

Documento Técnico

mi CUERPO
mi TERRITORIO



Articulación Regional
de Organizaciones de la
Sociedad Civil de América Latina
y El Caribe **Cairo+20**

Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

Articulación Regional de Organizaciones
de la Sociedad Civil Hacia Cairo + 20

Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**

PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de
América Latina y el Caribe

EQUIPO DE TRABAJO:

Agustina Ramón Michel y Mariana Romero (CEDES)

Fernanda Doz Costa (Amnistía Internacional)

COORDINACIÓN TÉCNICA:

Silvina Ramos (CEDES) y Ana Cristina González Vélez

Con la colaboración de Susana Chávez (PROMSEX)

Diseño y diagramación: www.glyphosxp.com

Documento terminado en enero de 2014

*Este documento fue posible gracias al apoyo del American
Jewish World Service y de la Fundación Ford.*

Contenido

Presentación y objetivos.....	7
I. Metodología	9
II. Análisis de situación basado en los indicadores de SDSR.....	13
a. Iniciativas globales y regionales y sus indicadores	13
b. Evolución de la SDSR a 20 años de CIPD.....	19
Salud sexual y reproductiva de las adolescentes	19
Anticoncepción: información, acceso a métodos anticonceptivos, prevalencia del uso, necesidad insatisfecha, embarazo no deseado.	21
Salud materna: Embarazo, parto y puerperio: atención de la salud materna y morbilidad materna	26
Interrupción voluntaria del embarazo: prevención y atención del aborto inseguro, información sobre aborto seguro, atención del aborto legal	31
Violencia de género y sexual: prevención, atención integral.....	32
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA: prevención y tratamiento	36
Cánceres cervicouterino y mamario.....	37
III. Panorama de las políticas de derechos sexuales y reproductivos.....	38
a. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes	38
Acceso a servicios de SSR.....	38

Educación sexual integral.....	44
Embarazo adolescente.....	48
b. Diversidad sexual. Identidad/orientación sexual/de género.....	49
Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.....	49
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.....	52
c. Anticoncepción.....	53
Información.....	53
Acceso a métodos anticonceptivos.....	55
d. Salud materna. Embarazo, parto y puerperio.....	63
Morbimortalidad materna.....	63
Atención de la salud materna.....	66
e. Interrupción voluntaria del embarazo.....	70
Prevención y atención del aborto inseguro.....	72
Atención del aborto legal.....	74
f. Cánceres cervicouterino y mamario.....	75
Prevención y tratamiento.....	75
g. Violencia de género y sexual.....	78
Prevención y atención integral.....	78
h. Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.....	84
Prevención y tratamiento.....	84
IV. Conclusiones.....	87
Referencias bibliográficas.....	100
Anexo I.	
Iniciativas globales y regionales y ejes temáticos:	
indicadores seleccionados.....	107

Anexo II.

Amnistía Internacional

Documento sobre Estándares de Derechos Humanos en el Marco del Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014.....	115
Introducción	117
I. Análisis desde la perspectiva de los Derechos Humanos de la CIPD y del Programa de Acción de el Cairo	119
1. Igualdad de género, equidad y no discriminación	120
Discriminación múltiple	121
2. Participación	121
3- Recurso efectivo y Rendición de Cuentas.....	122
II. Principales obligaciones de los Estados en relación con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	124
Nota sobre las fuentes de esta sección.....	125
1. Obligación de proporcionar servicios exhaustivos de salud sexual y reproductiva	125
1.1. Acceso a información y servicios en materia de anticoncepción	128
1.2. Interrupción voluntaria del embarazo	130
1.3. Atención de la salud materna.....	132
2. Obligación de proporcionar educación sexual.....	134
3. Obligación de prevenir la violencia basada en género y la violencia contra la mujer	135
4. Obligación de prevenir discriminación basada en la orientación sexual y en la identidad de género	137
5. Obligación de proteger a las defensoras y los defensores de derechos humanos.....	138
Notas aclaratorias	140

Presentación y objetivos

La IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 constituyó un cambio de paradigma en la relación entre población y desarrollo: del control demográfico se pasó a un enfoque de derechos. En ese sentido, se proyectaron nuevas relaciones entre dinámicas demográficas, sustentabilidad ambiental y derechos, en especial de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres y jóvenes.

Los 179 países que participaron de la Conferencia aprobaron el Programa de Acción de la CIPD (PA-CIPD), que consta de una serie de objetivos y metas. Al cumplirse veinte años de la Conferencia, la Asamblea General de las Naciones Unidas dispuso el seguimiento del PA-CIPD.

El potencial transformador del PA-CIPD se hizo posible gracias al impulso que le dieron las distintas organizaciones y movimientos de mujeres y de género previamente a la realización CIPD y los años posteriores. En América Latina y el Caribe (LAC), la participación de las organizaciones no gubernamentales ha sido clave para el seguimiento de los compromisos asumidos por los Estados. Desde hace dos años, más de cincuenta redes, coaliciones nacionales e internacionales, campañas y organizaciones de los movimientos LAC se agruparon en la Articulación de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe (Articulación Regional). La Articulación tiene por objetivo definir y concertar una estrategia de incidencia política que permita sentar las bases para un seguimiento del proceso, identificando cuales

son las demandas irrenunciables de las mujeres vinculadas al consenso de la CIPD, y las mejores vías para garantizar que dichas demandas sean consideradas en todas las resoluciones y acuerdos que conducen hasta la Asamblea General de Naciones Unidas, desde donde emergerá el mandato del PA-CIPD luego de 2014.

Los Estados expresaron su compromiso, y desde la sociedad civil hemos trabajado de forma persistente y comprometida para implementar y enriquecer la agenda de CIPD. Veinte años después, hay progresos y conquistas de los cuales nos sentimos parte. La Articulación Regional está convencida que se trata de un proceso que, si bien ha logrado avances, aun se mantiene abierto, con deudas pendientes y nuevos retos por delante.

A continuación, la Articulación Regional presenta este documento técnico, que tiene como propósito dar cuenta del cumplimiento del PA-CIPD, sumando reflexiones y propuestas para la futura agenda de población y desarrollo.

Este documento se propone dos objetivos:

1. Describir y analizar el grado de cumplimiento de los compromisos de CIPD en relación a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) en LAC.
2. Identificar los temas emergentes, vacantes, y los desafíos de la agenda futura más allá de 2014.

Conforme estos objetivos, el documento se estructura en 4 capítulos. El primero describe la metodología utilizada para la elaboración del documento. El segundo da cuenta la situación de la SDSR a partir de los indicadores disponibles en bases de datos globales y regionales, poniendo énfasis en la identificación de inequidades. El tercero presenta el estado de cumplimiento de los compromisos del PA-CIPD, con énfasis en la identificación de brechas de implementación y barreras. Por último, el cuarto capítulo identifica temas emergentes y vacantes, así como desafíos en la agenda de la SDSR en el marco de la CIPD + 20.



I. Metodología

Para el desarrollo de los objetivos se delimitaron ejes temáticos basados en el PA-CIPD en lo que concierne a la SDSR: en el capítulo VII (Derechos reproductivos y salud reproductiva) en su totalidad; en el capítulo VIII (Salud, morbilidad y mortalidad) para lo referido a la salud de la mujer y la maternidad sin riesgos, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); y en el capítulo IV (Igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres) en lo que refiere a la violencia de género, teniendo en cuenta las revisiones subsiguientes (Cairo + 5; Cairo +10; Cairo +15).

Los ejes temáticos se definieron de la siguiente forma:

- a) *Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes:* acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticonceptivos, educación sexual, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- b) *Diversidad sexual:* identidad/orientación sexual/de género: acceso servicios de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.
- c) *Anticoncepción:* información, acceso a métodos anticonceptivos, prevalencia del uso, necesidad insatisfecha, embarazo no deseado.
- d) *Salud materna:* embarazo, parto y puerperio: atención de la salud materna y morbimortalidad materna.
- e) *Interrupción voluntaria del embarazo:* prevención y atención del aborto inseguro, información sobre aborto seguro, atención del aborto legal.

