro vida, disponible en: <http://www.vidahumana.org/component/k2/item/1026-%C2%BFpor-qu%C3%A9-debe-oponerse-a-la-anticoncepci%C3%B3n-el-movimiento-provida?> [Consultado por última vez el 06 de octubre de 2011]

### YAKAZ

2011 anuncio de venta Misoprostol, disponible en: <http://www.yakaz.cl/se-vende/misotrol-en-chile#lo=4&docid=016dd8kojj7nn2ho> [consultado por última vez el 05 de octubre de 2011]





**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos