

COMPRENDIENDO LA OPOSICIÓN POLÍTICA Y RELIGIOSA A LA SALUD Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

UNA GUÍA DE RECURSOS





IPPF®

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation) (IPPF) es la más grande organización voluntaria en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Como una de las seis regiones de la Federación, la Red Europea de la IPPF tiene asociaciones miembro en 39 países a través de Europa y Asia Central, en donde trabaja para aumentar el apoyo para y el acceso a los servicios y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas.



SIECUS®

Desde 1964, el Consejo de Información y Educación Sexual de los Estados Unidos (Sexuality Information and Education Council of the United States) (SIECUS) ha estado a la vanguardia de la promoción de información comprehensiva acerca de la sexualidad para personas de todas las edades y de la protección de los derechos de las personas para tomar decisiones sexuales y reproductivas personales. Fundado por un médico y pensador proactivo, preocupado porque la gente joven no estaba obteniendo información crítica sobre su salud, el SIECUS trabaja para asegurar que todas las personas tengan acceso a información amplia y completa acerca de la sexualidad, los servicios de salud reproductiva y sexual, y los derechos para tomar decisiones informadas.



Muchas gracias a La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) por la traducción al español del documento.

IPPF/RHO®

La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y sus 46 Asociaciones Miembro, están comprometidas a promover los derechos de las mujeres y hombres a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, y a tener el más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. Nuestra organización presta más de 18 millones de servicios anualmente – desde consejería y suministros anticonceptivos, hasta la prevención, pruebas y tratamiento del VIH – a la gente más necesitada en la región.



PLANNED PARENTHOOD®

La Federación de Planificación Familiar de América (Planned Parenthood Federation of America) (PPFA) es la más grande y confiable organización voluntaria de planificación familiar. Nosotros creemos que cada persona tiene el derecho de decidir cuándo tener un hijo y si tenerlo o no – y que cada niña o niño debe ser deseado y amado. Las organizaciones afiliadas a la PPFA operan en cerca de 850 centros de salud a través de los Estados Unidos, prestando servicios médicos y educación en sexualidad para millones de mujeres, hombres y adolescentes cada año.

Comprendiendo la Oposición Religiosa y Política a la Salud y los Derechos Reproductivos:

Una Guía de Recursos: Introducción

La sexualidad es una parte integral de la vida – una experiencia universal para más de seis mil millones de personas que comparten nuestro planeta. Ya sea por placer o procreación, la sexualidad es un aspecto normal, saludable y perdurable del desarrollo humano; y puede y debe ser una fuente positiva de superación personal, basada en decisiones informadas arraigadas en valores personales y en el concepto de autonomía.

Sin embargo, a diferencia del derecho a la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad, los derechos sexuales y reproductivos tienen todavía que pasar a formar parte de la conciencia social y política global, a través de la cual puedan ser celebrados y protegidos dentro de las normas culturales y legales en la política y en la práctica. Son muy pocos los otros aspectos de los derechos humanos que están sujetos a tantas influencias culturales, religiosas y políticas; y que, con tanta frecuencia, entran en conflicto con lo que son esencialmente experiencias profundamente personales y privadas.

En los casi 90 años desde su comienzo, el movimiento por la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los Estados Unidos ha tenido claros avances en la consagración de sus leyes y políticas sobre el derecho a la educación y la información acerca de la sexualidad, la anticoncepción y el aborto – pero no sin cuestionamientos políticos significativos desde un principio. A la fecha, ninguna otra nación ha visto la tremenda cantidad de oposición política a los derechos sexuales y reproductivos que ha crecido y evolucionado en las tres décadas pasadas. Pero mientras un movimiento contrario al derecho a decidir se ha afianzado en los Estados Unidos, es solamente en la pasada década que una oposición más significativa, activa y determinada en contra de los derechos reproductivos ha comenzado a tomar control en países y regiones en todo el mundo.

De manera alarmante, las actividades de oposición están jugando un papel cada vez mayor en países y regiones tan diversas como África, Asia y Europa occidental y oriental. Como es lógico, las estrategias y tácticas presentan un claro parecido con la experiencia de los EUA, debido a que las fuerzas de oposición a la anticoncepción, la educación en sexualidad y el aborto, que tienen su base en los EUA han tenido por mucho tiempo su mirada fija en una sola agenda global. En la misma forma en que las y los defensores de la libertad reproductiva comprenden que los derechos reproductivos tienen que ser universales – o todas las personas los tienen, o nadie en realidad los tiene – las y los oponentes a la autodeterminación sexual y reproductiva no habrán logrado sus metas hasta que el acceso al aborto, la anticoncepción y la educación en sexualidad sean eliminados a nivel local, nacional e internacional.

Estos grupos de oposición han encontrado aliados simpatizantes en una amplia gama de entidades religiosas y políticas, tan variadas como la jerarquía católica y los líderes de movimientos nacionalistas en países que han obtenido su independencia de manera reciente. Todos ellos capitalizan el miedo, construyendo vínculos con aquellos que se oponen a la inmigración, principalmente de naciones pobres hacia las más ricas (principalmente en el norte y el occidente), y ofreciendo una “solución” simple a las naciones más golpeadas por la pandemia del SIDA. Organizaciones no gubernamentales han establecido oficinas regionales y nacionales, así como organizaciones afiliadas en otras partes del mundo, facilitando el flujo de apoyo estratégico y financiero a los nacientes movimientos de oposición en países fuera de los Estados Unidos. Esta situación ha sido exacerbada por las políticas unilaterales y dominantes de los EUA, como la ley mordaza global y los fondos para la prevención del VIH designados ideológicamente, orientados a sofocar la defensa y promoción progresista mientras que permiten, e inclusive alientan, el florecimiento del fundamentalismo opositor de derecha.

La experiencia de los EUA no es de manera alguna única, ni tampoco constituye el único modelo de oposición religiosa y política a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Obviamente, las estrategias políticas y tácticas varían, conformadas por el clima sociopolítico y el proceso de definición de políticas particulares de cada comunidad y país. Pero la experiencia de los EUA sí proporciona, en combinación con cuestionamientos internacionales adicionales a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, un modelo para que las y los activistas progresistas aprendan el lenguaje, las tácticas y las motivaciones de nuestros oponentes. Este documento intenta capturar ese modelo para ser utilizado por activistas progresistas en todo el mundo. De ninguna manera es exhaustivo, pues más bien destaca algunos de los intentos más recientes y públicos para socavar los derechos reproductivos en los Estados Unidos y alrededor del mundo. Así mismo, ofrece un bosquejo de algunas de las respuestas que las y los activistas en los EUA han encontrado de utilidad, sin embargo no pretende ofrecer soluciones específicas. No existe una respuesta única para estos cuestionamientos y, por lo regular, cualquier respuesta debe ser específica para cada país.

Cómo usar esta Guía de Recursos: Esta guía resume 13 tópicos que la oposición basada en los EUA ha divulgado en años recientes. Cada tópico se aborda con base en tres componentes:

Qué es: consistente en una descripción del tema y del mensaje de la oposición a la opinión pública respecto a un tema en particular, así como el intento u objetivo subyacente.

Ejemplos de tácticas: ejemplos de tácticas de oposición que han sido utilizadas en los EUA para impulsar un tema determinado.

Datos útiles: ejemplos de estándares aplicables internacionalmente y de hechos basados en los EUA que las y los activistas han utilizado para enfrentar las tácticas de oposición.

Sus comentarios y preguntas son bienvenidos. Para mayor información, por favor entre en contacto con:

Vicky Claeys
Directora Regional
IPPF European Network
vclaeys@ippfen.org

Bill Smith
Director de Política Pública
Sexuality Information and Education
Council of the United States
wsmith@siecusdc.org

Alia Khan
Director
Planned Parenthood Global Partners®
Planned Parenthood® Federation of America
alia.khan@ppfa.org

ATAQUES A LA EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD:

Programas de ‘sólo abstinencia hasta el matrimonio’

Qué es

Quienes proponen los programas de ‘sólo abstinencia hasta el matrimonio’ buscan desviar la asignación de fondos públicos de programas de educación comprensivos en sexualidad y exactos médicamente, para favorecer programas que promueven exclusivamente la abstinencia como el único estándar aceptable para la actividad sexual fuera del matrimonio perdurable, monógamo y heterosexual. Estos programas utilizan fondos e instituciones públicos para promover valores sociales conservadores, motivados políticamente, incluyendo la oposición a la anticoncepción, el aborto y la homosexualidad.

temas adicionales:

- Enseñan que un sólo conjunto de valores es moralmente correcto para todas las personas.
- Con frecuencia recurren al miedo o la vergüenza para controlar el comportamiento sexual de la gente joven.
- Omiten o contienen información tendenciosa acerca de tópicos como el aborto, la masturbación y la orientación sexual.
- Discuten acerca de los anticonceptivos, incluyendo los condones, solamente en términos de tasas de falla o simplemente no se menciona el tema. Con frecuencia, la información acerca de la anticoncepción es engañosa o totalmente inexacta.
- Con frecuencia incluye información médica alarmista e inexacta, y exagera las estadísticas acerca de las infecciones de transmisión sexual.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Quienes proponen los programas de ‘sólo abstinencia hasta el matrimonio’ abogan por que estos programas se implementen en escuelas tanto públicas como privadas. Adicionalmente, esas personas conducen programas fuera del sistema educativo y, en forma creciente, están llevando al extranjero diversos tipos de sus programas. Estos grupos trabajan para asegurar el financiamiento del gobierno, colocan en los puestos públicos a administradores y funcionarios que simpatizan con ellos, y socavan o proscriben la educación comprensiva en sexualidad. También utilizan a los grupos contrarios al derecho a decidir y otros grupos conservadores para publicitar su mensaje y generar el apoyo de la comunidad.