- f) *Cánceres cervicouterino y mamario*: prevención y tratamiento.
- g) *Violencia de género y sexual*: prevención, atención integral.
- h) *Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA*: prevención y tratamiento.

El recorte temporal para el análisis de situación basado en los indicadores abarca desde los años 1990/1994 hasta el año 2012. En el caso del estado de cumplimiento de los compromisos del PA-CIPD, el período de referencia es de 2009 –última revisión del PA-CIPD–, hasta septiembre de 2013.

Para el desarrollo del capítulo II, Análisis de situación basado en los indicadores, se identificaron y seleccionaron iniciativas de nivel regional o global que tuvieran específicamente como propósito el seguimiento del PA-CIPD o que hayan surgido de acuerdos posteriores de los Estados que conforman las Naciones Unidas y cuyos objetivos afectan la SDSR. Sólo se consideraron las iniciativas que incluían el compromiso de seguimiento de determinados indicadores:

- Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD (CEPAL)¹
- Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL)²
- ISOQuito
- Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS)³
- Seguimiento de las Metas Globales del Milenio (MDG Info) (Naciones Unidas)⁴
- Global Health Observatory (OMS)⁵
- Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative⁶

1 Ver <http://celade.cepal.org/redatam/ryespc/cairo/>

2 Ver <http://www.eclac.cl/oig/decisiones/>

3 Ver http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167:plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234

4 Ver <http://www.devinfo.info/>

5 Ver http://www.who.int/gho/health_equity/en/index.html

6 Ver <http://www.who.int/pmnch/en/>

- Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas.⁷

El análisis de las iniciativas y sus indicadores se realizó en 3 niveles:

1. Conceptual: referido a los ejes temáticos comprendidos en cada iniciativa. Se evalúa su integralidad (*comprehensiveness*) en relación a los temas de la agenda de la SDSR.
2. Indicadores priorizados: se refiere a las dimensiones con las que abordan cada eje (demográfica, normativa, del sistema de salud y de la provisión de servicios).
3. Disponibilidad: se refiere al acceso a la información. Se evalúa cuántos países están reportados, la periodicidad de la información y su grado de desagregación.

La información disponible se presenta posteriormente para cada eje temático. En cada eje se describe su evolución a lo largo de 20 años –cuando es posible– y se sugieren conclusiones. Además, en cada eje temático se buscó dar cuenta de diferenciales por sexo, edad, posición socioeconómica, raza/etnia, área de residencia, identidad/orientación sexual/de género, migrantes/desplazadas, trabajadoras sexuales, discapacidad y población carcelaria como indicación de situaciones de mayor vulnerabilidad a las que pueden estar expuestas las mujeres. La unidad de análisis considerada fue LAC.

Para el relevamiento del estado de cumplimiento del PA-CIPD se realizó una revisión bibliográfica que cubrió los informes país sobre los avances en la agenda CIPD elaborados y pre-

7 Ver <http://www.everywomaneverychild.org/>

sentados por la sociedad civil⁸ (informes país), y los informes y reportes regionales⁹ realizados con miras al seguimiento de Cairo +20.

Las palabras clave utilizadas para la recolección de los informes regionales fueron: cada uno de los términos de los ejes temáticos conjuntamente con el término CIPD/ barreras/salud sexual/salud reproductiva/derechos reproductivos/derecho sexuales, y con el término América Latina/Centroamérica/Caribe/Región Andina/Conosur.

La búsqueda incluyó buscadores de los sitios web de organizaciones internacionales y ONG con experiencia en el tema de SSR: OMS/OPS, UNFPA, UNICEF, Pathfinder International, Center for Reproductive Rights, FOCUS on Young Adults, Family Health International (FHI), International Planned Parenthood Federation (IPPF), ARROW, Population Council, Alan Guttmacher Institute, Women's Link Worldwide, UNIFEM.

8 A la fecha de comenzar este documento se contaba con los siguientes Informes país: Argentina, Brasil, Colombia, Nicaragua, Perú y Uruguay.

9 Declaraciones regionales de la sociedad civil en los procesos de revisión del PA-CIPD (1994-2014); Informes por país de la sociedad civil sobre la evaluación de la implementación del PA de la CIPD en América Latina y el Caribe a 20 años de la Conferencia; Informe regional de América Latina y el Caribe sobre la encuesta mundial sobre el cumplimiento del programa de acción de CIPD y su seguimiento después de 2014 (CEPAL); otros informes regionales y globales elaborados por organismos de Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil sobre la evaluación de la implementación del PA-CIPD en América Latina y el Caribe a 20 años de la Conferencia.

II. Análisis de situación basado en los indicadores de SDSR

Para dar cuenta de la situación de la SDSR, esta sección del documento se organiza en dos partes. La primera, político-metodológica, analiza las iniciativas, sus indicadores y la información disponible siguiendo los tres niveles mencionados anteriormente: conceptual, indicadores priorizados y disponibilidad. La segunda, descriptivo-analítica, presenta la situación para cada eje temático y sugiere conclusiones.

a. Iniciativas globales y regionales y sus indicadores

Los indicadores de cada iniciativa para cada eje temático se listan en el Anexo I. Asimismo, la Tabla 1 resume la relación iniciativas/indicadores usando los colores del semáforo para resaltar cuán integrales son algunas de las iniciativas (verde) respecto de la SDSR y cuán ausentes están algunos de los ejes temáticos (rojo).

Tabla 1. Ejes temáticos seleccionados e integralidad de las iniciativas globales y regionales.

	Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD (CEPAL)	Observatorio de Igualdad de Género de LAC (CEPAL)	ISOQUITO	PdEA para Acelerar la Reducción de la MMS (OPS/OMS)	Seguimiento de las Metas Globales del Milenio (Naciones Unidas)	Global Health Observatory (OMS)	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health and Countdown to 2015 Initiative	Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños
SSR de adolescentes y jóvenes								
Diversidad sexual								
Anticoncepción								
Salud materna								
Aborto								
Cáncer cervicouterino y mamario								
Violencia de género y sexual								
ITS y VIH/SIDA								

Referencia
 En todas las iniciativas
 En la mayoría de las iniciativas
 En algunas iniciativas
 Ausente en las iniciativas

14

Considerando los dos primeros niveles (Conceptual e Indicadores priorizados) para cada iniciativa y los indicadores, se observa que:

- **Anticoncepción y salud materna son temas incluidos en todas las iniciativas globales y regionales.** Los indicadores seleccionados en cada una de ellas son los que habitualmente se reportan a través de las encuestas de fecundidad y salud o los relevamientos especiales sobre salud reproductiva, con énfasis en la prevalencia de uso de anticonceptivos y las necesidades insatisfechas de planificación familiar. En relación a salud materna, los indicadores seleccionados responden a un enfoque tradicional de la salud materno infantil. Se relevan indicadores básicos de las estadísticas vitales como tasa de mortalidad materna o partos institucionales y/o atendidos por personal capacitado. Las iniciativas de OPS y del Secretario de Naciones Unidas son las únicas que contienen indicadores referidos al proceso de atención, incluyendo el acceso a prácticas basadas en las evidencias o al control prenatal o puerperal por personal capacitado.
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes están cubiertos por 5 de las 8 iniciativas.** El abordaje de las ITS y el VIH cubre tanto aspectos ligados a conocimiento

de prácticas preventivas como también prevalencia, acceso a tratamiento, transmisión vertical y tasa de mortalidad por VIH. Respecto de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes,¹⁰ la situación se evalúa por su contribución a la fecundidad, enfatizando una perspectiva demográfica del eje temático. La excepción es ISOQuito, que hace referencia a la existencia de programas de educación sexual.

