



DE MONTEVIDEO  
10º ANIVERSARIO

# A 10 años del *Consenso de Montevideo:* vigencia, avances y retrocesos



# A 10 años del Consenso de Montevideo: vigencia, avances y retrocesos

Constanza Moreira

Andrea Delbono

Mariana Fernández Soto

Gabriela Pedetti

Coordinación: Lucy Garrido

Articulación Feminista Marcosur

Cotidiano Mujer

*Abril de 2023<sup>1</sup>*

---

1 La información de este informe que tiene como fuente a CEPAL, está actualizada al 31 de marzo de 2023.



# Índice

<b>[1]</b> Presentación	7
<b>[2]</b> Antecedentes	8
<b>[3]</b> La prevalencia de la violencia sexual y de género	11
<b>[4]</b> La prevalencia de VIH y SIDA en la región y su impacto en la salud de las mujeres y niñas, niños y adolescentes	14
<b>[5]</b> Una agenda en abierto: el abatimiento de la mortalidad materna	16
<b>[6]</b> El avance hacia una contracepción moderna, libre y responsable	18
<b>[7]</b> Las reacciones contra los derechos sexuales y reproductivos: una limitación a su ejercicio pleno	23



# [1] Presentación

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (de aquí en más: el *Consenso de Montevideo* o el *Consenso*), que resultó de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en Montevideo, en agosto de 2013,<sup>1</sup> tuvo como objetivo central propiciar la integración plena de las poblaciones de la región con una perspectiva de derechos y de desarrollo sostenible. El compromiso abarcó varios capítulos y propuso sendas medidas prioritarias para su consecución. Desde la atención a niños, niñas y adolescentes hasta la protección del envejecimiento, la igualdad de género, la protección de los derechos humanos de los migrantes, de los pueblos indígenas, de la población afrodescendiente, el *Consenso* tuvo una marcada amplitud en sus metas y objetivos.

En este documento *brief*, se presenta una puesta a punto de los alcances y logros en el capítulo D del Consenso, referido al acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En particular, en las próximas páginas, se hará foco en las medidas prioritarias: 33 (Garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos); 34 (Derecho a una sexualidad plena, sin discriminación ni violencia); 35 (Existencia de legislación y programas de servicios de salud sexual y reproductiva); 36 (Erradicación de la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación); 37 y 46 (Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva); 38 y 39 (Prevención y tratamiento integral de enfermedades de transmisión sexual); 40 (Abatimiento de la morbilidad y mortalidad materna); 42 (Legalización del aborto); 43 (Atención obstétrica universal y de calidad), 44 (Acceso a anticonceptivos) y; 45 (Atención prenatal del embarazo).

---

1 Ver: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo> [acceso: abril de 2023].

## [2] Antecedentes

Es de destacar el compromiso sostenido sobre estos temas y su ratificación en la celebración de sendos acuerdos. En 2019, CEPAL hizo una primera puesta a punto del *Consenso*, en la Reunión Extraordinaria de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población, que se presentó como Primer Informe Regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo.<sup>2, 3</sup> Allí, se destacan logros, rezagos y desafíos pendientes, al tiempo que se analizan las medidas relativas a la educación integral para la sexualidad, la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, y se señala que se han producido avances significativos. Sin embargo, se constata el sostenido fenómeno del embarazo adolescente en la región. El informe plantea que: «*en gran medida, esto obedece a persistentes barreras de acceso oportuno a la anticoncepción (incluida la de emergencia), a la insuficiente disponibilidad de los métodos anticonceptivos más eficaces (entre ellos, dispositivos intrauterinos e implantes) y a un uso ineficiente de la anticoncepción*» (CEPAL, 2019:15).

En particular, como se verá más adelante, los temas de educación sexual y su inclusión en la currícula educativa han levantado muchas resistencias conservadoras en toda la región que no ayudan al mejoramiento de estos indicadores.<sup>4</sup> La prohibición del aborto en la

---

2 Ver: CEPAL (2019). Primer Informe Regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44457-primer-informe-regional-la-implementacion-consenso-montevideo-poblacion> [acceso: abril de 2023].

3 La realización de un informe en 2019 sobre los avances del *Consenso* fue precedida de varias iniciativas tendientes a la concreción de su implementación. Entre ellas, vale mencionar en 2015 la realización de la Segunda Reunión de la Conferencia en México y la Guía operacional para el seguimiento y las medidas prioritarias; la Estrategia de Montevideo en 2016 que vinculó los patrones culturales patriarcales con la limitación del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la Tercera Reunión de la Conferencia en Lima, en 2018, que elaboró el proyecto para realizar el Primer Informe; así como la publicación, en 2019, de un Segundo Informe. Finalmente, debe destacarse, en 2020, el Compromiso de Santiago de promover el acceso universal a servicios de salud integral, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

4 Véase, por ejemplo: Biroli, F., & Caminotti, M. (2020). The conservative backlash against gender in Latin America. *Politics & Gender*, 16(1) y, también:



mayoría de los países de la región y la dificultad de su implementación por causales, tampoco colabora con el logro de la fecundidad adolescente. El abandono del ciclo educativo de las mujeres tiene frecuentemente como causa el embarazo precoz. Así, CEPAL (2019: 15) sostiene que *«más allá de los logros obtenidos en virtud de la prioridad otorgada a la prevención de la fecundidad adolescente mediante el acceso a la anticoncepción, persisten numerosos desafíos en lo que respecta al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y a la atención de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes»*.

Los programas de educación sexual, su incorporación en las mallas curriculares educativas, la prevención de la violencia de género en las relaciones de pareja, la erradicación de la violencia sexual y de género, y la eliminación de la discriminación y estigmatización de adolescentes y jóvenes LGTBI deben estar en el centro de la plataforma de las acciones para el cumplimiento del *Consenso de Montevideo* y, en tal sentido, deben ser acciones a exigir a los gobiernos de la región.