tácticas adicionales:

- vilipendiar la educación comprensiva en sexualidad y los programas de prevención, así como hostigar a las organizaciones que llevan a cabo, defienden y promueven los programas de prevención comprensiva. Esto incluye la conducción de campañas negativas de medios y la promoción excesiva y frívola de cuestionamientos gubernamentales.
- socavar las convenciones internacionales que apoyarían la educación comprensiva en sexualidad. Por ejemplo, la administración Bush presionó durante la Sesión Especial de las Naciones Unidas sobre la Niñez en mayo de 2002, para promover el lenguaje de la abstinencia sexual para adolescentes, en lugar de la educación comprensiva en sexualidad y en contra del lenguaje que se refiere a la atención en salud reproductiva. Alineándose con Irán, Irak, Libia, Sudán y el Vaticano, la administración Bush fracasó en su esfuerzo por presionar a que la sesión especial incluyera los programas de sólo abstinencia para adolescentes, pero logró excluir un párrafo del documento final, que detalla el concepto de educación comprensiva en sexualidad.¹

Datos Útiles

- El no proporcionar educación comprensiva en sexualidad a la gente joven, viola sus derechos humanos internacionales. Los programas que se concentran exclusivamente en la abstinencia infringen la libertad de expresión, la libertad de acceso a la información y el derecho a la salud. Estos derechos están consagrados en numerosos convenios internacionales, incluyendo el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres (CEDAW), la Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología, y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD; El Cairo). Los programas de prevención comprensiva que incluyen información acerca del uso del condón, la abstinencia y otros métodos de prevención, afirman los derechos humanos y son consistentes con las obligaciones de los países bajo la ley internacional.²
- Como lo establece el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (PdA – CIPD), “La información y los servicios deben ser puestos a disponibilidad de las y los adolescentes, para ayudarles a comprender su sexualidad y protegerles de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y los subsecuentes riesgos de infertilidad... tales programas deben proporcionar información a las y los adolescentes y realizar un esfuerzo consciente para fortalecer los valores sociales y culturales positivos...”³

Experiencia en los E.U.A.

Investigaciones sobre el tema han encontrado que las y los jóvenes que hacen “compromisos de virginidad”, tienen un tercio menos probabilidad de utilizar anticoncepción cuando se vuelven sexualmente activos, que sus pares, o compañeros/as de su grupo de edad, que no han hecho esos compromisos⁴. Adicionalmente, la gente joven que hace tales compromisos, tiene las mismas tasas de infecciones de transmisión sexual que la gente que no se compromete a la abstinencia.⁵

Las evaluaciones de programas de ‘sólo abstinencia hasta el matrimonio’ en los Estados Unidos, muestran que estos programas fracasan en disminuir la actividad sexual entre adolescentes o en proporcionarles las habilidades que necesitan para negociar las relaciones sexuales, ya sea con el fin de abstenerse de la actividad sexual o de protegerse a sí mismos/as de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.⁶

ATAQUES A LOS ANTICONCEPTIVOS:

Trato despectivo al uso del condón

Qué es

Quienes se oponen a la planificación familiar distorsionan hechos científicos. Frecuentemente, estas personas se basan en pruebas de laboratorio fallidas o manipulan los hallazgos de pruebas confiables para crear dudas en la opinión pública respecto a la efectividad de los condones que ha sido probada científicamente en cuando a la reducción del riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el VPH (virus del papiloma humano). El propósito es desalentar el uso del condón y cortar el financiamiento público para la educación en el uso del condón y su suministro.

Tres mitos populares que se promueven acerca de los condones:

- Hablar acerca de los condones o proporcionarlos a las personas hará que sean más propensas a tener relaciones sexuales.⁷
- Los condones pueden causar SIDA debido a que supuestamente el VIH pasa a través de poros microscópicos en el látex.⁸
- Los condones son responsables de la alta prevalencia de VPH o cáncer cervical entre las mujeres en los E.U.A.⁹

Las tácticas incluyen:

- demandar la colocación de etiquetas de advertencia en los paquetes de condones
- limitar la disponibilidad de financiamiento para los programas de prevención que educan sobre el uso del condón
- remover evidencia científicamente fundamentada que anteriormente estaba disponible en los sitios de Internet gubernamentales y/o reemplazarla con información censurada, manejada políticamente, que pone énfasis en la abstinencia y que se concentra de manera exagerada en los riesgos potenciales del uso del condón
- manipular y publicitar hallazgos incorrectos referentes a condones de látex que tienen agujeros suficientemente grandes para que el VIH pase a través de ellos. El estudio que más se utiliza para esto, utilizó partículas que fueron 100 millones de veces más pequeñas que las partículas de VIH que se encuentran en el semen.¹⁰
- socavar las convenciones internacionales que apoyarían la promoción de los condones.

Datos Útiles

- El Fondo de Población de las Naciones Unidas, estima una necesidad de al menos 18.6 mil millones de condones para 2015, para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en África, Asia, Europa Oriental y Latinoamérica. Estas cifras se consideran mínimas.¹¹
- Como lo establece el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (PdA – CIPD), “Debe ser una meta de las organizaciones de planificación familiar públicas, privadas y no gubernamentales, la remoción de todas las barreras programáticas relacionadas con el uso de la planificación familiar para el año 2005... La promoción, así como el suministro y distribución de condones de alta calidad, deben convertirse en componentes integrales de todos los servicios de atención a la salud reproductiva.”¹²
- Personas expertas en todo el mundo afirman que el uso, la educación y la disponibilidad de condones son elementos esenciales para el éxito de las campañas de prevención del VIH. Ejemplos en muchos países muestran que la promoción de uso consistente y correcto de los condones puede ayudar a revertir la ola de la pandemia del VIH.¹³

Experiencia en los E.U.A.

En junio del año 2000, varias agencias federales de los E.U.A., incluyendo los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCE), los Institutos Nacionales de Salud (INS), la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID), así como la Administración de Alimentos y Medicamentos (USFDA), revisaron la evidencia científica sobre la efectividad de los condones de látex que se usan para evitar la propagación de infecciones de transmisión sexual durante el coito vaginal. Su análisis apoya el hecho de que los condones son el mejor método para la reducción del riesgo de infección en las personas activas sexualmente.¹⁴

ATAQUES A LOS ANTICONCEPTIVOS:

| Restricción del acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) |

Qué es

Los grupos contrarios al derecho a decidir, cuyo objetivo es eliminar el acceso al aborto, se oponen a este importante medio de prevención de embarazos no planeados. Con el fin de entorpecer el acceso de las mujeres a la AE, estos grupos alegan falsamente que se trata de un abortivo, y difunden otras informaciones alarmistas acerca de su seguridad y eficacia.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Los esfuerzos de la oposición alrededor de la AE pueden ser claramente resumidos si se observa la reciente decisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los E.U.A. (USFDA) que niega el estatus de venta sin receta médica al medicamento Plan B, que es el único producto de marca para AE disponible en los Estados Unidos. A pesar de los hallazgos de su propio panel asesor, en el sentido de que Plan B cumple con los criterios para estar disponible sin receta médica, y de haber recomendado el estatus de venta sin receta, la FDA decidió denegar la petición. Algunos miembros del Congreso demandaron la renuncia de funcionarios clave de la FDA, por negar la petición de venta sin receta con base en razones políticas e ideológicas – no científicas- e hicieron un llamado para que la FDA reconsiderase su decisión.¹⁵

tácticas adicionales:

- bloquear los esfuerzos para hacer que la AE esté disponible a través de farmacéuticos, especialmente para menores de edad
- obstruir el acceso a la AE en salas de emergencia de hospitales (SE), de hecho ocultando información para las sobrevivientes de asalto sexual, acerca de la manera de evitar un embarazo no deseado resultante de una violación.¹⁶ Los hospitales católicos son frecuentemente los principales oponentes a la provisión de AE en las salas de emergencia. Irónicamente, las directrices religiosas y éticas de los hospitales católicos permiten la distribución de AE entre las víctimas de asalto sexual, estableciendo que “una mujer que ha sido víctima de violación debe poder defenderse contra una concepción potencial derivada del asalto sexual”.¹⁷ A pesar de esto, un estudio de las cerca de 600 salas de emergencia de hospitales católicos en el país, encontró que solamente 28 por ciento de estos establecimientos ofrecía AE a las mujeres que habían sido violadas.¹⁸ Algunas veces, un hospital católico es el único proveedor de servicios de salud en una comunidad – lo que deja a las sobrevivientes de asalto sexual con muy pocas probabilidades de ser llevadas a un hospital que sí les proporcionará la AE.
- aprobar la llamada “Acta de Protección a la Salud de los Niños en Edad Escolar” que suspende todos los fondos gubernamentales para agencias locales de educación que recetan AE en ámbitos escolares.