- **Violencia de género y sexual está cubierta por 4 de las 8 iniciativas.** Se mide la cantidad de mujeres fallecidas por violencia de la pareja, la existencia de legislación o los países que vigilan la violencia durante el embarazo. El Global Health Observatory presenta un único dato correspondiente a una estimación de la prevalencia regional de la proporción de mujeres que ha sufrido violencia física/ sexual de su pareja u otro en algún momento de su vida.
- **Aborto tiene indicadores sólo en 2 iniciativas de nivel regional.** Cada iniciativa tiene un solo indicador que podría ser un proxy del acceso de las mujeres a un aborto seguro: presencia de legislación que permite el acceso al aborto (ISOQuito) y porcentaje de muertes maternas por abortos inseguros (Plan de Aceleración, OPS).
- **Cánceres cervicouterino y mamario y diversidad sexual no tienen indicadores en ninguna de las iniciativas mencionadas.**

El análisis de los niveles conceptual y de indicadores priorizados indica que:

10 Para evitar el uso constante de «las, los, lxd, l@s, l*s» y facilitar la lectura, utilizaremos el «a» y el «o» en forma indistinta. En ambos casos la intención es hacer una alusión a todas las personas, independientemente de su sexo o género; salvo cuando resulte claro la identificación o cuando así se aclare.

- Aun con los avances en la conceptualización y la integralidad de las definiciones de SDSR, en los ejes temáticos predomina un abordaje más tradicional, donde hay supremacía de indicadores sobre anticoncepción y salud materno infantil.
- Las adolescentes son básicamente abordadas desde su contribución a la fecundidad, lo que refuerza la idea del embarazo en las adolescentes como problema, sin promover un enfoque integral y de derechos.
- Aun cuando la violencia contra las mujeres y el aborto inseguro son ejes temáticos con reconocimiento creciente dados la violación de derechos que expresan, el impacto que tienen en la salud física y emocional, y la proporción de mujeres afectadas, apenas si los incluyen dos de las iniciativas.
- Dos ejes temáticos, cánceres cervicouterino y mamario y diversidad, no están incluidos en ninguna iniciativa. Puede pensarse que en el caso de los cánceres la ausencia denota que, a pesar del énfasis en el ciclo de vida, el foco de las iniciativas está en las mujeres en edad fértil y por tanto se dejan de lado afecciones más frecuentes en la etapa post reproductiva. En el caso de la diversidad de géneros, a pesar de la legitimidad ganada en algunos planos, aun se percibe como un tema de minorías y, por ende, los esfuerzos técnicos no están puestos en diseñar indicadores que destaquen su importancia.

Lo que se observa hasta aquí contribuye a respaldar la preocupación que han expresado numerosos documentos: la tensión existente entre el esfuerzo de mostrar la integralidad de la agenda de CIPD (el ciclo de vida, la diversidad de géneros, la sexualidad más allá de la reproducción) versus la fuerte impronta del abordaje más tradicional de fecundidad, planificación familiar y salud materna.

En relación al tercer nivel, Disponibilidad de información para los indicadores propuestos, se evalúa cobertura por país, series de tiempo, desagregación por edad, lugar de residencia, nivel educativo y otras variables sociodemográficas relevantes. La Disponibilidad es clave para evaluar tendencias, brechas entre grupos y, eventualmente, formular algunas hipótesis acerca de los comportamientos observados.

El Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD de la CEPAL es la base de indicadores que reúne la mayor cantidad de datos y propone una desagregación anual basada en la edad, escolaridad, ingreso y otras variables sociales. Sin embargo la cobertura es dispar, siempre con mayor representación de los países de América Latina que de los del Caribe, salvo en el caso de los países con encuestas o relevamientos periódicos

específicos de SDR. Llama la atención que en algunos casos la información faltante debería provenir de sistematizaciones rutinarias de los países, como son las estadísticas vitales, por ejemplo, o la razón de mortalidad materna o la proporción de partos atendidos por personal calificado. En estos casos, puede ser que los países opten por no remitir la información o, dado que los datos no varían demasiado (por ejemplo en la Argentina o Chile para los ejemplos mencionados), se reporten con intermitencia, es decir, sólo algunos años. Cualquiera sea la razón, la posibilidad de comparación en el tiempo y entre países está seriamente afectada por la falta de datos. Para indicadores como tasas de mortalidad y fecundidad, CEPAL usa las estimaciones realizadas por las agencias de Naciones Unidas y no la información oficial de los países. Esto trae consecuencias de al menos dos tipos: por un lado, las estimaciones están disponibles para años puntuales o como resumen de un trienio o quinquenio y complejiza la obtención de series de tiempo. Por otro, puede actuar como desincentivo para que los países produzcan información válida, dado que eventualmente sus esfuerzos de recolección no se usan por fuera del territorio. Por último, se cuenta con dos valores (un estimado y la estadística del país) que tal vez tengan comportamientos similares –aunque no necesariamente–, lo que también impacta en el seguimiento y la rendición de cuentas.

Las iniciativas del sistema de Naciones Unidas como la de CEPAL o MDG Info suelen compartir las mismas fuentes de información provista por la estandarización de bases y las estimaciones para el seguimiento de indicadores globales de salud –como los contenidos en el Global Health Observatory y los Objetivos de Desarrollo del Milenio–. Sin embargo, el Countdown 2015¹¹ se basa en reportes de los países seleccionados en cada región¹² con datos producidos por los mismos países,

11 El Countdown 2015 es implementado a través del Partnership for Maternal, Newborn and Child Health.

12 En el caso de LAC sólo están incluidos Bolivia, Brasil, Guatemala, Haití, México y Perú.

dado que insta a «mejorar la información para obtener mejores resultados», en acción conjunta con la Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños. Esta iniciativa no reporta los valores de los indicadores y sólo se accede a los reportes de los países.

Cuando se considera el nivel de disponibilidad de información, es necesario hacer una mención especial sobre ISOQuito.¹³ En la dimensión «autonomía de las mujeres» esta iniciativa recoge variables como demanda insatisfecha de anticonceptivos, prevalencia de uso de anticonceptivos, tasa de mortalidad por violencia de la pareja y mortalidad materna por aborto. Las autoras reconocen a ésta como una «dimensión ausente», porque la información no se registra de forma continua y sólo existen datos para algunos países de la región. Estos son, justamente, los indicadores clave para observar la evolución de la situación de la SDSR.

La Tabla 2 resume algunas características de las bases y de los indicadores provistos por cada iniciativa. Luego del análisis de los 3 niveles, la decisión metodológica es la de utilizar los Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD de la CEPAL, dado que ofrecen mayor cobertura y desagregación. En el caso de ejes temáticos donde no se dispone de información de esta fuente, se consideran otras iniciativas y documentos de CEPAL.

Tabla 2. Características de las bases e indicadores contenidos en las iniciativas.

Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD (CEPAL)	Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (CEPAL)	ISOQuito	Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS)
Usa CEPAL STAT Listado de indicadores más completo Mayor presencia de América Latina y ausencia relativa del Caribe No todos los años, último reporte 2009 Desagregación: edad, rural/urbano y escolaridad	Usa CEPAL STAT Último dato disponible Reportes, no hay acceso a los datos Indicadores para ISOQuito	Toma 16 países de LAC para los cuales se contó con información oficial disponible en el Observatorio de Igualdad de Género de CEPAL	La base no está disponible. Será publicada en septiembre de 2014

13 ISOQuito es un índice creado por la sociedad civil para el seguimiento del Consenso de Quito. El índice ordena bajo un solo valor las diversas dimensiones de la desigualdad de género. ISOQuito plantea que la explicación de las exclusiones, desigualdades y discriminaciones de género se encuentra en cinco factores decisivos: la división sexual del trabajo, la distribución desigual del acceso, uso y control sobre los recursos productivos, la distribución desigual del poder entre hombres y mujeres, la distancia entre los aspectos de «jure» y de «facto» que impiden a las mujeres el ejercicio de sus