En cuanto al acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, el referido Primer Informe de CEPAL (2019) subraya que todavía se carece de información pertinente en el contexto del conjunto de los indicadores construidos. Más allá de la precariedad de los datos, se señalan avances en leyes y programas de salud sexual y reproductiva y en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, aunque ambos capítulos están, a nivel de la política pública, muchas veces desconectados. Se menciona la necesidad de mejorar el acceso a estos servicios para evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual, y también para mejorar la calidad y cantidad de información a disposición de la ciudadanía dispone, mediante campañas públicas. También se plantea la necesidad de integrar los servicios de salud con los de educación, tanto en lo que refiere al combate de los estereotipos de género como a las políticas del primer nivel de atención. No se dispone de información suficiente sobre los recursos destinados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, lo que hace difícil la fiscalización de estos compromisos. Tampoco se dispone de información adecuada

---

González Vélez, A. C. et al. (2018). Develando la retórica del miedo de los fundamentalismos, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

y comparable que permita medir el acceso a estos servicios diferenciados por áreas territoriales, etnia/raza, segmentos de población, entre otros.

De acuerdo al documento «Leyes y de salud sexual y reproductiva en América Latina (CEPAL, 2021),<sup>5</sup> entre las leyes que se incluyen en el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe,<sup>6</sup> existen más de cien normas de diversa entidad vinculados con el tema (desde leyes a artículos constitucionales). En siete países de la región, se instituye como deber del Estado el garantizar la salud sexual y reproductiva de la población a nivel constitucional (México, Colombia, Paraguay, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Cuba) y en seis se incorporan legalmente regulaciones para el acceso y la atención a la salud sexual y reproductiva (Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú y República Dominicana). En cinco países hay leyes de salud sexual y reproductiva específicas: Argentina, Guatemala, Uruguay, Chile y Paraguay.

No obstante, los diversos informes elaborados por la herramienta ISOQuito<sup>7</sup> muestran que este no es el terreno en el que América Latina y el Caribe avanza más rápidamente: en la gran mayoría de los países del subcontinente, la libertad para la interrupción voluntaria del embarazo no existe, la mortalidad materna se mantiene proporcionalmente alta, y el embarazo adolescente es la realidad cotidiana de miles y miles de mujeres. La violencia sexual continúa siendo alta, y las regresiones conservadoras que varios países han experimentado en nombre del combate a la «ideología de género», se han traducido en la resistencia a implementar planes de educación sexual, en abogar por la eliminación del lenguaje inclusivo en las instituciones del Estado, y en el retroceso en la lucha contra las discriminaciones por identidad de género. Todo ello ha tenido como contracara el favorecimiento de concepciones conservadoras sobre la familia, el rol de la mujer y la injerencia del Estado en asuntos como la sexualidad.

---

5 Ver: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100784\\_web.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/c2100784_web.pdf) [acceso: abril de 2023].

6 Ver: <https://oig.cepal.org/es> [acceso: abril de 2023].

7 Ver: <https://www.mujeresdelsur-afm.org/iso-quito/> [acceso: abril de 2023].

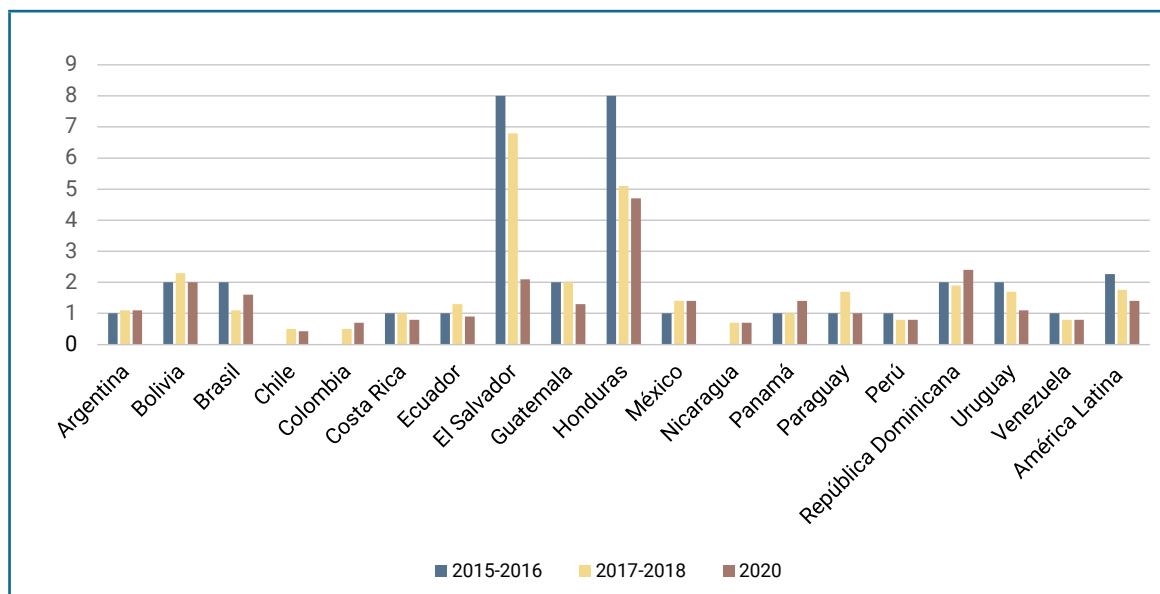
En los siguientes apartados, se presentan algunos indicadores que documentan los avances producidos entre 2010 y 2020, tanto desde la perspectiva de los derechos que, efectivamente, hoy gozan las mujeres, como desde las confrontaciones políticas que, dentro de esta agenda, se dan en el marco de estrategias regresivas y conservadoras. Todos los indicadores que se detallan provienen de CEPALStat y de los trabajos realizados en el marco de ISOQuito.

### **[3]** La prevalencia de la violencia sexual y de género

El *Consenso de Montevideo* se propuso «promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva» (capítulo D, 34).

La evidencia empírica disponible y comparable sobre violencia de género en la región, medida por la tasa de femicidio (ver Gráfico 1) muestra una gran diferencia entre los países. Se encuentra, por un lado, países con alarmantes niveles como El Salvador y Honduras, con valores promedio de 7 cada 100 mil mujeres y, por otro lado, un conjunto de países con niveles intermedios en los que se encuentra Brasil, Bolivia, Guatemala, República Dominicana y Uruguay, con valores promedio de 2 por cada 100 mil mujeres. Finalmente, entre los países con menor tasa de femicidios (1 por cada 100 mil mujeres), se encuentra Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. En el período 2015-2020 se observa que la tasa de femicidio descendió considerablemente en los países que presentaban altos niveles de femicidio. En cambio, en el resto de los países la tasa se mantuvo relativamente estable.