Datos Útiles

- “Los métodos de anticoncepción de emergencia son efectivos y seguros para la mayoría de las mujeres que pueden necesitarlos, y también su utilización es muy simple. ... [La AE] no es efectiva una vez que ha comenzado el proceso de implantación, y no provocará el aborto”. Organización Mundial de la Salud.¹⁹
- Las Acciones Clave para la implementación del PdA de la CIPD establece: “Los gobiernos deben esforzarse por asegurar que para 2015 todas las instalaciones de atención primaria a la salud y de planificación familiar serán capaces de proveer directamente o a través de referencias, la más amplia posible variedad de métodos seguros y efectivos de planificación familiar y anticoncepción”.²⁰

Experiencia en los E.U.A.

El poder asegurar que el público está informado acerca de la AE continúa siendo un reto para quienes defienden y promueven la AE en los Estados Unidos.²¹ La falta de información pública es una oportunidad que tiene la oposición para diseminar información equívoca.

Muchos grupos, incluyendo la Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, apoyan la AE como un medio de reducir los embarazos no deseados cuando las píldoras son tomadas tan pronto como es posible después de una relación sexual desprotegida o de la falla de un anticonceptivo. Los estudios más recientes muestran que la AE puede ser efectiva hasta 120 horas después de un coito desprotegido. La AE puede reducir el riesgo de embarazo hasta en un 95 por ciento si se toma dentro de las primeras 24 horas, y se estima que el 43 por ciento de la disminución de la tasa de aborto en los E.U.A. entre los años 1994 y 2000 se debió al uso oportuno de la AE.²²

ATAQUES AL ABORTO:

Prohibiciones del Aborto

Qué es

Mientras que muchas de las estrategias descritas en esta guía están diseñadas para restringir el acceso al aborto, quienes se oponen al derecho a decidir continúan con sus intentos por prohibir por completo el aborto a través de la legislación.

Ver también:

Hoja Informativa de la PPF: “Aborto Después del Primer Trimestre” <http://www.plannedparenthood.org>
 Hoja Informativa de la PPF: “Cómo se proporcionan los abortos”^h – descripción general de la mecánica de los procedimientos de aborto en varios puntos durante el desarrollo del embarazo <http://www.plannedparenthood.org>
 Instituto Alan Guttmacher: Política Estatal en Breve: “Prohibiciones del Aborto por ‘Nacimiento Parcial’ y ‘Restricciones sobre Abortos Post Viabiles’” <http://www.guttmacher.org/statecenter/spib.html>

Ejemplos de tácticas conservadoras

Una ley federal aprobada en 2003 prohibiría abortos a partir de 12 a 15 semanas de embarazo. Esta prohibición federal empieza mucho más temprano en el embarazo que las leyes de 40 estados que actualmente prohíben abortos de tercer trimestre, excepto cuando la vida o la salud de la mujer están comprometidas. La prohibición federal inconstitucional no incluye excepción para la salud de la mujer, y limitaría a las y los médicos para que no puedan utilizar procedimientos que consideren los más seguros y mejores para sus pacientes.

tácticas adicionales:

- “Infanticidio— llamar “infanticidio” a ciertos procedimientos de aborto, proscribir” cualquier acto deliberado que pretende” y de hecho “mata a un infante humano que ha nacido vivo, pero que no ha sido extraído completamente o expelido del cuerpo de su madre”.²³

Datos Útiles

- Las Naciones Unidas (NU) tienen todavía que expresar explícitamente su apoyo o condena al aborto en términos generales. En cambio, las NU afirman que “no promueven el aborto como un método de planificación familiar” y permiten que cada nación determine el estatus legal del aborto.²⁴ Las NU y las agencias internacionales operadoras reconocen que cuando las mujeres no tienen acceso al aborto seguro, es muy probable que recurran al aborto inseguro; y que el aborto inseguro es una amenaza para la salud pública. Consecuentemente, los principales documentos internacionales alientan a las naciones a despenalizar el aborto.
- En el quinto aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la Asamblea General de las NU adoptó una resolución para promover acciones e iniciativas con el fin de implementar la Declaración de Beijing y la Plataforma para la Acción que establece: “Se exhorta a todos los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales relevantes a fortalecer su compromiso con la salud de las mujeres, a tratar el impacto del aborto inseguro en la salud como una preocupación fundamental de salud pública y a reducir la necesidad de recurrir al aborto a través de servicios de planificación familiar expandidos y mejorados”. El aborto inseguro está definido como “un procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos, o ambas condiciones”.²⁵ Este documento también exhorta a los países a “considerar la revisión de leyes que contienen medidas punitivas en contra de las mujeres que se han sometido a abortos ilegales”.

Experiencia en los E.U.A.

Las prohibiciones del llamado aborto por “nacimiento parcial” fueron promulgadas en muchos estados. En el año 2000, la Suprema Corte de Justicia de los E.U.A., dictaminó que la prohibición en un estado era inconstitucional, debido a que fallaba en proteger la salud de las mujeres y porque podría ser utilizada para “perseguir a médicos que usan procedimientos de DyE [Dilatación y Evacuación], el método más común utilizado para realizar abortos pre-viables de segundo semestre. Todas aquellas personas que realizan procedimientos de aborto utilizando ese método seguramente temen ser acusados, culpados y encarcelados. El resultado de ello es una carga indebida contra el derecho de la mujer de tomar una decisión de aborto”.²⁶ Ese dictamen tiene el efecto de invalidar la legislación que prohíbe el aborto al menos en otros 28 estados que han promulgado prohibiciones casi idénticas.

En 2003, el Congreso promulgó, y el Presidente Bush firmó, una prohibición nacional sobre el llamado aborto por “nacimiento parcial”. Esa prohibición fue cuestionada en tres cortes diferentes, y las tres cortes de distrito federal dictaminaron que la prohibición federal era inconstitucional.

ATAQUES AL ABORTO:

El llamado “consentimiento informado” / retraso obligatorio antes de recibir un servicio de aborto

Qué es

Bajo la apariencia de preocupación por la salud de la mujer, quienes se oponen al derecho de las mujeres de optar por el aborto, intentan limitar el acceso a este servicio creando ansiedad acerca de la seguridad del procedimiento y de los impactos emocionales y en la salud a largo plazo, mediante el ordenamiento para las y los proveedores de servicios para que proporcionen información tendenciosa a las mujeres que consideran el aborto.

La variedad de información alarmista y desinformación que se propaga, incluye alegatos acerca del sistema nervioso fetal, respuesta fetal a estímulos adversos, el llamado “dolor fetal”, una asociación entre el aborto y el cáncer de mama, los “posibles efectos psicológicos perjudiciales del aborto”, el “síndrome de tensión post aborto”, el riesgo de infección, y la exageración de los riesgos médicos que el aborto representa para futuros embarazos y la fertilidad. Muchas de estas argumentaciones dependen de información imprecisa, infundada y engañosa que con frecuencia se basan en estudios fallidos y testimonios tendenciosos de expertos que no están avalados por la comunidad científica o por el sector salud pública.

Quienes organizan el movimiento contrario al derecho a decidir en los Estados Unidos, han trabajado para que se apruebe legislación requiriendo que las y los proveedores de servicios de aborto proporcionen información que está severamente afectada por prejuicios y que con frecuencia es inexacta. En muchas ocasiones, tales requerimientos son parte de leyes que imponen períodos de espera obligatorios a mujeres que están en busca de servicios de aborto. Estas leyes requieren que las mujeres reciban información ordenada por el estado y que entonces esperen de uno a tres días para obtener un procedimiento de aborto. Estos períodos de espera crean barreras logísticas, financieras y legales que limitan el acceso al aborto.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Las campañas de desinformación para desorientar a las mujeres respecto al aborto, han utilizado diferentes medios de comunicación y publicidad, incluyendo la televisión, carteleras, etiquetas adhesivas en parachoques y anuncios impresos. Por ejemplo, una serie de anuncios patrocinados por los Ministerios de las Novias de Cristoj apareció en vehículos de transporte público en una ciudad importante de los E.U.A., advirtiendo la falsedad de que “las mujeres que optan por el aborto sufren de un más frecuente y más mortífero cáncer de mama”.²⁸

El uso de lenguaje y títulos engañosos para la legislación, como “las mujeres tienen derecho a saber” y “consentimiento informado” esconden el hecho de que estas iniciativas están ordenando consejería engañosa y forzando a las mujeres a retrasar el acceso a la atención en salud reproductiva.

tácticas adicionales:

- estipular una acción por homicidio culposo injusta en contra de un/a médico, o estipular un motivo de acción civil para la mujer, “padre” o “abuelo” en contra de un/a médico que no consigue un “consentimiento informado” previo a la práctica de un aborto.
- ordenar o incitar a una mujer para que vea una imagen de ultrasonido del feto y/o que escuche los latidos fetales antes de autorizársele para que obtenga un aborto.

Datos Útiles

- La comunidad internacional de salud pública apoya a las mujeres para que reciban información exacta y consejería no dirigida acerca de los servicios de aborto. Mientras que los períodos de espera pueden ser utilizados para dar información imprecisa sobre el aborto y la salud reproductiva a las mujeres, estos retrasos obligatorios generalmente son apoyados por la oposición debido a que limitan el acceso de las mujeres a los servicios de aborto. Los períodos de espera obligatorios son especialmente gravosos para las mujeres que no viven cerca de una clínica, que no pueden pagar por el transporte, que no pueden tomarse el tiempo para faltar a su trabajo, y que enfrentan otra multitud de obstáculos para la atención en salud reproductiva.
- “Los períodos de espera retrasan innecesariamente la atención y disminuyen la seguridad” y la OMS recomienda que los gobiernos “eliminen los períodos de espera que no son requeridos médicamente, y que expandan los servicios para atender a prontamente a las mujeres que sean elegibles para el servicio”. Declaración de la OMS.²⁹

Experiencia en los E.U.A.