b. Evolución de la SDR a 20 años de CIPD

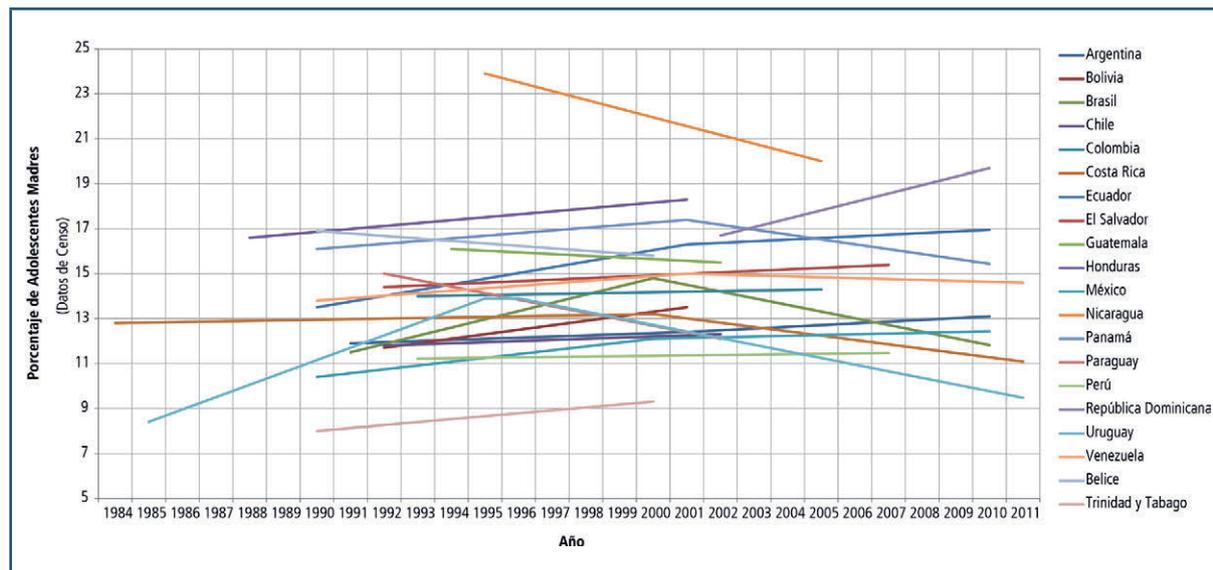
Salud sexual y reproductiva de las adolescentes

- 309 millones de mujeres en edad fértil residen en LAC. De ellas, casi la mitad (140 millones) son adolescentes y gente joven (CEPAL-CELADE 2011).
- Las mujeres jóvenes (15-24 años) de LAC tienen los índices más altos de necesidades no satisfechas de planificación familiar en comparación las otras regiones del mundo (ARROW, 2012).
- Entre 10 y 20% de las mujeres de 15-19 años en la Región tienen al menos un hijo o está embarazada. No se observan cambios en las proporciones en los últimos 30 años. Al desagregar este indicador por la escolaridad de la adolescente es posible observar la brecha que la literatura ha reportado respecto de la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres sin instrucción formal (30%-50% embarazadas o con un hijo) respecto de aquellas con escolaridad secundaria (5-15%).

Base de datos de seguimiento de las Metas Globales del Milenio (Naciones Unidas)	Global Health Observatory (OMS)	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative	Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas
<p>Información ODM</p> <p>Son los reportes por país estandarizados y bases de NU</p>	<p>Usa estimaciones de las bases de UN</p> <p>Reporte por regiones de OMS y Banco Mundial</p> <p>Las Américas es considerada una única región e incluye Canadá y Estados Unidos</p>	<p>Output de los países prioritarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolivia ▪ Brasil ▪ Guatemala ▪ Haití ▪ México ▪ Perú <p>Centrado en salud materno infantil</p>	<p>Implementada a través del Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative</p>

derechos y de su ciudadanía y obstaculizan el desarrollo de su autonomía, y un sistema cultural que reproduce las diversas formas de desigualdad de género. Las dimensiones seleccionadas de autonomía física; autonomía en la toma de decisiones y autonomía económica, cuentan con datos de calidad y en su mayor parte están disponibles en el Observatorio de Igualdad de Género de CEPAL. Estos factores combinados son lo que dan por resultado un índice que permite una medición compuesta del grado de desarrollo y avance en los compromisos orientados a la igualdad de género.»

Gráfico 1. Proporción de adolescentes de 15 a 19 años que tienen al menos 1 hijo o que están embarazadas. Datos censales. América Latina y el Caribe 1985-2010.



Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/pryesp/cairo/>

- La proporción de mujeres adolescentes indígenas con hijos suele superar el promedio de las adolescentes no indígenas: son cuatro veces más en Paraguay y dos veces más en Costa Rica y Panamá (CEPAL/OPS 2011). Una situación similar ocurre con las adolescentes de grupos étnicos como las mujeres asháninkas y otros pueblos amazónicos, donde el 40% de las adolescentes tienen al menos un hijo o hija (UNICEF/Perú 2010 citado en ECMIA s/f).
- Los datos sobre el conocimiento de las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos,¹⁴ el período fértil y el VIH-sida sólo están disponibles para muy pocos países y tienen una relativa desactualización. Los países que han relevado el conocimiento de métodos al menos en tres momentos durante los últimos veinte años, muestran que el conocimiento ha aumentado y que en general, en una proporción elevada, las adolescentes pueden mencionar al menos un método.
- Si bien se proponen indicadores para evaluar aspectos relacionados con la prevención y/o una perspectiva más integral como acceso a servicios o educación

14 Conocimiento de métodos anticonceptivos: mide el grado de conocimiento de métodos anticonceptivos entre los adolescentes. Se calcula haciendo el cociente entre la población de 15 a 19 años que conoce al menos un método anticonceptivo y la población de ese grupo de edad, por cien.



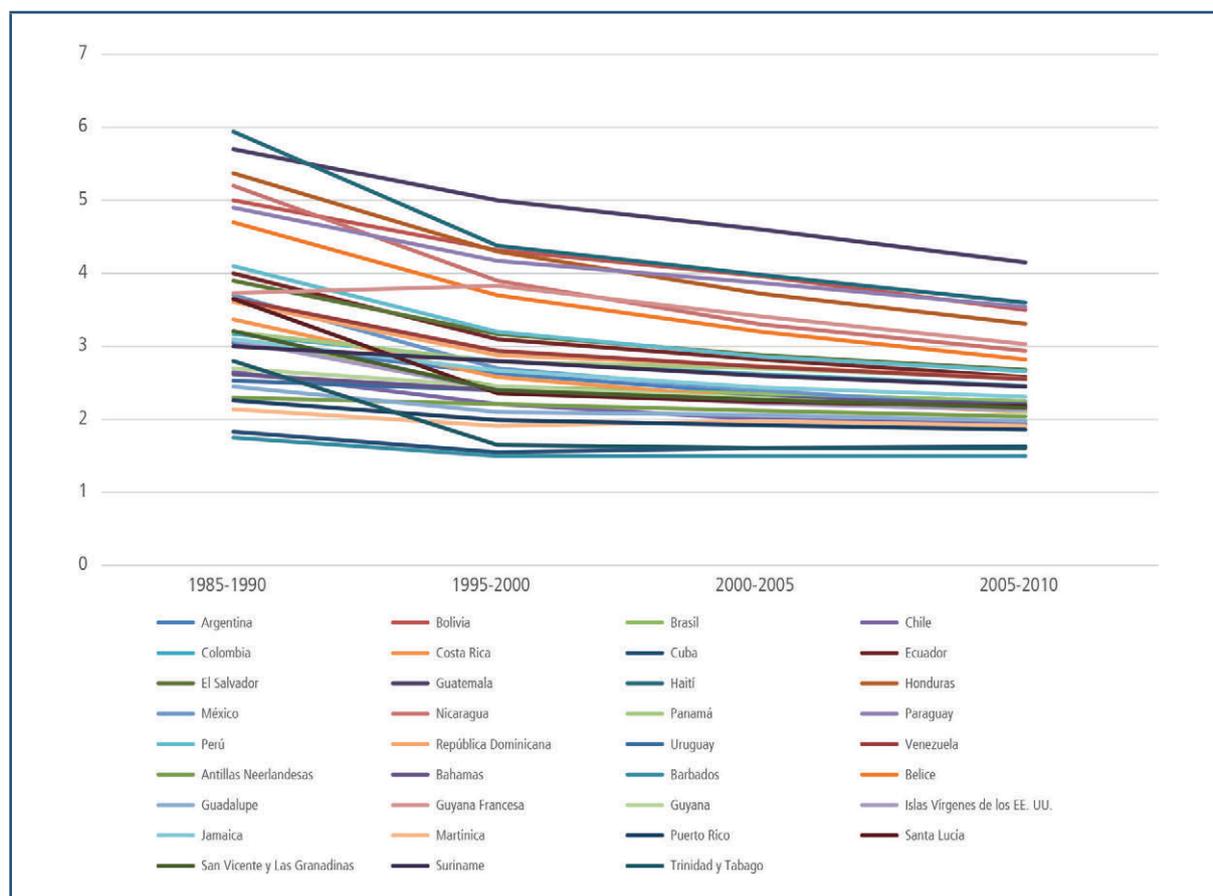
sexual, en las bases seleccionadas no hay información de los indicadores.