## Gráfico 1. Tasa de feminicidio. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2015-16, 2017-18 y 2020



Fuente: CEPALStat.

La herramienta ISOQuito contempla (desde su reformulación metodológica, procesada en 2020) el abordaje de la autonomía física de las mujeres que, en su dimensión cualitativa, incluye un índice de legislación sobre violencia contra la mujer basada en género. Para su medición, toma en cuenta la existencia (o no) de una ley integral sobre violencia por razón de género contra las mujeres, la tipificación del feminicidio; la existencia de normativa sobre violencia doméstica/ intrafamiliar, violencia institucional, política, laboral, obstétrica, mediática/cibernética, patrimonial y económica, simbólica; también se incluyeron las leyes sobre acoso sexual y acoso en espacios públicos. La Tabla 1 ilustra el estado de la legislación sobre violencia de género en los 18 países latinoamericanos y caribeños analizados por ISOQuito (2022),<sup>8</sup> y despliega el índice calculado para 2022, cuyo promedio regional es de 0,72.<sup>9</sup> Asimismo, la tabla específica la existencia o ausencia de una ley integral sobre violencia

8 «ISOQuito. La desigualdad de género en América Latina y el Caribe 2020-2022», material gráfico presentado en el marco de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, noviembre de 2022.

9 El índice oscila entre 0 y 1, donde el valor 0 equivale a ausencia total de compromiso legislativo y el valor 1 equivale al máximo compromiso legislativo posible, de acuerdo con los criterios de medición establecidos.

para cada país, así como de normativa relativa a dimensiones de la violencia sexual. Allí, puede verse que ocho países de los analizados (Argentina, Bolivia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela) han legislado en materia de violencia obstétrica. A su vez, todos, con excepción de Guatemala, han aprobado normativa sobre acoso sexual, en tanto, solo cinco (Argentina, Chile, Costa Rica, Perú y Uruguay) han avanzado en leyes referidas al acoso callejero/ en espacios públicos.

**Tabla 1.** Existencia de legislación sobre violencia sexual en América Latina y el Caribe (18 países) e índice ISOQuito sobre violencia contra la mujer basada en género. 2022.

País	Ley integral sobre violencia por razón de género contra las mujeres	Normativa sobre violencia obstétrica	Normativa sobre acoso sexual	Normativa sobre acoso callejero/ en espacios públicos	Índice de violencia contra la mujer basada en género
Argentina	SI	SI	SI	SI	1,00
Bolivia	SI	SI	SI	NO	0,92
Brasil	NO	NO	SI	NO	0,42
Chile	NO	NO	SI	SI	0,50
Colombia	SI	NO	SI	NO	0,50
Costa Rica	NO	NO	SI	SI	0,50
Ecuador	SI	SI	SI	NO	0,92
El Salvador	SI	NO	SI	NO	0,83
Guatemala	SI	NO	NO	NO	0,42
Honduras	NO	NO	SI	NO	0,42
México	SI	SI	SI	NO	0,83
Nicaragua	SI	NO	SI	NO	0,58
Panamá	SI	SI	SI	NO	0,92
Paraguay	SI	SI	SI	NO	0,92
Perú	SI	NO	SI	SI	0,67
República Dominicana	NO	NO	SI	NO	0,42
Uruguay	SI	SI	SI	SI	1,00
Venezuela	SI	SI	SI	NO	0,92

Fuente: ISOQuito (2022).

El cuadro muestra que si bien las normativas sobre acoso sexual existen en casi todos los países (con excepción de Guatemala), la normativa sobre acoso callejero, por ejemplo, o sobre violencia obstétrica solo se ha legislado en algunos países. Argentina, Uruguay, Perú, Chile o Costa Rica han asumido estos compromisos institucionales, al tiempo que cuentan con leyes integral. Pero es mucho lo que falta por avanzar en este sentido en la región.

### Si no cuentan, no contamos

Para este documento, se buscó presentar información referida a las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, pero no se encontró datos disponibles sobre la proporción de mujeres en edad fértil que toman sus propias decisiones informadas sobre el uso de anticonceptivos. Sería importante contar con información oportuna al respecto para poder dar seguimiento a los compromisos asumidos por los países en el Consenso de Montevideo.

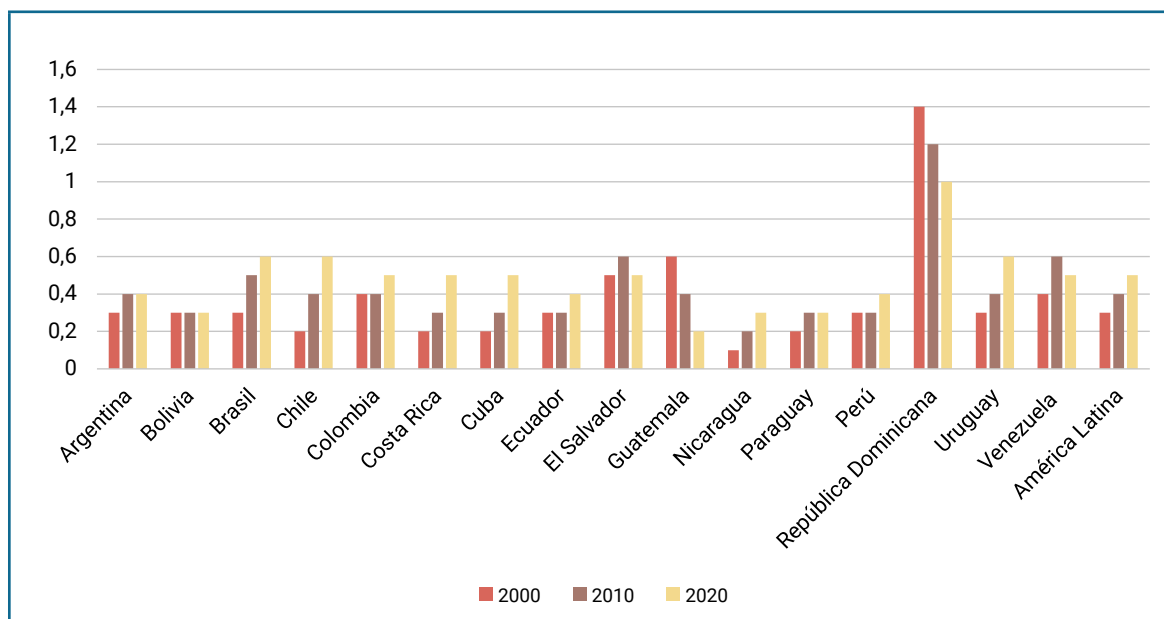
## [4] La prevalencia de VIH y SIDA en la región y su impacto en la salud de las mujeres y niñas, niños y adolescentes

Las medidas 38 y 39 del *Consenso* remiten al acuerdo orientado a «promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus».