El supuesto vínculo entre el aborto y el cáncer de mama parece haber sido descartado final y definitivamente. El año pasado, el organismo líder de la investigación en cáncer en los E.U.A., el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) publicó un documento resumiendo los hallazgos y conclusiones de expertos sobre la evidencia epidemiológica de que no existe asociación entre el aborto inducido (o el aborto espontáneo) y un aumento subsecuente en el riesgo de cáncer de mama. Habiendo sido revisado y aprobado por expertos, el sitio en Internet del NCI ha sido actualizado para reflejar estas conclusiones. El 21 de marzo de 2003, se publicó una nueva hoja informativa “Aborto [inducido], Aborto espontáneo y Riesgo de Cáncer de Mama”, en http://cis.nci.nih.gov/fact/3_75.htm.

También consulte:

- National Cancer Institute, “What You Need to Know About Breast Cancer” <http://www.cancer.gov/cancerinfo/wyntk/breast>.
- PPFPA Fact Sheet, “Anti-Choice Claims About Abortion and Breast Cancer” http://www.plannedparenthood.org/library/facts/fact_cancer_022800.html.
- Alan Guttmacher Institute, State Policies in Brief, “Mandatory Counseling and Waiting Periods for Abortion” (as of June 1, 2004) http://www.agi-usa.org/pubs/spib_MWPA.pdf.

Acceso de las adolescentes al aborto y atención a la salud confidencial/participación parental obligatoria

Qué es

Quienes proponen la obligatoriedad de la participación parental antes de que una menor pueda obtener un servicio de aborto, sostienen que los padres y madres tienen el derecho a saber y/o decidir sobre cuáles servicios médicos reciben sus hijos o hijas menores de edad. Para las adolescentes que consideran que no pueden decir a sus padres que están embarazadas o cuyos padres se oponen y rechazan el otorgar su consentimiento a las decisiones de sus hijas, los resultados de las leyes de participación parental son retrasos que pueden aumentar tanto el costo como el riesgo físico y emocional de un aborto para la adolescente, dado que un aborto temprano es más seguro.³⁰ Ese tipo de leyes también tienen el potencial de permitir a los padres y madres de familia bloquear la capacidad de sus hijas para obtener servicios de aborto, así como conducir al incumplimiento de la confidencialidad, conforme las adolescentes intentan negociar las “alternativas judiciales” que muchos estados han establecido como alternativas para esas leyes.

Las leyes de participación parental se presentan en una variedad de formas. Algunas requieren el consentimiento de uno o ambos progenitores para el aborto. Otras, requieren que uno o ambos progenitores sean notificados con 24 a 48 horas previas al aborto. En los Estados Unidos, la mayoría de los estados permite a la menor obtener de una corte una dispensa del requerimiento (“alternativa judicial”), la cual debe ser otorgada si la menor es lo suficientemente madura para decidir sobre el aborto por sí misma, o si el aborto propuesto sería en su mejor interés. Algunas leyes contienen una alternativa a la participación parental, como es la participación de un miembro adulto de la familia distinto a los progenitores.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Limitación de las Alternativas Judiciales – el acceso a alternativas judiciales ha sido limitado en algunos lugares por leyes y/o prácticas restrictivas que incluyen: requerir que una menor pruebe su derecho a la alternativa mediante “evidencia clara y convincente” (una mayor carga de la prueba); limitando a lugares cercanos a su hogar los sitios (jurisdicción) en donde una menor puede presentar una petición de alternativa, en donde ella puede ser reconocida; falta de voluntad de algunas cortes para escuchar la petición de la menor. En algunos estados las y los jueces pueden negar estas peticiones a discreción y, en términos prácticos, algunos jueces lo hacen en forma rutinaria.

La llamada “Acta de Protección de la Custodia de los Niños y Niñas” – convertiría en un crimen en los Estados Unidos el transportar a una menor a través de las fronteras estatales para obtener servicios de aborto sin necesidad de cumplir con el consentimiento parental o requerimientos de notificación en su estado de residencia. La llamada iniciativa de ley “Los padres tienen Derecho a Saber” – prohíbe el financiamiento con fondos públicos para cualquier proyecto de planificación familiar, si cualquier proveedor/a de servicios en el proyecto proporciona intencionadamente medicamentos o dispositivos anticonceptivos a una menor a menos que 1) la menor esté emancipada; 2) la corte lo dictamine de otra forma; 3) la o el proveedor de servicios haya dado notificación por escrito al padre o guardián que tiene la custodia de la menor, con cinco días de anticipación; ó 4) que la menor tenga un consentimiento por escrito del padre o guardián que tiene la custodia.

tácticas adicionales:

- dificultar el consentimiento: requiriendo que los consentimientos sean notariados (creando con ello un retraso y un incumplimiento potencial de la confidencialidad)
- extender los requerimientos más allá del aborto: requiriendo el consentimiento o notificación parental previo a la provisión de medicamentos con receta, servicios de planificación familiar o atención prenatal.

Datos Útiles

- Como lo establece el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ((ICPD PoA), “Los países tienen que asegurar que los programas y actitudes de las y los proveedores de atención a la salud no restringen el acceso de las y los adolescentes a los servicios y la información apropiados que necesitan, incluyendo las enfermedades de transmisión sexual y el abuso sexual. Al hacerlo y con el objeto de, entre otras cosas, prevenir el abuso sexual, estos servicios tienen que salvaguardar los derechos de las y los adolescentes a la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deben, cuando sea apropiado, remover las barreras legales, regulatorias y sociales a la información y la atención en salud reproductiva para las y los adolescentes” .³¹
- “En todas las acciones que conciernen a los niños y niñas [definidos como todo ser humano menor de 18 años de edad], emprendidas ya sea por instituciones de bienestar social públicas o privadas, cortes judiciales, autoridades administrativas u organismos legislativos, el mejor interés del niño será una consideración primaria”. Convención sobre los Derechos de la Niñez (CRC), Artículo 3, el cual contiene uno de cuatro principios rectores que gobiernan la implementación de todos los artículos de la CRC (énfasis añadido).
- Los estados han reconocido ya por mucho tiempo que las/los menores de edad tienen la capacidad de dar consentimiento para su propia atención médica y que, en ciertas áreas críticas como la salud mental, la adicción a las drogas y/o el alcohol, el tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS), y el embarazo, el derecho a la atención confidencial es una necesidad de salud pública. Consecuentemente, todos los estados permiten a las y los menores el otorgar consentimiento para su propia atención a infecciones de transmisión sexual y muchos estados les permiten otorgar consentimiento para los servicios de planificación familiar, atención prenatal, y para el tratamiento del alcoholismo y la salud mental.³²
- La Organización Mundial de la Salud observa que la falta de confidencialidad en el acceso a los servicios de atención a la salud sexual, retrasa severamente e inclusive reduce el uso de esos servicios por parte de menores de edad. El requerimiento de notificación parental puede “disuadir a las mujeres de buscar atención oportuna y puede conducirles a arriesgarse al aborto auto-inducido o a usar servicios clandestinos”.³³

Experiencia en los E.U.A.

Una encuesta a pacientes de aborto en los Estados Unidos, conducida por el Instituto Alan Guttmacher (AGI), encontró que 63 por ciento de las menores de edad que tenían abortos tardíos (después de 16 semanas de gestación), citaron como razón del retraso el miedo de hablar con sus padres.³⁴

Un estudio publicado en la Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA) en el año 2002, confirmó que el acceso confidencial a los servicios de salud reproductiva es crítico para toda la ciudadanía Americana, pero especialmente crítica para las y los adolescentes. El estudio de JAMA encontró que cerca del 50 por ciento de las y los adolescentes participantes en el estudio dijeron que si sus padres fueran notificados, entonces no buscarían los servicios de planificación familiar. Sin embargo, el 99 por ciento dijo que de todas formas continuarían teniendo relaciones sexuales.³⁵

ATAQUES AL ABORTO:

Reglamentación Clínica

Qué es

No satisfechos de que las y los proveedores de servicios de aborto estén gobernados por las mismas normas y estándares que norman a otros médicos, los oponentes al acceso al aborto presionan por la implementación de reglamentos dirigidos a las y los proveedores de servicios de aborto o leyes “TRAP”, que añaden requerimientos adicionales, innecesarios y demasiado restrictivos para las y los proveedores de servicios de aborto. Este exceso de reglamentación crea cargas significativas e innecesarias que no tienen justificación médica.

Algunos ejemplos de estos requerimientos incluyen requisitos de la planta física, protocolos de personal detallados, requisitos de informes, y ordenamientos de responsabilidad médica. Frecuentemente, las penas legales por falta de cumplimiento son severas. Aunque este tipo de legislación aparenta promover la salud y la seguridad de las mujeres y podría aparecer razonable a primera vista, muchos de los requerimientos son innecesarios desde el punto de vista médico y sería oneroso financieramente para algunos proveedores el cumplir con ellos. Su verdadero propósito es entorpecer el acceso al aborto y a la adecuada atención a la salud reproductiva.