- La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes siguen planteando múltiples desafíos y requieren un abordaje distinto del sostenido hasta ahora. La escasa articulación de los sectores educativos y de salud, la casi inexistente perspectiva de promoción de derechos, autocuidado y bienestar, a la par de un abordaje poblacional de la prevención del embarazo, han demostrado pocos resultados positivos para las adolescentes y jóvenes de la región.

Anticoncepción: información, acceso a métodos anticonceptivos, prevalencia del uso, necesidad insatisfecha, embarazo no deseado.

- Casi todos los países de América Latina muestran descensos en la tasa global de fecundidad (TGF)¹⁵ en las últimas 3 décadas. El descenso es mayor en aquellos países que partieron de TGF más elevadas (4 a 6 hijos por mujer) que entre aquellos con TGF menores a 3 al inicio del período. Se observa una disminución de la brecha entre los países de alta y los de baja TGF. Para los países del Caribe se observa un comportamiento similar, aunque un grupo importante inició con TGF entre 2 y 3 hijos por mujer y, por lo tanto, los descensos progresivos son menores.

15 Tasa global de fecundidad: número de hijos que en promedio tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si durante la misma estuvieran expuestas a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio.

Gráfico 2: Evolución de las tasas globales de fecundidad. América Latina y el Caribe 1985-2010

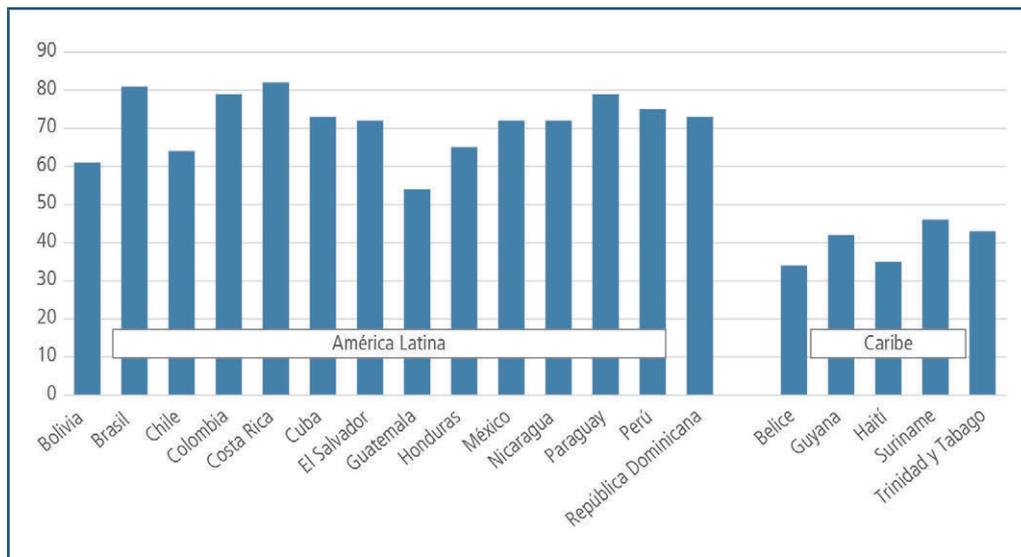
Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/ryresp/cairo/>. Tasa Global de Fecundidad total y específicas (por edad): Estimaciones y proyecciones del CELADE (2006), División de Población de la CEPAL (<http://www.cepal.org/celade>). Para los países no contemplados por esta fuente, se utiliza World Population Prospect: The 2004 Revision. Para las desagregaciones se utilizan encuestas de demografía y salud (DHS, CDC y, en el caso de México, página Web del INEGI, Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer).

- Las tasas de fecundidad específica (TFE) de las adolescentes (15-19 años)¹⁶ en América Latina muestran un descenso a lo largo de los quinquenios, aunque el descenso no parece tan pronunciado como el que puede observarse en las mujeres de 35 a 39, quienes al inicio del período partieron de TFE similares.
- El «amesetamiento» de la tasa de fecundidad adolescente puede ser resultado, entre otros factores, del enfoque de los programas de planificación familiar. En general, el *target* son las mujeres adultas unidas, quienes pueden estar en mejores condiciones -en términos de recursos emocionales y materiales- de no tener más hijos una vez alcanzado el ideal reproductivo.

16 La TFE en mujeres de 15 a 19 años es el número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad en ese mismo período, en un determinado país, territorio o área geográfica.

- La prevalencia del uso de anticonceptivos¹⁷ complementa la información que brinda la TGF. Como la información proviene de encuestas o relevamientos especiales, sólo se dispone de información en los países donde se realizaron encuestas de fecundidad o de demografía y salud. Los últimos datos corresponden a relevamientos entre 2005 y 2012. La prevalencia del uso es mayor (5 a 8 mujeres de cada 10) en los países de América Latina que en los del Caribe (3 a 5 mujeres de cada 10).

Gráfico 3: Prevalencia del uso de anticonceptivos. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, relevamientos 2005-2012 (en porcentajes).



Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/ryesp/cairo/>. Los datos consignados fueron obtenidos del Sitio Oficial de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (<http://mdgs.un.org>), de Encuestas de demografía y salud (DHS – Informes y Sistema STATCompiler–, CDC y, en el caso de México 1992, de la página Web del INEGI). Las cifras ingresadas corresponden a las mujeres en unión, en la mayoría de los países entre 15 y 49 años y en otros entre 15 y 44 años.

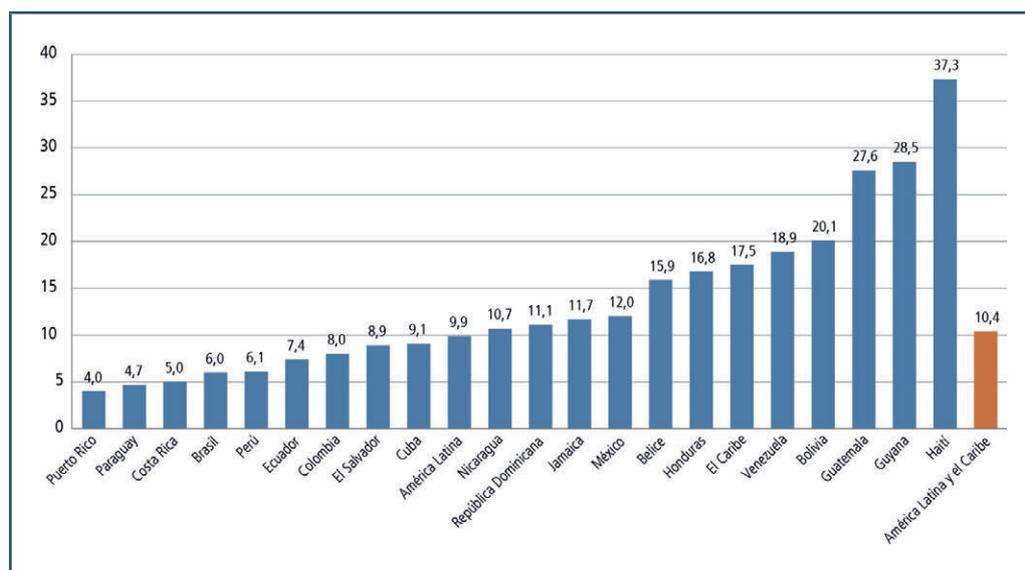
- El aumento de la prevalencia de uso ha sido a favor de los métodos modernos. En América del Sur la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es de 70%, seguida por la de América Central (64%) y la del Caribe (61%) (PRB, 2013).¹⁸ El crecimiento más importante de la prevalencia de uso se da entre las mujeres residentes en las zonas rurales y las que tienen menor escolaridad.