Los números disponibles indican que la prevalencia de VIH entre personas entre 15 a 49 años en América Latina presenta niveles rela-

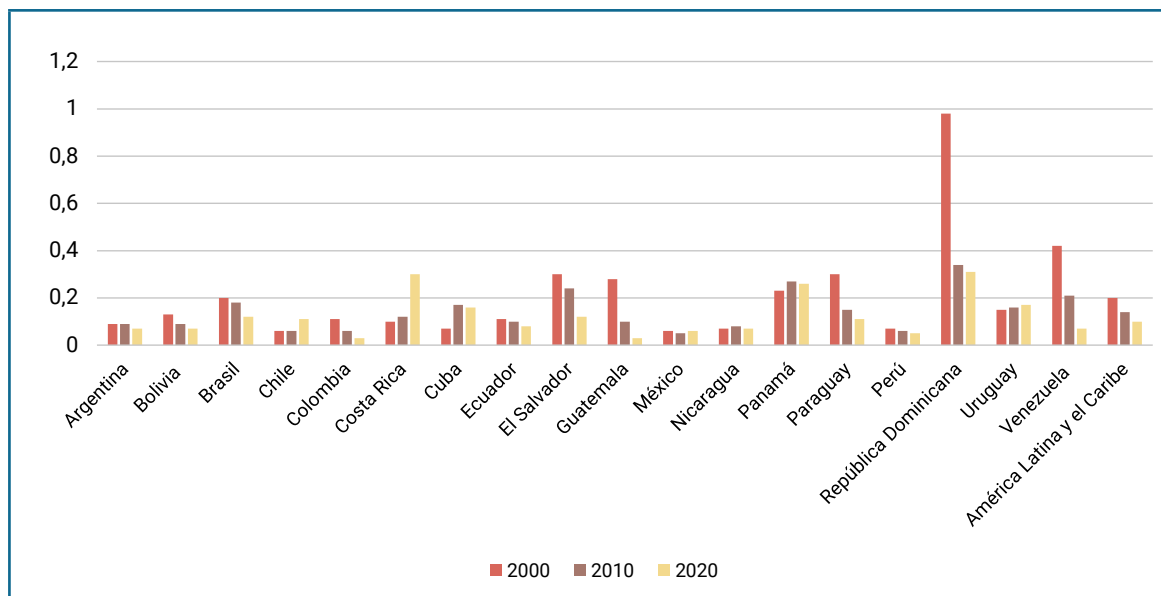
tivamente bajos en la mayoría de los países, con valores por debajo del 0,4% del total de las personas adultas. No obstante, es importante resaltar que este porcentaje ha tendido a aumentar -aunque modestamente- en la mayoría de los países en el período en estudio, a saber: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, y Uruguay. Por otro lado, es necesario notar que República Dominicana es el país de la región (entre los que existen datos disponibles) que presenta una proporción de personas adultas con VIH más alta de la región, con una tendencia al descenso, pero sin alcanzar los niveles del resto de los países. En cuanto al número de nuevas infecciones detectadas por VIH cada 1000 habitantes, se identifica una tendencia de descenso en la mayoría de los países. Solamente, Costa Rica y Cuba se encuentra cierto aumento en el período (ver Gráfico 2 y Gráfico 3).

**Gráfico 2.** Prevalencia del VIH entre personas de 15 y 49 años. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000, 2010 y 2020 (%)



Fuente: CEPALStat.

**Gráfico 3.** Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2000, 2010 y 2020



Fuente: CEPALStat.

## [5] Una agenda en abierto: el abatimiento de la mortalidad materna

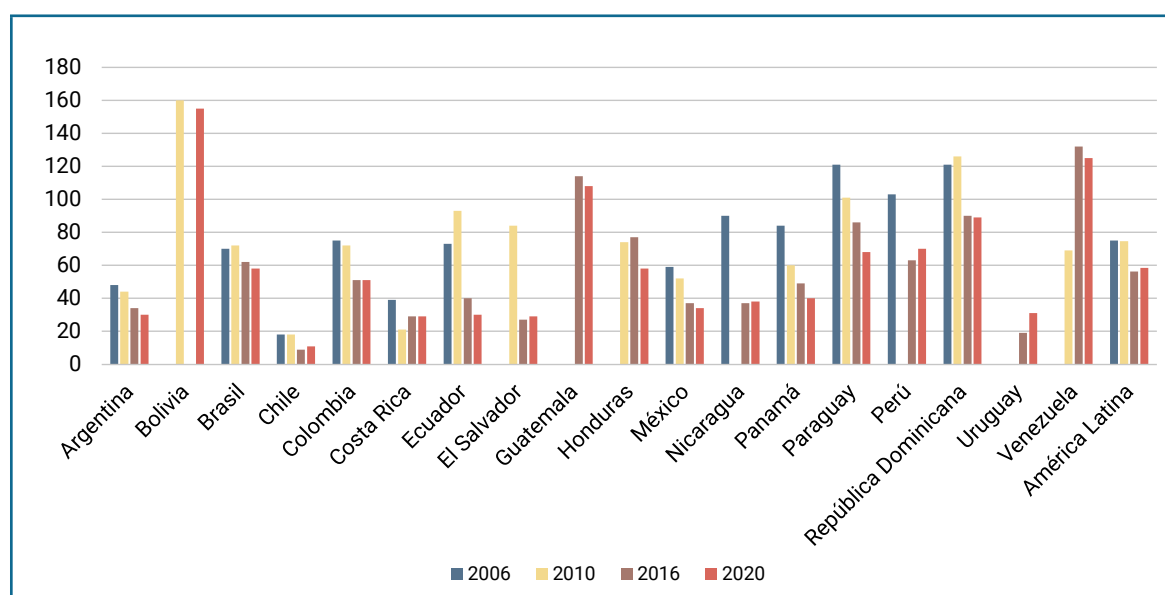
*El Consenso de Montevideo también se propuso «eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños».*