Tipos de Reglamentación

- *Uso de Ultrasonido* — requerir a las y los proveedores de servicios de aborto que cuentan con equipo de ultrasonido, que digan a las mujeres que pueden ver una imagen de ultrasonido de su “hijo no nacido” antes del procedimiento de aborto.
- *Requerimientos de licencia* – añadir requerimientos agobiantes para obtener licencia por las oficinas médicas y las instalaciones en donde se realiza los abortos, y permitir a funcionarios de gobierno un acceso ilimitado a las instalaciones para que verifiquen el cumplimiento de las normas.
- *Requerimientos de planta física* – la reglamentación del tamaño y número de los vestidores, áreas de servicios sanitarios, iluminación, ancho de vestíbulos, sistemas de aire acondicionado y otros detalles del edificio.
- *Requerimientos de informes* – requerir que las instalaciones que ofrecen servicios de aborto así como las y los proveedores de los servicios, presenten informes detallados con estadísticas/datos sobre abortos, tales como informes individuales sobre cada aborto realizado, información de notificación parental o alternativa judicial, raza de la paciente, el número y tipo de abortos previos de la paciente, razones por las que la paciente decidió tener un aborto, la edad gestacional del feto, la longitud y peso del feto, datos sobre el consentimiento informado, tipo de procedimiento utilizado, complicaciones médicas, y/o tratamiento.
- *Requerimiento de solamente médicos* – requerir que solamente médicos puedan realizar abortos tanto médicos como quirúrgicos.
- *Precauciones relacionadas con demandas* – requerir que la persona que realiza abortos presente y mantenga prueba de contar con seguro contra negligencia médica con montos de cobertura mínimos; creando una causa de acción legal en contra de las y los proveedores de los servicios.
- *Hospitalización* – requerir que las y los médicos tengan privilegios de admisión en un hospital dentro del área local, requerimientos de que los abortos sean realizados en un hospital, que se cuente con equipo de video para todos los pacientes, requerir que las instalaciones de aborto estén localizadas dentro de cierta distancia de la sala de emergencias del hospital.

Datos Útiles

- La Organización Mundial de la Salud observa que las reglamentaciones y las políticas pueden crear barreras para el acceso a los servicios legales de aborto, y explica que “es muy probable que los beneficios para la salud pública al remover las barreras sean considerables”. La OMS cita una lista de reglamentaciones y prácticas problemáticas, que incluyen: “las restricciones innecesarias en los tipos de instalaciones que proporcionan servicios de aborto limitan el acceso para mujeres que son elegibles bajo la legislación nacional”, “solamente las y los médicos están capacitados para proporcionar servicios de aborto”, y “las y los profesionales de la salud se eximen de la atención al aborto, sobre la base de objeción de conciencia, pero no refieren a la mujer a otro proveedor”.³⁶

ATAQUES AL ABORTO Y A LA ANTICONCEPCIÓN:

Cláusulas de Negación

Qué es

Quienes se oponen al derecho a decidir trabajan para limitar el acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva, mediante la promulgación de leyes o políticas que aseguran que tanto las personas como las instituciones puedan invocar la “conciencia” como una medio de negarse a proporcionar servicios básicos de atención a la salud reproductiva. Las cláusulas de negación toman diferentes formas y varían en términos de a quién se aplican, qué procedimientos son impactados, y qué razones son aceptadas.

Las cláusulas de negación pueden abarcar *instituciones* (tanto médicas como no médicas) incluyendo, pero no limitándose a hospitales, clínicas de salud, universidades, otras varias organizaciones de afiliación religiosa (ej.: organizaciones católicas de beneficencia) y compañías de seguros; o pueden abarcar a *individuos* (tanto médicos como no médicos) incluyendo, pero no limitándose a médicos, farmacéuticos y/o su personal (incluyendo a personal no médico) – y a cualquier persona a quien pudiera referirse aún remotamente como “profesional médico”.

Las cláusulas de negación pueden ser aplicables a sólo aborto; sólo aborto y/o abortivos; todos los servicios de salud reproductiva; anticoncepción; todos los “servicios médicos”, así como referencias, consejería o trabajo administrativo relacionado de alguna forma con cualquiera de los servicios antes mencionados.

Las cláusulas de negación definen las circunstancias bajo las cuales se permite a un individuo/institución negarse a proveer el mencionado servicio. Esto es cuando los proyectos de ley difieren en su definición de una creencia, entidad o institución religiosa. Las cláusulas pueden incluso obviar el uso del término “religioso/religión” y ampliar la base de la negación para incluir conflictos “morales” o actos que van en contra de la “conciencia” o “valores” personales. Este tipo de definición amplia permitiría a las personas negar los servicios, no con base en una convicción religiosa genuina, sino con base en su ideología o sesgo político

Ejemplos de tácticas conservadoras

“Aborto No-discriminatorio” — disfrazar las cláusulas de negación como medidas antidiscriminatorias. Pretendiendo proteger a quienes se niegan a proporcionar los servicios de la “discriminación” de ser cesados, esta táctica podría también ser utilizada para proteger a una institución como un hospital para que no pierda el financiamiento gubernamental, aún cuando no esté cumpliendo con la provisión de servicios básicos de atención en salud reproductiva, que son requeridos por ley.

“Cláusulas de Conciencia” — usar lenguaje relativo a la conciencia individual para dar oportunidad a las y los proveedores a que se nieguen a atender a quienes solicitan los servicios. Por ejemplo, las cláusulas de negación para las y los farmacéuticos muchas veces les permiten negar el surtimiento de recetas de anticoncepción de emergencia o de cualquier otra receta que la o el farmacéutico “crea” que podría ser utilizada como abortivo – El uso de la palabra “crea” es clave porque permite que la o el farmacéutico actúe de acuerdo con sus creencias, que pueden estar fundamentadas en alguna doctrina religiosa o ideología política en lugar de la ciencia.

Datos Útiles

- Conforme a una declaración de la Organización Mundial de la Salud, “Los estándares éticos profesionales, usualmente requieren que las/los profesionales de la salud refieran a la mujer a otra/o proveedor que sí tenga la voluntad y esté capacitado para dar el servicio ya sea en la misma instalación de salud, o en otra que esté fácilmente accesible. Cuando la referencia no es posible y la vida de la mujer está en riesgo, se requiere que la/el profesional de salud proporcione el servicio de aborto de acuerdo con la legislación nacional”.³⁷

Experiencia en los E.U.A.

Los grupos profesionales de proveedores de atención a la salud en los Estados Unidos, generalmente apoyan un equilibrio entre respetar la moral y creencias religiosas de la/el proveedor y proteger la capacidad de las/los pacientes para dar consentimiento informado y tener acceso a la atención en salud que necesitan. La Asociación Americana de Enfermeras, afirma que aunque las enfermeras tienen el derecho a rehusarse a participar en casos particulares, una/un proveedor tiene la obligación de “compartir con la/el cliente toda la información relevante acerca de las decisiones sobre su salud que sean legales”. La Asociación Americana de Farmacéuticos, adoptó en 1998 una política que intenta contrarrestar el derecho de las/los farmacéuticos a la negación, con “el establecimiento de sistemas que aseguren el acceso de las/los pacientes a las terapias recetadas legalmente”.³⁸

También consulte:

Instituto Alan Guttmacher, Política Estatal en Breve: www.guttmacher.org/statecenter/spib

Redefinición del Estatus Legal del Feto

Qué es

Mientras que la oposición todavía dirige sus ataques contra los derechos al aborto, también hay una intensa concentración de esfuerzos para elevar el estatus de un feto al de una entidad legalmente separada de la mujer. Esta estrategia es claramente crítica para la agenda a largo plazo de quienes se oponen al derecho a decidir y es parte del tejido que la oposición está elaborando, pieza por pieza, en un intento para socavar el derecho al aborto seguro y legal. Tales proyectos de ley crean tensión en los Estados Unidos con el caso *Roe vs. Wade*, el cual establece que para los propósitos de la Catorceava Enmienda, un feto no es una persona. La aprobación de leyes de protección al feto otorga a las fuerzas contrarias al derecho a decidir una plataforma de lanzamiento para presentar sus argumentos para restringir el aborto.

Numerosas estrategias han sido utilizadas para elevar el estatus de un feto al de una persona, incluyendo leyes de “homicidio fetal”, castigando a las mujeres embarazadas por participar en conductas tanto legales como ilegales que son potencialmente dañinas para el feto, y en lenguaje reglamentario y regulatorio, que define a un feto o “niña/o nonato” como una persona. Algunas estrategias, tales como los “certificados de nacido muerto” y la legislación referente a procedimientos para disponer de los restos fetales, son esencialmente intentos para describir a quienes promueven el derecho a decidir como crueles extremistas que carecen de compasión o preocupación por la salud y bienestar de las mujeres embarazadas, sus fetos, infantes y niños/as.

Tipos de legislación que reconocen la condición de persona al feto

Daño fetal por terceras personas – ej.: la ley federal denominada “Acta de Protección de las Víctimas de la Violencia No Nacidas” crea un castigo por violación a una serie de estatutos criminales si un “niño nonato” es lesionado o muerto durante cualquiera de los crímenes enumerados. La sentencia para alguien que comete un crimen en contra de un “niño nonato” sería igual a la sentencia de alguien que comete un crimen en contra de una mujer adulta.