17 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos ellas o sus compañeros.

18 Disponible en: <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2013/2013-world-population-data-sheet/world-map.aspx>.

- Las tasas de prevalencia de uso son significativamente menores en las mujeres indígenas: en Guatemala y Nicaragua, 7 de cada 10 mujeres indígenas declara no usar métodos de planificación familiar, mientras que en el caso de sus pares no indígenas estas cifras descienden a 5 y 3 de cada 10 mujeres, respectivamente. En Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México y Perú, alrededor de 5 de cada 10 mujeres indígenas no usa método alguno. (Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2009 citado en ECMIA s/f).
- La demanda insatisfecha de planificación familiar¹⁹ indica que entre el 4% y el 37% de las mujeres de los diferentes países de la región encuentran obstáculos que les impiden regular su fecundidad. En promedio, 1 de cada 10 mujeres de la región tiene demanda insatisfecha de planificación familiar.

Gráfico 4: Demanda insatisfecha de planificación familiar. América Latina y el Caribe, último dato disponible (en porcentajes).



FUENTES: **Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio.** <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>>. División de Estadística de las Naciones UnidasDENU. <<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>>
Anexo Estadístico del Informe ODM 2013. <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Products%2fProgressReports.htm>>. División de Estadística de las Naciones UnidasDENU. <<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>>

Fuente: <http://www.cepal.org/oig/ws/getRegionalIndicator.asp?page=02&language=spanish>.

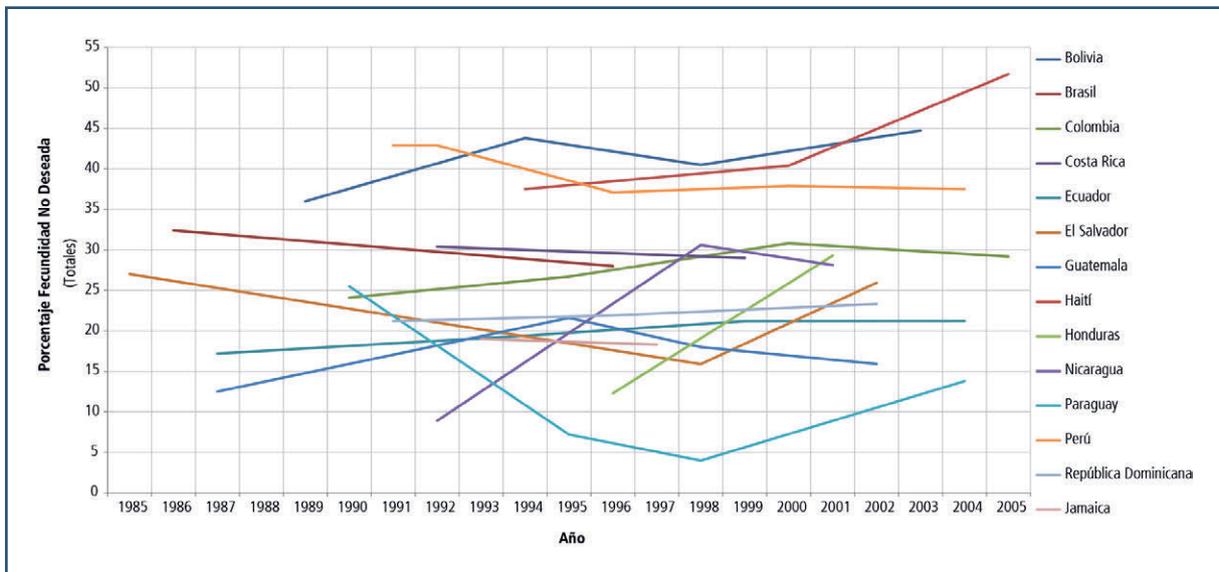
- El análisis de la demanda insatisfecha por lugar de residencia, edad y escolaridad muestra una disminución de las brechas en el tiempo entre los grupos de las mujeres que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad (residentes de

19 La demanda insatisfecha de planificación familiar expresa la proporción de fecundidad que resulta de nacimientos no deseados respecto a la fecundidad observada. Se calcula haciendo el cociente entre la tasa de fecundidad no deseada y la tasa global de fecundidad, por cien.

zonas rurales, menor escolaridad, más jóvenes) y aquellas en una situación más favorable (residentes de zonas urbanas, mayor escolaridad y adultas). Esto complementa lo observado con la prevalencia de uso de anticonceptivos.

- El porcentaje de fecundidad no deseada, definido como la proporción de fecundidad que resulta de nacimientos no deseados respecto a la fecundidad observada,²⁰ muestra que a pesar del crecimiento del uso de métodos modernos y la disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar, la brecha entre lo que ocurre (TGF) y la fecundidad deseada persiste en el tiempo sin cambios importantes.

Gráfico 5: Porcentaje de fecundidad no deseada. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, relevamientos 1985-2012 (en porcentajes).



Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/ryespc/cairo/>. Encuestas de demografía y salud (DHS y CDC).

- La tasa de embarazos no deseados en la región es alarmante: más de la mitad de embarazos no son planeados (Guttmacher 2011; Articulación Regional Feminista 2011).
- En LAC las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos son altas. Sin embargo las tasas de necesidad no satisfecha de anticoncepción son relativamente elevadas, al igual que los embarazos no planeados. Metodológicamente es necesario indagar más y mejor sobre las definiciones y métodos de estimación de

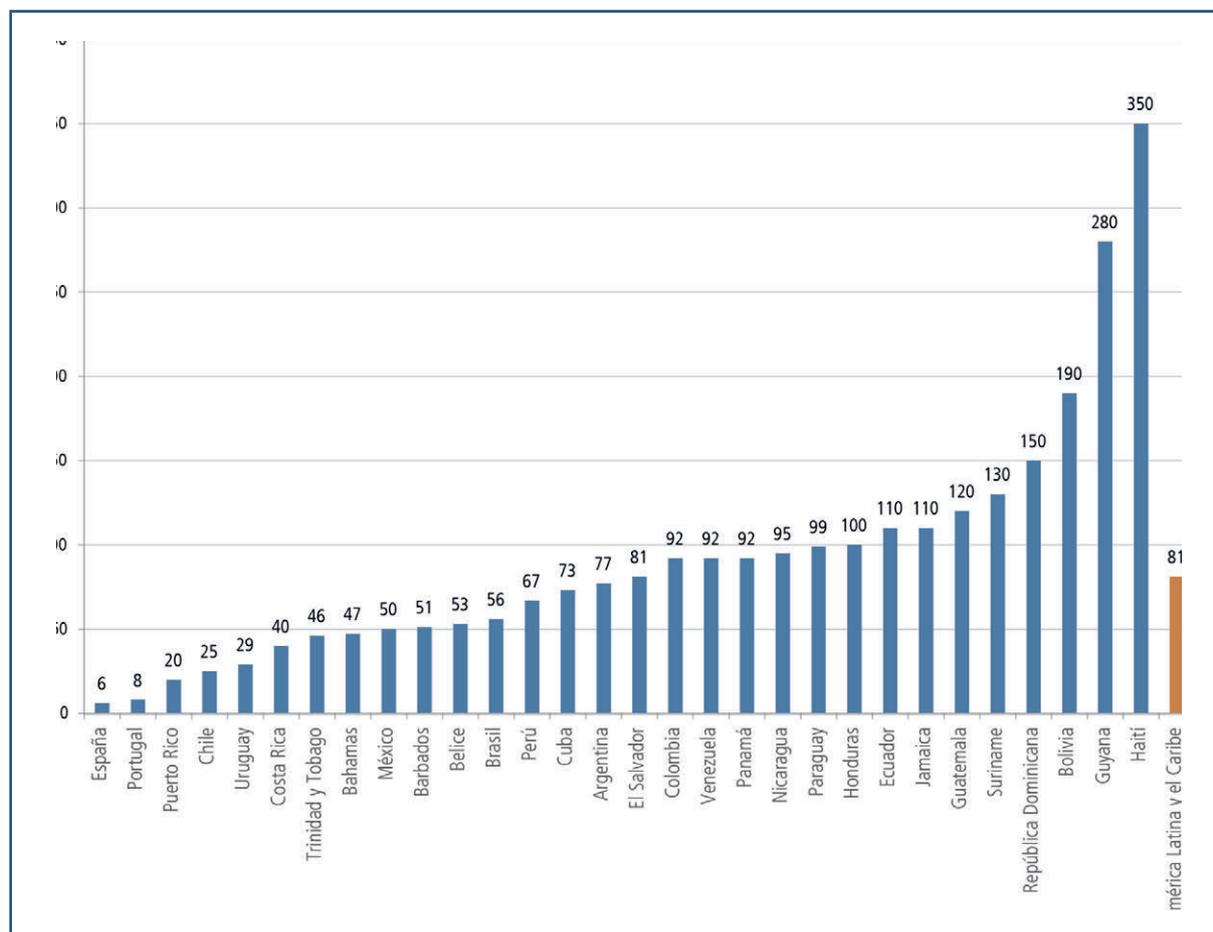
20 Se calcula haciendo el cociente entre la tasa de fecundidad no deseada y la tasa global de fecundidad, por cien.