En este documento, se ha optado por darle seguimiento a esta medida a través del análisis de la razón de mortalidad materna y del porcentaje de partos atendidos por personal especializado. El Gráfico 4 muestra una gran variabilidad del nivel de la mortalidad materna en



América Latina y el Caribe para los años 2006, 2010, 2016 y 2020. Se detectan 4 grupos de países. Un primer grupo de países que aún presentan niveles muy altos de este indicador, por encima de 100 cada 100.000 nacidos vivos, a saber: Bolivia, Guatemala, Honduras y Venezuela. Estos países además de presentar una intensidad alta, no presentan una tendencia de descenso en el período de estudio. El segundo grupo, se trata de países que presentaban altos niveles de mortalidad materna en 2010, pero que muestran una tendencia al descenso en el período, es el caso de Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana. En tercer lugar, se observa un conjunto de países con niveles por bajos Brasil, Colombia y México con niveles intermedios (cerca de 50 cada 100 mil nacidos vivos) y con una tendencia a la reducción en el período. Finalmente, se identifica un cuarto grupo de países que presentan niveles muy bajos de mortalidad materna y con una tendencia de franco descenso en el período. En este grupo se encuentran Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay.

**Gráfico 4.** Razón de mortalidad materna (número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos). Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2006, 2010, 2016 y 2020

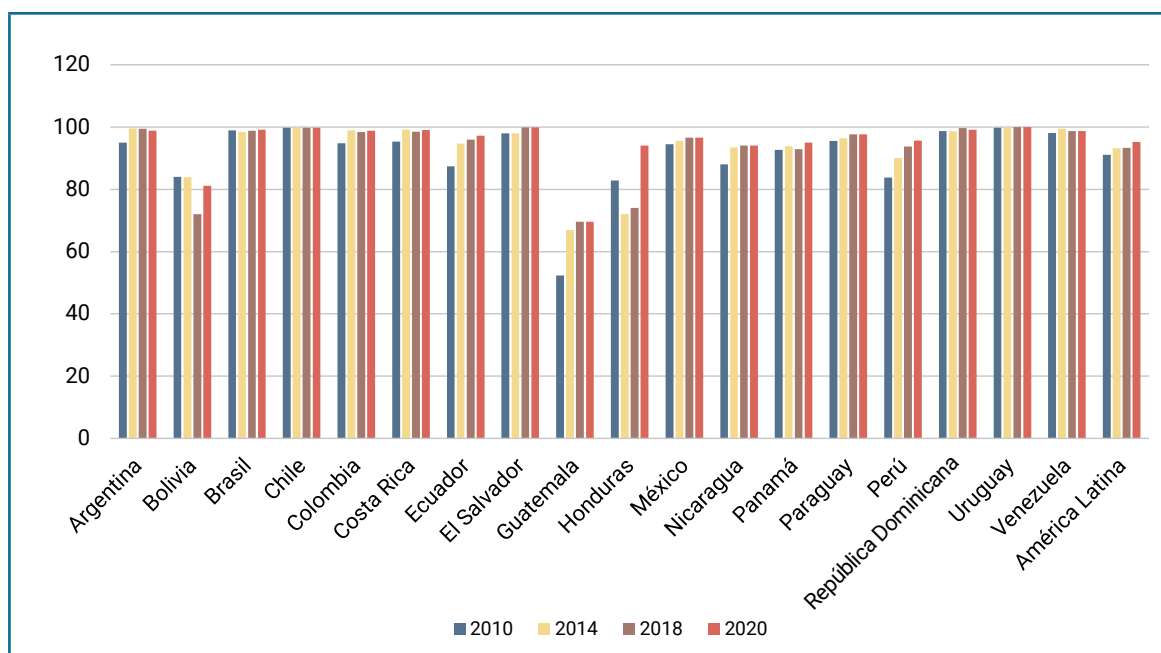


Fuente: CEPALStat.

En cuanto a la atención de partos por personal especializado, se identifica que la mayoría de los países de la región registran niveles cercanos al 100%. No obstante, es importante notar que países

como Bolivia, Guatemala y Honduras tienen niveles por debajo del 80%, aunque con una tendencia al alza en el período. Los datos se muestran en el Gráfico 5.

**Gráfico 5.** Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2010, 2014, 2018 y 2020



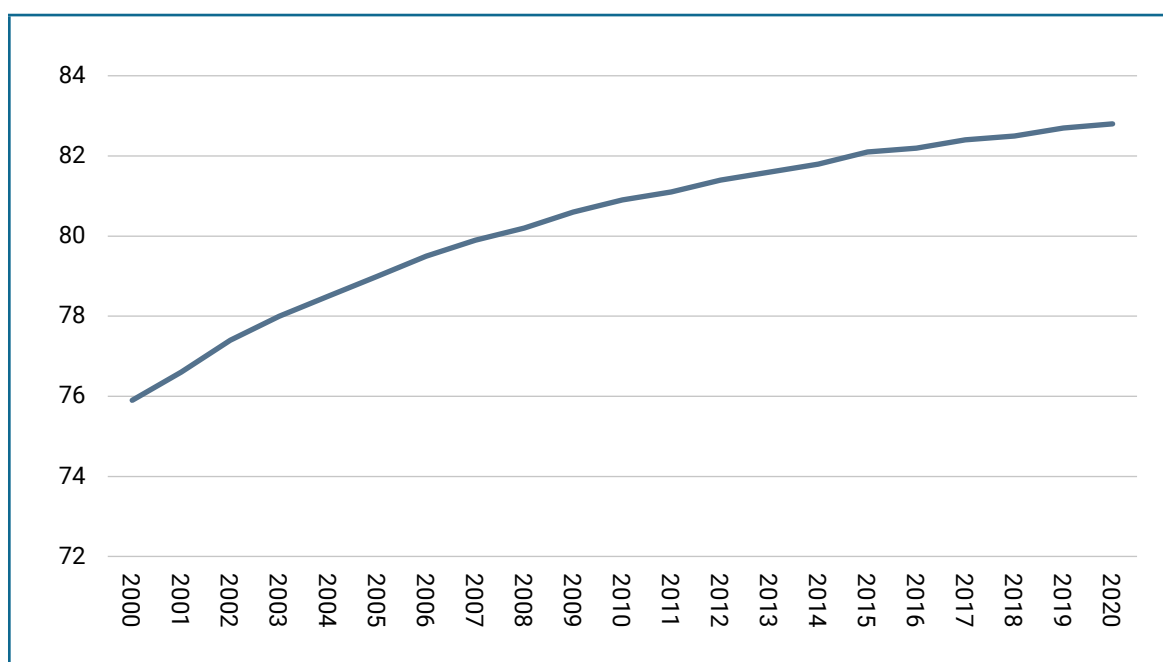
Fuente: CEPALStat.