Castigo a la conducta de la mujer embarazada – definir el uso de drogas y/o alcohol por una mujer embarazada como “administración de drogas a un menor” o abuso infantil. Algunas leyes estatales establecen requerimientos para pruebas e informes sobre abuso de sustancias entre mujeres embarazadas. Durante los últimos 20 años, una gran cantidad de mujeres embarazadas ha sido sujeta a juicio o demandas civiles por participar en conductas tanto legales como ilegales que son potencialmente dañinas para un feto. La mayoría de estos casos han sido sobreesidos o descartados.

Estatutos de homicidio culposo – crear acciones de “homicidio culposo” por el fallecimiento de un feto. Estas propuestas permiten a otra persona actuar en nombre del feto para recuperación de daños.

Legislación de “Nacido Vivo” – definir los términos “persona”, “ser humano”, “niño” e “individuo” para incluir “cada infante miembro de la especie homo sapiens que nace vivo en cualquier etapa de su desarrollo”. Esta definición sería entonces aplicable a cualquier ley, decisión, regulación o interpretación administrativa que se refiere a una persona, ser humano, niño/a o individuo.³⁹

Restos fetales – definición adicional de procedimientos para disponer de los restos fetales, aunque estos procedimientos ya existan. Estas leyes pueden también requerir que una mujer sea notificada de su derecho de inhumación o cremación de los restos fetales.

Certificados de nacido muerto – emitir para fetos nacidos muertos certificados que normalmente se elaboran para nacimientos vivos, con el objeto de elevar el estatus del feto.

“Órdenes de muerte” – aunque tal legislación no ha sido considerada seriamente, es digna de mención. En el estado norteamericano de Georgia, se recibió una propuesta que hubiera requerido a cualquier mujer que solicitara un aborto, que acudiera a la corte para obtener una “orden de muerte”. Una vez que la mujer hubiera presentado la solicitud de tal orden, se nombraría un guardián para el feto y se requeriría un juicio en un plazo de 30 días, en el cual se sopesarían los derechos del feto contra los “derechos de la persona que solicita que se realice la ejecución”.

Seguros para los fetos patrocinados por el estado – considerar al “niño/a nonato” como elegible para seguro financiado por el gobierno, aún en casos en que la mujer embarazada no tiene cobertura.

Datos útiles:

Las Naciones Unidas todavía no apoyan explícitamente o condenan el aborto en general, ni han declarado explícitamente que reconocen que la “condición de persona” comienza después del nacimiento.⁴⁰ Los instrumentos internacionales de derechos humanos están abiertos a la interpretación, pero la Declaración de los Derechos Humanos de las NU sugiere que los derechos humanos no tuvieron la intención de ser aplicados a los fetos.⁴¹ Quienes se oponen al derecho a decidir, están explotando esta laguna jurídica en la legislación internacional para promover su agenda.⁴²

De acuerdo con una declaración de la Organización Mundial de la Salud, “Las mujeres que tratan de resolver el problema de un embarazo no deseado, con frecuencia pueden sentirse en una posición vulnerable, especialmente con respecto a los servicios de salud. Ellas necesitan ser tratadas con respeto y comprensión. Las y los proveedores de salud deben, por lo tanto, ser compasivos con la mujer y proporcionarle información de tal manera que ella pueda entenderla y recordarla, de tal forma que pueda tomar una decisión respecto a si tener o no tener un aborto en la medida que lo permita la ley, libre de inducción, coerción o discriminación”.⁴³

Experiencia en los E.U.A.

Las principales organizaciones de salud pública, incluyendo la Asociación Médica Americana, la Asociación Americana de Enfermeras y la Asociación Americana de Salud Pública, se oponen al castigo de las mujeres debido al uso de drogas y alcohol durante el embarazo, por causas basadas en: acciones o medidas punitivas que pueden ser tomadas en contra de usuarias de drogas o alcohol, incluyendo la encarcelación, solamente con base en sus embarazos; la iniciación de investigaciones y juicios por abuso o negligencia infantil y la toma de pruebas sin consentimiento informado pueden disuadir a mujeres que usan drogas o alcohol para buscar atención prenatal y atención médica durante el parto, aumentando potencialmente con ello los riesgos para la salud de las mujeres y sus hijos/as.⁴⁴

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los E.U.A., no recomiendan la creación de certificados de nacimientos vivos, junto con certificados de defunción por muerte fetal.⁴⁵ Esto causa un caos en el registro de estadísticas vitales y es innecesario.

REEMPLAZO DE LA CIENCIA CON LA IDEOLOGÍA:

| Restricción de la investigación sobre clonación y células madre |

Qué es

La investigación sobre clonación terapéutica y células madre representa una nueva frontera en la investigación científica y médica. Sin embargo, los intentos de la oposición para reducir el estudio y la investigación sobre estas líneas, han estado basados en ideología política y religiosa que busca definir y confinar estos temas dentro del marco de la política de aborto. Tales intentos incluyen esfuerzos para definir, directa o indirectamente, como “feto” o “persona nonata” al óvulo sin fertilizar que se utiliza en la clonación terapéutica, así como para prohibir rotundamente o limitar ese tipo de investigación.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Las restricciones incluyen:

Prohibición tanto de la clonación reproductiva (clonación con el propósito de iniciar un embarazo) y la clonación terapéutica (usada para cultivar tipos específicos de células para el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer y el mal de Parkinson).

Restricciones de financiamiento federal – limitar el número de líneas de células madre embrionarias a aproximadamente 70, para las cuales las/los investigadores pueden obtener dólares federales para investigación. Esta restricción impide que investigadores/as de E.U.A. financiados con fondos federales, puedan utilizar líneas de células madre recientemente desarrolladas, que podrían ser más seguras o más efectivas que aquellas que han sido aprobadas para su uso.

tácticas adicionales:

- adopción de embriones – permitir la adopción de un embrión creado en el proceso de reproducción asistida. Muchas organizaciones han surgido para alentar a las parejas que han concebido exitosamente a través de la fertilización in vitro para que den los embriones en adopción, en lugar de donarlos a la ciencia o destruirlos. Ver por ejemplo el Programa de Adopción de Embriones Congelados de la organización Cristiana Copos de Nieve Luz Nocturna, http://www.nightlight.org/snowflakes_description.asp

Datos Útiles

- “En el año 2003, la Asamblea General de las Naciones Unidas votó ochenta a setenta y nueve para bloquear el esfuerzo apoyado por la administración Bush para hacer que un organismo de las NU aprobara una prohibición, basada en la fe, sobre toda clonación humana. Muchas naciones apoyaron una prohibición encabezada por Bélgica sobre la clonación de personas humanas, que hubiera permitido el uso de la clonación humana para propósitos terapéuticos y científicos. El organismo de las NU votó por retrasar la consideración del tema hasta finales de 2005. Los países musulmanes apoyaron el voto, oponiéndose a la prohibición introducida por los E.U.A., sobre la base de que el Islam no se opone a la experimentación con embriones”⁴⁶
- Aunque cualquier voto de las NU sobre la clonación es en gran medida simbólico, hay un considerable apoyo global considerable para dejar constancia de la oposición del organismo a la clonación reproductiva.⁴⁷

Experiencia en los E.U.A.

La clonación terapéutica tiene el apoyo de la Asociación Médica Americana (AMA).⁴⁸

ATAQUES AL ABORTO:

Centros de embarazo de crisis

Qué es

Los Centros de embarazo de crisis (CEC), se hacen pasar como clínicas de salud reproductiva de amplia cobertura y basadas médicamente, pero en lugar de ello, utilizan propaganda en contra del derecho a decidir, desinformación e intimidación para negar información a las mujeres acerca de la gama completa de sus opciones de salud reproductiva; todo esto, en un esfuerzo para disuadir a las mujeres del ejercicio de su derecho a decidir.

Los CEC utilizan técnicas publicitarias engañosas para atraer a mujeres que enfrentan un embarazo no deseado. Una vez que la mujer está en la oficina, las y los voluntarios del CEC utilizan propaganda en contra del derecho a decidir para presionar y atemorizar a la mujer con el fin de que lleve su embarazo a término.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Además de establecer y operar los CEC, las y los oponentes trabajan para obtener fondos públicos designados para “alternativas al aborto”, a la vez que restringen que esos fondos vayan a otras organizaciones beneficiarias que proporcionan abortos, referencias, consejería o servicios.

tácticas adicionales of CPCs:

- realizan publicidad en formas engañosas
- se localizan cerca de proveedores legítimos de atención a la salud reproductiva de las mujeres
- distorsionan los posibles efectos colaterales del aborto
- operan programas de ‘sólo abstinencia hasta el matrimonio’
- obtienen fondos gubernamentales

Datos Útiles

Las agencias internacionales y los documentos sobre derechos reproductivos enfatizan la necesidad de contar con información precisa sobre todos los temas que se relacionan con la salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto. Los CEC contravienen este estándar.