cada indicador. Desde lo conceptual, deben entenderse mejor los determinantes, las relaciones, la toma de decisión y las prácticas alrededor de los métodos anticonceptivos y de la planeación (o no) de un embarazo para entender mejor estos resultados no necesariamente coincidentes.

Salud materna: Embarazo, parto y puerperio: atención de la salud materna y morbilidad materna

- La razón de mortalidad materna (RMM) de los países del Caribe es más elevada (190 x 100.000 NV) que la de los de América Latina (72 x 100.000). Aun así, la región tiene una tasa de mortalidad materna relativamente baja si se la compara con las de otras regiones, como el África Subsahariana o el sur de Asia. Las excepciones son Haití y Guyana, que tienen tasas similares a las de los países africanos.

Gráfico 6: Razones de mortalidad materna. América Latina, el Caribe y la Península Ibérica, 2010 (por cada 100.000 nacidos vivos).

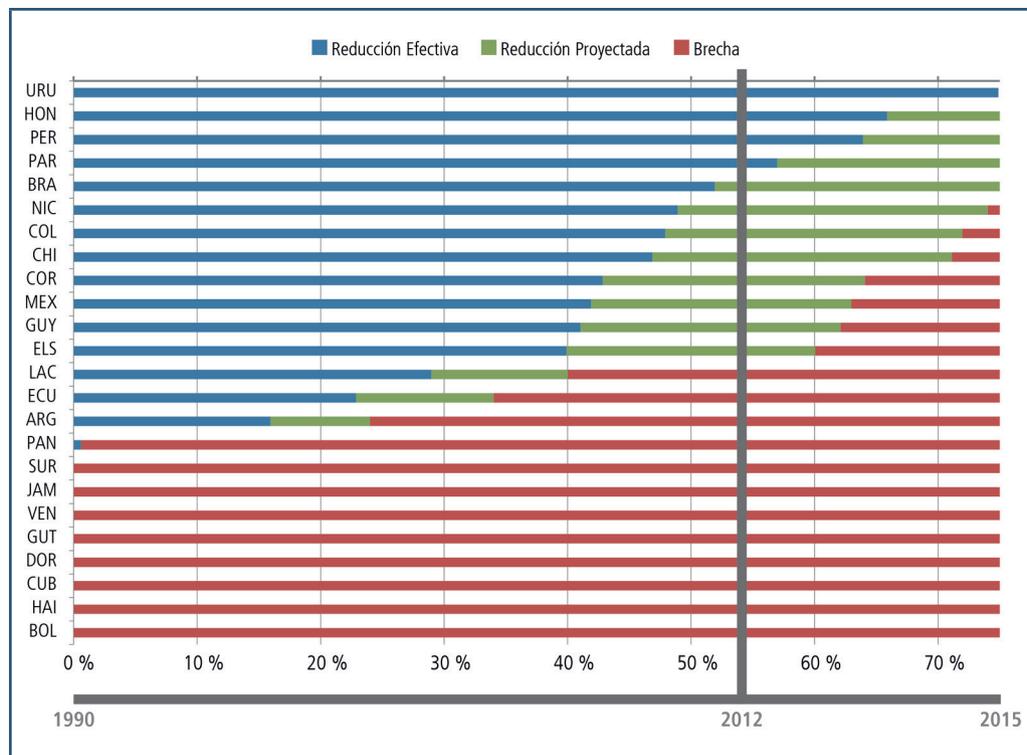


FUENTES: **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010.** <http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html>. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank.

Fuente: <http://www.cepal.org/oig/ws/getRegionalIndicator.asp?page=04&language=spanish>.

- Si bien la RMM ha descendido en ambas subregiones (30% en el Caribe, 43% en América Latina), LAC está lejos de alcanzar la meta de reducción del 75% tal y como la comprometen los Objetivos del Milenio (ODM) (World Health Organization 2012).
- Uruguay ya alcanzó la meta comprometida. Es muy probable que otros cuatro países (Brasil, Honduras, Paraguay y Perú) alcancen el descenso prometido para el año 2015, mientras que, de mantenerse las tendencias actuales, Chile, Colombia y Nicaragua posiblemente lleguen a reducciones cercanas al 70%. Ocho países (Bolivia, Cuba, Guatemala, Haití, Jamaica, República Dominicana, Surinam y Venezuela) no han evidenciado reducciones de las muertes maternas durante los últimos veinte años, situación similar a la de Argentina, Ecuador y Panamá, los que, si bien han logrado un leve descenso, se encuentran muy lejos de los demás países de la región.

Gráfico 7: Reducción porcentual de la mortalidad materna 1990-2010 y proyectada hasta 2015 para LAC y 23 países.



Datos de Bolivia, Haití y Nicaragua fueron obtenidos de los Ministerios de Salud.

Fuente: Datos Básicos OPS/OMS - construcción CLAP/SMR 2012.

- La RMM se distribuye injustamente al interior de los países: en México, los municipios predominantemente indígenas con alto y muy alto índice de marginación

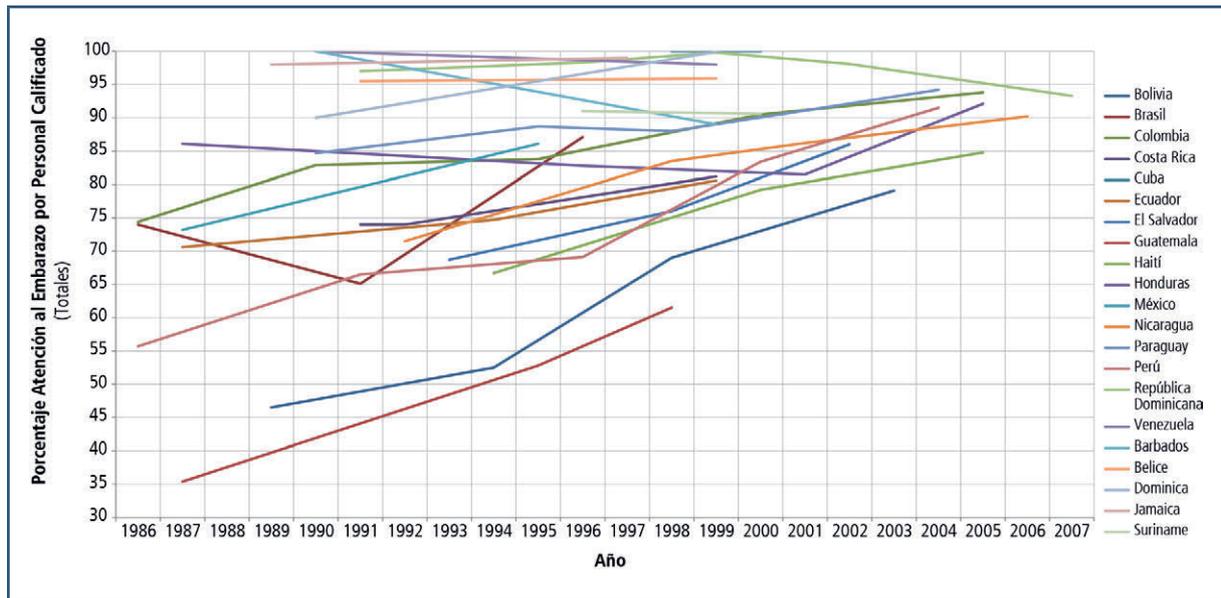
y aislamiento geográfico-social, tienen un riesgo de muerte materna indígena hasta nueve veces mayor que el que se da en los municipios mejor comunicados (Rangel 2013 citado en ECMIA s/f). En Guatemala, cerca del 70% de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas. Así, la tasa de mortalidad materna es de 211 muertes de mujeres indígenas, frente a 70 muertes de mujeres no indígenas por cada 100 mil nacimientos (Bocos 2011 citado en ECMIA s/f).