## [6] El avance hacia una contracepción moderna, libre y responsable

Las medidas 43 a 46 del *Consenso de Montevideo* hablan de una política de salud integral, preventiva, tendiente a asegurar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Así, es importante establecer que la información disponible respecto al uso de anticonceptivos modernos y planificación de embarazos en América Latina y el Caribe en las últimas décadas es escasa. Se presentan solamente los indicadores para los que se cuenta con información suficiente para establecer cambios al respecto en el período en estudio, a saber: la proporción de mujeres en edad fértil que cubren necesidades de pla-

nificación familiar con métodos modernos, el porcentaje de mujeres en edad fértil con un nacido vivo en un determinado período de tiempo que recibieron atención prenatal de cuatro o más veces con cualquier proveedor de salud y el porcentaje de nacimientos cuyas madres fueron adolescentes. El Gráfico 6 ilustra el promedio regional de la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que cubren sus necesidades de planificación familiar. Se observa que, en las dos primeras décadas del nuevo siglo, este porcentaje ha ido en aumento, alcanzando un nivel cercano al 80% en 2020.

**Gráfico 6.** Proporción de mujeres entre 15 y 49 años que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. Promedio América Latina y el Caribe, 2000-2021\*

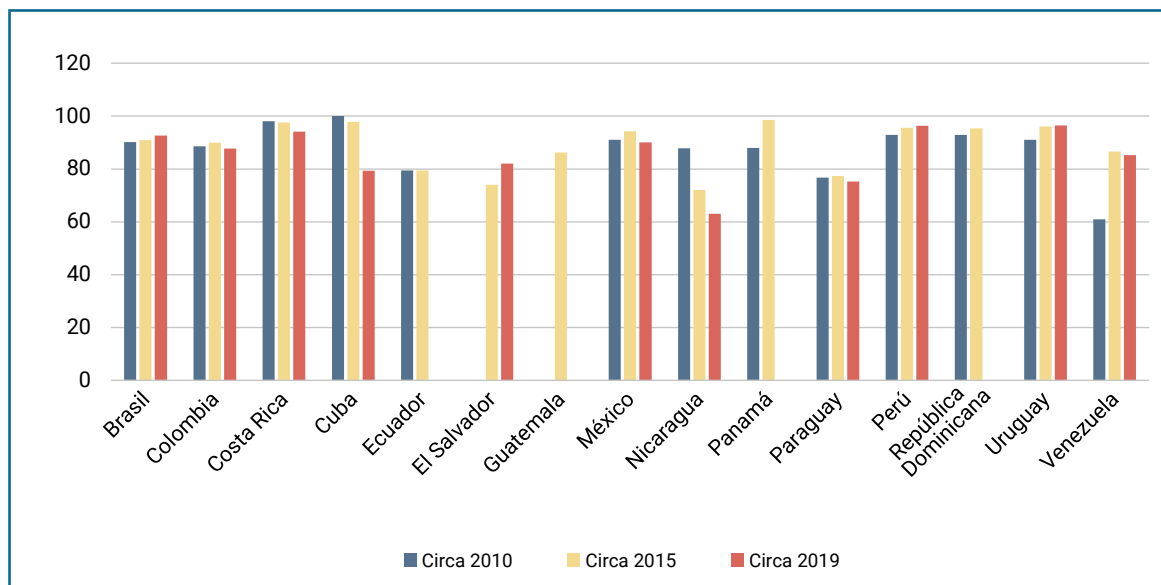


● Nota: los países que tienen información sobre este indicador son Belice, Cuba, República Dominicana, Jamaica, Haití, Trinidad y Tobago, Costa Rica, Honduras, El Salvador, Guatemala, México, Panamá y Colombia.

Fuente: CEPALStat.

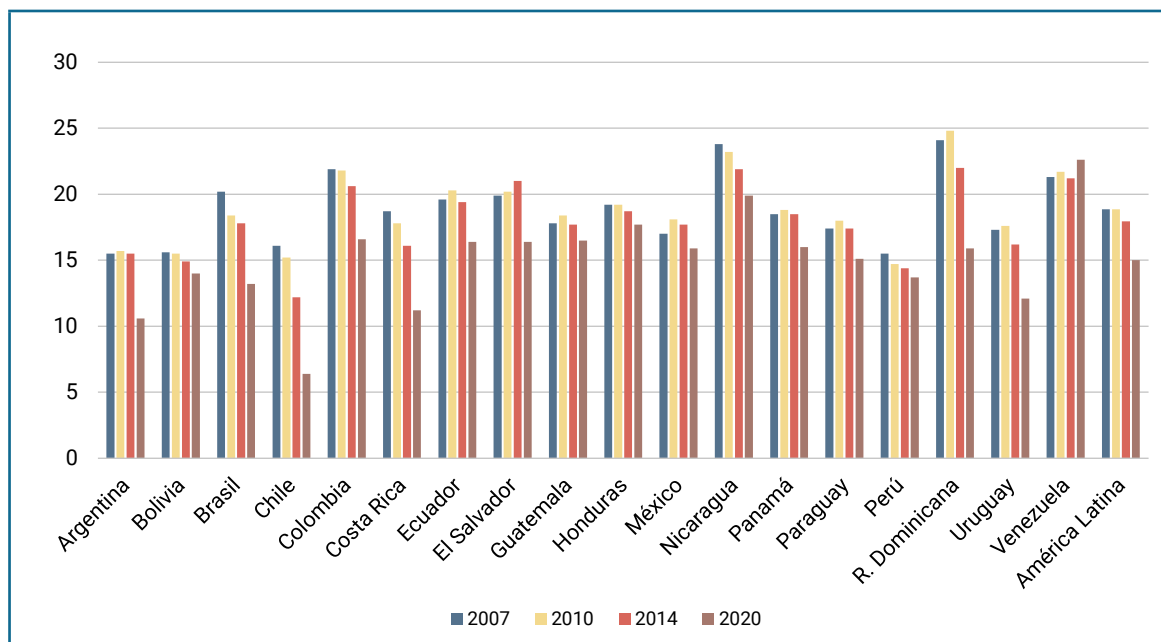
En cuanto al porcentaje de mujeres con un/a hijo/a nacido vivo que recibieron, al menos, cuatro consultas prenatales, en términos, se identifica un nivel estable cercano al 85% en la mayoría de los países (Gráfico 7). Empero, es importante notar que en el período analizado (circa 2010, 2015, 2019), Nicaragua muestra una tendencia a la baja en este indicador.