La OMS en el documento Aborto Seguro: Orientación Técnica y Política para Sistemas de Salud, define los elementos centrales de una política necesaria para asegurar el acceso a los servicios de aborto seguro. Esta política incluye información precisa, y que la OMS define como “Información Central para la Educación Pública” como la siguiente:

- “Las mujeres tienen el derecho a decidir libre y responsablemente si desean o no tener hijos y cuándo desean tenerlos, sin coerción, discriminación o violencia”.
- “Fisiología reproductiva básica, incluyendo cómo sucede el embarazo, sus signos y síntomas”.
- Cómo evitar los embarazos no deseados, incluyendo dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos.
- Circunstancias bajo las cuales el aborto es permitido”
- “La importancia de buscar servicios de aborto legal tan pronto como sea posible cuando se ha decidido terminar con el embarazo”.
- “Dónde y cuándo está disponible un aborto seguro y su costo”
- “Cómo reconocer las complicaciones del embarazo espontáneo y del aborto inseguro; cuándo y dónde obtener tratamiento”
- “La importancia de buscar tratamiento de manera inmediata”⁴⁹

ATAQUES A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Financiamiento público/Leyes mordaza para el financiamiento de la planificación familiar

Qué es

La oposición busca dejar a las/los proveedores de salud reproductiva fuera del negocio, mediante la negación de todo financiamiento público o a través de la restricción de financiamiento para la gama completa de servicios de atención a la salud reproductiva, a menos que las/los proveedores cumplan con “leyes mordaza” (prohibiciones para proveer consejería a las mujeres sobre el aborto, como una de las opciones) o llevar a cabo la onerosa tarea de una total separación de fondos, instalaciones, nombre e incorporación.

Ejemplos de tácticas conservadoras

Quienes están en contra del derecho a decidir han utilizado legislación aislada, asignaciones del presupuesto gubernamental y reglamentación del departamento de salud para afectar el financiamiento de programas de planificación familiar que estén, aunque sea de una manera indirecta, conectados con servicios de aborto.

Adicionalmente al intento de simplemente eliminar la planificación familiar de los presupuestos gubernamentales, los grupos de oposición se han vuelto creativos en sus ataques al financiamiento a través de:

- requerir que los programas de planificación familiar financiados con fondos públicos estén física y financieramente separados de los servicios de aborto financiados con fondos privados.
- prohibir que las y los trabajadores de atención a la salud discutan sobre el aborto como una alternativa como parte de un continuo de servicios o que proporcionen información o referencias para servicios de aborto a mujeres que enfrentan embarazos no deseados.
- dar prioridad a los fondos destinados a la planificación familiar para organizaciones que no realizan, refieren, defienden o promueven el aborto (si todas las organizaciones solicitantes están involucradas en una o más de estas actividades, la prioridad irá a la organización que se involucre menos en ellas).

Datos Útiles

Experiencia en los E.U.A.

- Las clínicas de planificación familiar han mostrado que el proveer acceso a los métodos anticonceptivos y consejería sobre cómo usarlos de manera efectiva, reduce el número de embarazos no deseados, de los abortos, y de los nacimientos no deseados. Cada año, los servicios de planificación familiar financiados con fondos federales evitan del orden de 1,331,100 embarazos y, consecuentemente, 632,300 abortos.
- Diversos estudios han encontrado que los fondos públicos destinados a la planificación familiar evitan aproximadamente 888,200 embarazos no intencionados para mujeres que nunca han estado casadas, evitando de ese modo un estimado de 421,900 abortos y 356,200 de nacimientos fuera del matrimonio.

Los programas de planificación familiar financiados con fondos públicos evitan anualmente unos 385,800 embarazos no intencionados a adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad, evitando alrededor de 154,700 nacimientos y 183,300 abortos de adolescentes.⁵⁰

ATAQUES A LA SALUD REPRODUCTIVA:

Restricción de la prevención del VIH

Qué es

En respuesta a la pandemia global del SIDA, la comunidad internacional, las principales fundaciones y los gobiernos individuales están empleando una cantidad de recursos sin precedentes en los programas de prevención del VIH/SIDA. La oposición considera la lucha contra el VIH/SIDA como un área más en la que puede promover su agenda, con una visión particular encaminada a deshacer los esfuerzos progresistas de prevención y reemplazarlos por la promoción de la abstinencia y el matrimonio.

Hay una estrategia deliberada por parte de las y los líderes de derecha para dar apoyo verbal a la lucha contra el VIH/SIDA, mientras que al mismo tiempo afirman que los esfuerzos existentes han fallado miserablemente y que la programación basada en la ‘abstinencia hasta el matrimonio’ es la mejor opción para contener la ola de la pandemia. Con frecuencia, estas personas afirman que defienden y promueven el modelo “ABC” para la prevención del VIH: abstenerse, basarse en la fidelidad, y utilizar condones. Muchas veces, sin embargo, hay una manipulación deliberada de esta estrategia que no presenta estas tres igualmente importantes estrategias de reducción de riesgos como un paquete integral; sino que, en lugar de ello, argumenta que la abstinencia es el principal método de prevención para toda la gente.

Adicionalmente, el matrimonio es promovido como una intervención clave de salud pública, y se dice que los condones solamente son relevantes para grupos de riesgo marginales que participan en comportamientos que son “aborrecibles” para la sociedad. Este enfoque en el matrimonio, continúa a pesar de la evidencia de que en las naciones más afectadas por el VIH/SIDA, el matrimonio es en realidad un factor de riesgo para las mujeres, siendo las mujeres casadas y monógamas, el grupo de riesgo de mayor crecimiento en algunas partes del mundo.⁵¹

En los Estados Unidos, las y los activistas de derecha también han atacado las iniciativas existentes de prevención del VIH. Por ejemplo, afirmando que los programas de prevención extensiva de la comunidad han demostrado ser inefectivos, como lo muestra un aumento general en el número de nuevas infecciones; los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) bajo la administración Bush, han redirigido dramáticamente sus actividades de prevención del VIH. La mayor parte de los recursos ya no se dedica a trabajar con las poblaciones en riesgo de infección; sino, en lugar de ello, la nueva iniciativa busca individuos para pruebas y busca modificar los comportamientos sexuales de aquellas personas que han resultado positivas en las pruebas.⁵²

Ejemplos de tácticas conservadoras

Mediante el ataque a los programas que incluyen la educación y distribución de condones, la oposición ha podido canalizar fondos gubernamentales para la prevención del VIH hacia sus propias organizaciones y liderazgo.

Por ejemplo, aunque la administración Bush afirma ser líder en la lucha contra el SIDA, el Plan de Emergencia del Presidente para Aliviar el SIDA: Estrategia Global de Cinco Años de los E.U.A. contra el VIH/SIDA (la Estrategia de E.U.A.) margina el uso del condón y amenaza con socavar dos décadas de avances. La Estrategia de los E.U.A. proporcionará aproximadamente \$2 mil millones de dólares durante los próximos cinco años para programas de prevención en 15 naciones. Este financiamiento dirigirá anualmente no menos de \$133 millones de dólares a programas de ‘abstinencia hasta el matrimonio’, totalizando al menos \$665 millones de dólares durante cinco años. Al controlar los hilos del presupuesto de tan amplio programa, la administración Bush está en posición de restringir considerablemente la información acerca de los condones, así como del acceso a los condones para los individuos en riesgo de infección por VIH.⁵³

tácticas adicionales:

- limitar la promoción de condones a los grupos de “alto riesgo” – i.e. usuarios de drogas, sexo trabajadores/as y homosexuales.
- permitir que los grupos basados en la fe reciban fondos para excluir información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo los condones, si tal información es inconsistente con sus enseñanzas religiosas.
- requerir a los recipientes de fondos globales de los E.U.A. para combatir el VIH/SIDA, que tengan una política explícita de oposición a la prostitución.

Datos Útiles

- El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA ha destacado los componentes de los programas de prevención exitosos, entre los que se incluye a los siguientes: “acciones concentradas en todos los comportamientos de prevención (retraso en la edad del inicio de la actividad sexual, abstinencia, fidelidad y reducción de comportamiento ‘peligroso’)”; “acción concentrada en los medios de protección”; “aumentar la conciencia de la juventud y de la población en general sobre el comportamiento seguro”; e “implementar programas de reducción de riesgos para hacer que la gente joven esté consciente del VIH/SIDA, a través de la capacitación en habilidades de negociación para el sexo seguro”. Estos mismos elementos fueron avalados en la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA adoptada por la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en junio de 2001.⁵⁴
- En el quinto aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la Asamblea General de las NU adoptó una resolución para impulsar acciones e iniciativas para implementar la Declaración y Plataforma para la Acción de Beijing, que establece “Adoptar medidas para asegurar la no discriminación en contra y el respeto por la privacidad de aquellas personas viviendo con VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo mujeres y gente joven, de tal forma que no se les niegue la información que necesitan para evitar la subsecuente transmisión del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual; y para que puedan tener acceso a los servicios de tratamiento y atención sin miedo a la estigmatización.”⁵⁵
- El Comité sobre los Derechos de la Niñez en su comentario general No. 3 sobre VIH/SIDA y los derechos de la niñez, ha interpretado a la Convención sobre los Derechos de la Niñez en el sentido de afirmar el derecho a la educación sexual para las niñas y niños (párr. 6), con el fin de permitirles “manejar su sexualidad en forma responsable y positiva”, y continúa: “El Comité desea enfatizar que la prevención efectiva del VIH/SIDA requiere que los Estados se abstengan de censurar, retener o distorsionar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluyendo la salud y la información sexual, y que... los Estados tienen que asegurar que las niñas y niños tengan la capacidad de adquirir el conocimiento y las habilidades para protegerse a sí mismos y a otros conforme comienzan a expresar su sexualidad” (párr. 16).⁵⁶