**Gráfico 7.** Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en un determinado período de tiempo que recibieron atención prenatal de cuatro o más veces con cualquier proveedor de salud. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2010, 2015 y 2018



Fuente: CEPALStat.

**Gráfico 8.** Porcentaje de nacimientos de madres adolescentes 15-19 en relación al total de nacimientos (cada 1000). Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007, 2010, 2014 y 2020



Fuente: CEPALStat.

Respecto a la proporción de nacimientos cuyas madres eran adolescentes, se observa un claro panorama de descenso en todos los países

analizados (Venezuela es el único país que presenta un incremento en 2020) (Gráfico 8). Cabe destacar, especialmente, el caso de Chile, que a 2020 presenta una proporción cercana a solamente el 5% de los nacimientos. A pesar de este franco descenso, para ese mismo año, la región presenta un nivel relativamente alto, con un promedio de 15% de nacimientos cuyas madres son adolescentes.

Finalmente, debemos considerar aquí los avances respecto a una interrupción del embarazo asistida, responsable y protegida por las leyes y servicios sanitarios. En materia de legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, una de las reformas más difíciles de procesar, los cambios han sido lentos, pero, en el último decenio, se destacan avances altamente significativos en Uruguay, Argentina, México y Colombia. En estos dos últimos casos, ha sido gravitante el rol de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la Corte Constitucional, respectivamente. Asimismo, el aborto es legal en Cuba y también está permitido en los territorios de Guayana Francesa, Guyana y Puerto Rico.<sup>10</sup> Sin embargo, en la mayoría de la región, el aborto permanece penalizado, con normativas que oscila desde su habilitación por determinadas causales (riesgo de vida materna, inviabilidad del feto, violación, incesto, discapacidad mental de la madre) hasta su prohibición absoluta, aun cuando corre riesgo la vida de la mujer (El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Haití). En algunos casos, la criminalización por la práctica de la interrupción del embarazo implica duras penas de cárcel. La Tabla 2, a continuación, muestra la evolución del índice de legislación del aborto que la herramienta ISOQuito ha medido en los últimos quince años. Los puntajes asignados a cada país corresponden a los avances normativos aprobados y guardan correlato con existencia (o no) de las causales indicadas en la Tabla 3.

---

10 Si bien Puerto Rico es un territorio no incorporado de Estados Unidos, la isla caribeña no ha visto alterado el derecho al aborto (vigente desde 1973) tras la decisión de la Corte Suprema de Justicia estadounidense que revocó la histórica sentencia de *Roe vs. Wade*.

**Tabla 2.** Índice ISOQuito sobre legislación del aborto.  
Países seleccionados  
de América Latina, 2007, 2010, 2013, 2018, 2021, 2022.

	2007	2010	2013	2018	2021	2022
Argentina	0,75	0,75	0,75	0,75	1,00	1,00
Bolivia	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Brasil	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Chile	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,50
Colombia	0,50	0,75	0,75	0,75	0,75	1,00
Costa Rica	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
Ecuador	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
El Salvador	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Guatemala	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
Honduras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
México	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,00
Nicaragua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Panamá	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Paraguay	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
Perú	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
República Dominicana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Uruguay	0,75	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00
Venezuela	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25
América Latina y el Caribe	0,36	0,38	0,39	0,42	0,43	0,47

Fuente: ISOQuito (2022).

**Tabla 3.** Puntaje asignado en el Índice de legislación del aborto de ISOQuito, según causales

0	El aborto es ilegal en toda circunstancia.
0,25	Se exime de pena solo para salvar vida de la mujer.
0,5	Se eximen de pena por causales: salvar la vida de la mujer y algunas otras causales extremas (malformación del feto, discapacidad mental, violación, etc.).
0,75	Se eximen de pena en las causales anteriores y por razones amplias referidas a la salud integral de la mujer.
1	El aborto es legal por sola voluntad de la mujer.

Fuente: Fernández Soto, Filgueira y Genta (2019).<sup>11</sup>

11 Fernández Soto, M.; Filgueira, F.; Genta, N. (2019). «ISOQuito 2007-2019. Herramienta para el seguimiento de los compromisos de Quito. Avances y desafíos (2019)». Articulación Feminista Marcosur. Montevideo.

## La diversidad de leyes y planes de salud sexual y reproductiva en la región

Los derechos de salud sexual y salud reproductiva se encuentran contemplados en la normativa latinoamericana y caribeña en variados formatos institucionales. Como se mencionara, en siete países, la referencia al deber que debe cumplir el Estado al respecto está plasmada a nivel de la Carta Magna. Tal es el caso de Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela. Asimismo, en seis países del subcontinente la regulación del acceso y la atención a la salud sexual y reproductiva se ha legislado en leyes generales de salud (Bolivia, Cuba, Ecuador, México, Perú, República Dominicana) o de desarrollo social (Guatemala).

En otros casos, este aspecto ha sido abordado en leyes de igualdad entre hombres y mujeres, con la incorporación de normas orientadas a garantizar la salud sexual y reproductiva de mujeres, jóvenes y niñas. El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú son los países que se incluyen a este grupo.

En tanto, cinco países han aprobado legislación específica sobre salud sexual y reproductiva; ellos son: Argentina, Chile, Guatemala, Paraguay y Uruguay (CEPAL, 2021).

## **[7]** Las reacciones contra los derechos sexuales y reproductivos: una limitación a su ejercicio pleno

En varios países de la región, desde la segunda mitad de la década de los años 2010, la educación sexual integral (ESI), ha sido objeto

de fuertes embestidas y campañas de desinformación por parte de sectores ultra conservadores provenientes de la sociedad civil [organizaciones autodenominadas «pro-vida», colectivos como «Con Mis Hijos No Te Metas» (CMHNTM)<sup>12</sup> y afines, autoridades y grupos religiosos], y también por parte de representantes de la política institucional (candidatos presidenciales, autoridades públicas en ejercicio). En reiteradas oportunidades, la respuesta de los gobiernos nacionales frente a estos embates ha sido la inacción. En otros casos, discursos y políticas con vocación «anti-derechos» han sido impulsados desde el seno del Ejecutivo y/o del Congreso.

En Perú, el derecho a la ESI sufrió un duro golpe tras la aprobación de la «Ley que impulsa la calidad de los materiales y recursos educativos» (N°31498,<sup>13</sup> anteriormente, PL 904), que habilita que grupos de padres y madres puedan vetar, a discreción, el contenido de materiales educativos, lo cual recorta las funciones y autonomía del Ministerio de Educación y va en perjuicio de una educación de calidad y con enfoque de igualdad de género para niñas, niños y adolescentes.

En Brasil, la organización internacional Human Rights Watch (HRW) ha reportado la existencia de persecuciones, sanciones y amenazas a profesores de escuelas públicas por enseñar a sus estudiantes sobre temas relativos al género y la sexualidad. De acuerdo con lo consignado en el informe ««Sentí miedo; eso era lo que buscaban». Medidas para prohibir la educación sobre género y sexualidad en Brasil»,<sup>14</sup> desde el Congreso, las escuelas y desde parte la comunidad se ha hostigado a docentes en detrimento de la educación sexual y la perspectiva de género en el país.

---

12 El movimiento CMHNTM surgió en Perú, en 2016, en oposición a políticas públicas que favorecían el enfoque de género en la educación básica. Ver: <https://conmishijosnotemetas.pe/> [acceso: abril de 2023]. Desde entonces, otros países de la región, como Argentina, Colombia y Ecuador, han promovido campañas y movilizaciones bajo esa consigna contra lo que llaman ideología de género (González Vélez et al., 2018).

13 Ver: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-impulsa-la-calidad-de-los-materiales-y-recursos-educ-ley-n-31498-2080217-1> [acceso: abril de 2023].

14 ««I Became Scared, This Was Their Goal». Efforts to Ban Gender and Sexuality Education in Brazil». Disponible en: [https://www.hrw.org/sites/default/files/media\\_2022/05/brazil\\_lgbt0522\\_web.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2022/05/brazil_lgbt0522_web.pdf) [acceso: abril de 2023].



Asimismo, en dicho reporte, HRW releva numerosos proyectos de ley y leyes vigentes introducidas por distintos partidos en el parlamento que prohíben directa o indirectamente e, incluso, buscan criminalizar, la educación sobre género y sexualidad. Estos esfuerzos fueron justificados, amplificados e, incluso, coordinados durante y desde la administración de Jair Bolsonaro (2018-2022), quien, en línea con algunos de sus colaboradores en ministerios clave en estos temas (como el de Educación o el de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos), supo desacreditar, reiteradamente, la educación sobre género y sexualidad en la educación pública.

En Paraguay, en 2019, el Ministerio de Educación y Ciencias dispuso la no utilización de una «Guía para Docentes sobre Educación Integral de la Sexualidad – Educación Permanente» que la organización de la sociedad civil Servicio Paz y Justicia había elaborado como material opcional para docentes. La justificación que las autoridades esgrimieron para tal decisión fue que «las capacidades del ciclo evolutivo de los menores» no eran respetadas en la guía, y que los conceptos allí empleados para abordar la educación sexual evocaban «cierta orientación donde prevalece la construcción de la identificación sexual libertinamente» y «contraria al sexo en sí de las personas».<sup>15</sup> A su vez, desde el referido ministerio se difundieron distintas *fake news* que desacreditaban la guía y que fueron expuestas, verificadas y desmontadas por el del medio digital El Surtidor.<sup>16</sup>

Estas reacciones se suman a las resistencias surgidas en contra de la llamada «marea verde» por la despenalización del aborto. Junto con las lentas pero significativas innovaciones legislativas registradas en materia de interrupción voluntaria del embarazo, una contra ola viene ejerciendo una gran presión para frenar los cambios y, más aún, para retroceder en los avances producidos. Así, en países latinoamericanos como Brasil y Bolivia, corrientes evangélicas han ido ganando adeptos y ocupado espacios de poder desde donde utilizan

---

15 Ver: Resolución N° 1761 del Ministerio de Educación y Ciencias, 6/3/2019. Recuperado de: <https://mec.gov.py/sigmec/resoluciones/1761-2019-PETTA.pdf> [acceso: abril de 2023].

16 Ver portal LaMalaFe.Lat: <https://lamalafe.lat/la-oposicion-al-genero-y-el-conservadurismo-de-los-gobiernos-pone-en-peligro-la-educacion-sexual-integral-en-america-latina/> [acceso: abril de 2023].

su influencia para tratar de minar el debate sobre la despenalización del aborto. La reacción conservadora se expresa, también, en el despliegue de redes internacionales bien financiadas que promueven prácticas de desinformación e intentos de manipulación para promover prácticas entre mujeres latinoamericanas que, no solo no están aprobadas, sino que suponen posibles riesgos sanitarios, como el ‘tratamiento» para «revertir» abortos con medicamentos, según consignan investigaciones de Open Democracy (2021).<sup>17</sup> La histórica «caída» de *Roe vs. Wade*, en junio de 2022, tras casi medio siglo de vigencia, es otra muestra de la capacidad de incidencia que tiene la regresión conservadora, no solo en América Latina y el Caribe, sino en los países más poderosos del mundo. Así, el camino hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva está trazado, pero también desafiado, y hasta minado. A diez años del *Consenso de Montevideo*, su hoja de ruta sigue mostrándose tan ambiciosa, como plausible: los avances producidos (algunos muy tímidos, otros, promisorios) y sus resistencias son reflejo de ello, y prueba cabal de la necesidad de una sociedad civil vigorosa que continúe monitoreando y clamando por los derechos de las mujeres.

---

17 Ver: <https://www.opendemocracy.net/es/5050/mujeres-america-latina-lucha-aborto-legal/> [acceso: abril de 2023].