FUENTES

1. Declaración por Tommy G. Thompson, Secretario de Salud y Servicios Humanos de los E.U.A., en ocasión de la Sesión Especial de la Asamblea General sobre la Niñez, Nueva York, (2002, Mayo 8). <http://www.un.org/ga/children/usaE.htm>; Sesión de Prensa, Conferencia de Prensa por los E.U.A. (2002, May 8). <http://www.un.org/News/briefings/docs/2002/uspoc.doc.htm>; Coalición Internacional por la Salud de la Mujer (International Women's Health Coalition) (2002). Conferencia de las NU y Seguimiento de las Sesiones Especiales sobre la Niñez de la Asamblea General. <http://www.iwhc.org/index.cfm?fuseaction=page&pageID=385>
2. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres (CEDAW), G.A. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46, Art. 10(h), Art 14(2)(b), (septiembre 3, 1981). <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/cedaw.htm>; Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, Art. 19(2), (marzo 23, 1976 <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/b3ccpr.htm>; Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, Art 12-13, (Enero 3, 1976). <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/b2esc.htm>; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafos 7.2-7.8. El Cairo, Egipto, (adoptado en septiembre 13, 1994). http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm; Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial de Sexología, 1994. http://www.worldsexology.org/english/about_sexualrights.html.
3. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafos 7.41, 7.47. El Cairo, Egipto, (adoptado en 1994, septiembre 13). http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.
4. Bearman, P. and Bruckner, H. (2001). "Prometiéndolo el futuro: compromisos de virginidad y la transición al primer coito" ("Promising the Future: Virginity Pledges and the Transition to First Intercourse"), *Revista Americana de Sociología*, 106(4), 859-912.
5. Bearman, P. and Bruckner, H. "La relación entre los compromisos de virginidad en la adolescencia y la adquisición de ETS en el inicio de la edad adulta. Después de la promesa: las consecuencias a largo plazo de los compromisos de virginidad en la adolescencia" ("The Relationship Between Virginity Pledges in Adolescence and STD Acquisition in Young Adulthood. After the Promise: The Long-Term Consequences of Adolescent Virginity Pledges"). Porciones del estudio fueron presentadas en la Conferencia Nacional de Prevención de ETS en Filadelfia, PA, Marzo 9, 2004, p. 10.
6. Kirby, D. (2001). *Respuestas emergentes: Hallazgos de la investigación en programas para reducir el embarazo adolescente (Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy)* (Resumen). Washington, DC: Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, p. 10; Kirby, D. (2002) *¿Retrasan los Programas de Sólo Abstinencia el inicio de la actividad sexual entre la gente joven y reducen el embarazo adolescente? (Do Abstinence-Only Programs Delay the Initiation of Sex Among Young People and Reduce Teen Pregnancy?)* Washington, DC: Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, p. 5; Professional Data Analysts, Inc. and Professional Evaluation Services. (Enero 2004) "Informe de Evaluación 1998-2002 Educación en Minnesota Ahora y Bebés Después", ("Minnesota Education Now and Babies Later Evaluation Report 1998-2002"), preparado por el Departamento de Salud de Minnesota.
7. Hartigan, John D. (1997). Los desastrosos resultados de los programas de distribución de condones (The Disastrous Results of Condom Distribution Programs). <http://www.frc.org/infocus/if97k1ab.html>.
8. Liga Americana por la Vida (American Life League). (accesado en enero 27, 2000). Control Natal (Birth Control). <http://www.all.org/issues/se04.htm>.
9. Lerner, Sharon. (noviembre 9, 1999). "Nación de Condones" ("Condomnation"). *The Village Voice*, p. 26.
10. Stone, Katherine M., et al. (1999). "Métodos de Barrera para la prevención de enfermedades de transmisión sexual" ("Barrier Methods for the Prevention of Sexually Transmitted Diseases"). En King K. Holmes et al., eds., *Enfermedades de Transmisión Sexual (Sexually Transmitted Diseases)*, 34ava edición. New York: McGraw-Hill.
11. Nada Chaya et al. (2002). *Los condones cuentan (Condoms Count)*. Washington, DC: Population Action International, p. 27.
12. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, párrafos 7.19, 7.33. (Adoptado en septiembre 13, 1994). http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.
13. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (Junio 2001). Hoja Informativa: Prevención del VIH/SIDA. http://www.unaids.org/html/pub/publications/factsheets02/fs/prevention_en.pdf. Ver también ONUSIDA (2001, April). "Necesidades y éxitos de la prevención del VIH: Una actualización sobre los éxitos de prevención en VIH en Senegal, Tailandia y Uganda". *Colección de Prácticas Recomendables*, págs. 13-14, ("HIV Prevention Needs and Successes: An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda").
14. Instituto Nacional de Enfermedades Alérgicas e Infecciosas, et al. (2001). Resumen del Taller: Evidencia Científica sobre la Efectividad del Condón para la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention). <http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>.
15. Kaufman, Marc. (mayo 13, 2004). "Se insta a 2 funcionarios de la FDA para que renuncien debido al Plan B" ("2 FDA Officials Urged to Resign Over Plan B). *The Washington Post*, p. A3
16. Amey, Anette and Bishai, David. (2002). "Midiendo la Calidad de la Atención Médica para mujeres que experimentan el asalto sexual, con datos de la Encuesta de Atención Médica Ambulatoria del Hospital Nacional" ("Measuring the Quality of Medical Care for Women who Experience Sexual Assault with Data from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey"). *Anales de Medicina de Emergencia*, 39(6), 631-638.
17. USCCB — Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos (United States Conference of Catholic Bishops). (2001). Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos de Atención a la Salud (Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services), Cuarta Edición. <http://www.ncbuscc.org/bishops/directives.htm>.
18. CFCC — Católicas por el Derecho a Decidir (Catholics for a Free Choice). (2002). *Negación de la Segunda Oportunidad: Anticoncepción de Emergencia en Salas de Emergencia de Hospitales Católicos (Second Chance Denied: Emergency Contraception in Catholic Hospital Emergency Rooms)*. Cambridge, MA: Ibis Salud Reproductiva.
19. Organización Mundial de la Salud. (2004). Hoja Informativa sobre Anticoncepción de Emergencia (Fact Sheet on Emergency Contraception). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/20>. Acciones Clave para la Subsecuente Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Nueva York, USA, 30 Junio-2 Julio 1999, 53.
20. Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, New York, USA, 30 June-2 July 1999, 53.
21. Salganicoff, Alina, et al. (2004). Anticoncepción de emergencia en California (Emergency Contraception in California), Hallazgos de una Encuesta de la Kaiser Family Foundation realizada en 2003. <http://www.kff.org/womenshealth/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=31603>.
22. Ellertson, Charlotte, et al. (2003). "Ampliando a 120 horas el tiempo límite para iniciar el régimen Yuzpe de Anticoncepción de Emergencia" ("Extending the Time Limit for Starting the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception to 120 Hours"). *Obstetrics & Gynecology*, 101, 1168-1171; Jones, Rachel, et al. (2002). "Uso de Anticonceptivos entre mujeres que tuvieron abortos en los EUA en 2000 y 2001" ("Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001"). *Perspectivas de la Salud Sexual y Reproductiva (Perspectives on Sexual and Reproductive Health)*, 34(6), 294-303; Rodrigues, Isabel, et al. (2001). "Efectividad de las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia entre 72 y 120 horas después de un coito desprotegido" ("Effectiveness of Emergency Contraceptive Pills Between 72 and 120 Hours After Unprotected Sexual Intercourse"). *Revista Americana de Obstetricia y Ginecología* 184(4), 531-537; Equipo de Trabajo sobre Métodos Postovulatorios de Regulación de la Fertilidad. (1998). "Prueba Controlada Aleatoria de Levonorgestrel versus el Régimen Yuzpe de anticonceptivos orales combinados para la Anticoncepción de Emergencia", ("Randomised Controlled Trial of Levonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptives for Emergency Contraception"). *The Lancet*, 352(9126), 428-433.
23. Virginia HB 1541; CH. 961/SB 1205; CH. 963, <http://legis.state.va.us/codecomm/digest/2003/dig0333.htm>.
24. Naciones Unidas. (Octubre 2000) Hoja Informativa # 6, ¿Cuál es la postura de las Naciones Unidas respecto al tema del Aborto? (What is the United Nation's Stand on the Issue of Abortion?) <http://www.un.org/geninfo/faq/factsheets/FS6.HTM>.
25. Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas [sobre el informe del Comité Ad Hoc de la Totalidad de la Vigésimo Tercera Sesión Especial de la Asamblea General (A/S-23/10/Rev.1)] (2000). S-23/3. <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/as2310rev1.pdf>; Acciones e iniciativas subsecuentes para implementar la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. (Noviembre 16, 2000). A/RES/S-23/3. <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/ress233e.pdf>.
26. *Stenbergh v. Carhart*, 530 U.S. 914 (2000), at 945-946.
27. Simon, Stephanie. (marzo 24, 2002). "Adversarios del aborto aprovechan informes del vínculo con el cáncer en campaña publicitaria" ("Abortion Foes Seize on Reports of Cancer Link in Ad Campaign"). *Los Angeles Times*.
28. Slobodzian, Joseph A. (1999, April 1). "Autoridad de Tránsito de Filadelfia, arreglo con grupo religioso sobre anuncios retirados" ("Philadelphia Transit Authority, Religious Group Settle over Pulled Ads"). *Philadelphia Inquirer*.
29. Organización Mundial de la Salud. (2003). Aborto Seguro: Pautas Técnicas y de Política para Sistemas de Salud (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems). http://www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf.