- La mortalidad materna en LAC es la primera causa de muerte de mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, y el riesgo de morir durante el primer año de vida es también mayor cuando la madre es adolescente (OMS 2010).
- Las causas médicas de la mortalidad materna son diversas y varían de acuerdo con el nivel de desarrollo de los sistemas de salud. Entre las más frecuentes se encuentran las obstétricas directas: hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones del aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%) y otras causas directas (15%) (OPS 2011).
- La atención del embarazo²¹ y del parto por personal calificado²² muestran cuán accesible resulta obtener atención con profesionales que cuentan con las capacidades necesarias para brindar los cuidados que se requieren durante estas etapas del ciclo reproductivo. En general, todos los países han aumentado la cobertura en estas dos décadas y se han disminuido las brechas que separaban a los países al inicio del período.

21 Atención del embarazo por personal calificado se estima a partir del porcentaje de mujeres que, debido a razones relativas al embarazo, fueron atendidas por lo menos una vez por personal entrenado (con exclusión de parteras empíricas).

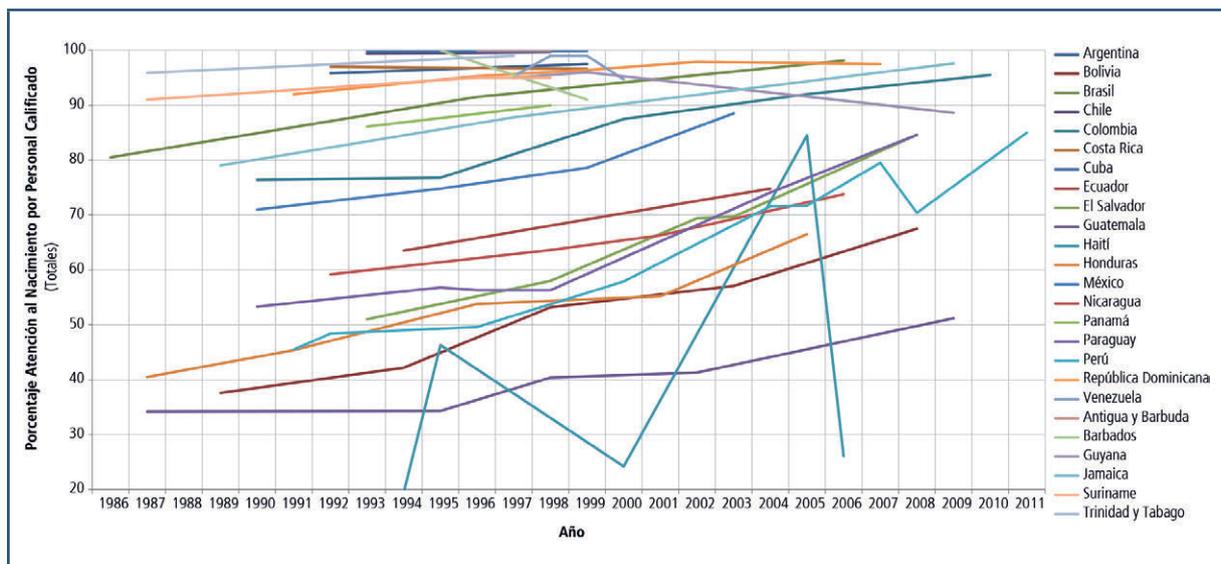
22 Atención del parto por personal capacitado se estima a partir de los nacimientos cuyo parto fue atendido por personal de salud con entrenamiento obstétrico (excluidas parteras empíricas entrenadas o no) con respecto al total de nacimientos en un período determinado.

Gráfico 8: Atención del embarazo por personal capacitado. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1986-2007 (en porcentajes).



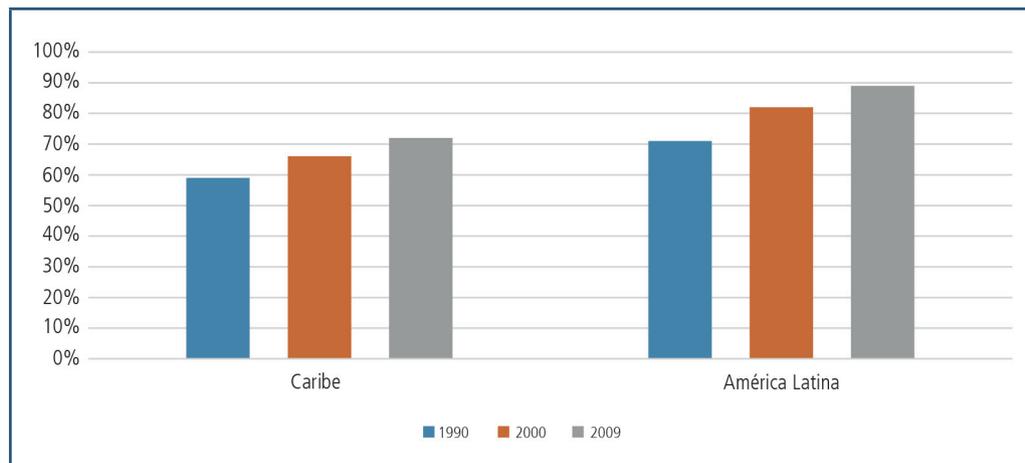
Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/ryresp/cairo/>. Encuestas de demografía y salud (DHS -Informes y STATCompiler- y CDC) y UNICEF (<http://www.unicef.org>).

Gráfico 9: Atención del parto por personal capacitado. Países seleccionados de América Latina y el Caribe, 1986-2007 (en porcentajes).



Fuente: elaboración propia en base a <http://celade.cepal.org/redatam/ryresp/cairo/>. Encuestas de demografía y salud (DHS y CDC) y UNICEF (<http://www.unicef.org>).

Gráfico 10: Cobertura de atención prenatal (≥ 4 visitas). América Latina y el Caribe, 1990-2010 (en porcentajes).



Fuente: elaboración propia en base a http://www.devinfo.info/mdginfo/UNSD_MDG_Report_2012.

- Las iniciativas estiman ciertos parámetros de calidad a través del número mínimo de controles prenatales a los que acceden las mujeres. La proporción de mujeres que recibieron al menos 4 controles ha aumentado: 9 de cada 10 mujeres embarazadas en América Latina, mientras que en El Caribe la proporción es de 7 mujeres de cada 10.
- La persistencia de altas RMM en algunos países puede explicarse a partir de las dificultades en el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud, barreras a la atención calificada del parto, inadecuada atención de las emergencias obstétricas y a la ausencia de controles durante el puerperio (CEPAL 2012).
- Cuando se encuentre disponible la base de datos del Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna severa propuesto por OPS, podrá hacerse un análisis más detallado, teniendo en cuenta distintos determinantes (causa de muerte, edad de la mujer, lugar de residencia y proceso de atención). Es esperable que así puedan identificarse barreras y deficiencias en la atención que permitan subsanar las inequidades que afectan a diferentes grupos sociales en los países y, con ello, reducir las muertes maternas.

Interrupción voluntaria del embarazo: prevención y atención del aborto inseguro, información sobre aborto seguro, atención del aborto legal

- La interrupción de un embarazo en condiciones inseguras impone severos riesgos en la salud y la vida de las mujeres. Sin embargo, esa inseguridad está ligada a «situaciones antes, durante y después» del aborto. La ausencia de consejería sistemática en salud reproductiva, las barreras para acceder a los abortos legales, la escasa disponibilidad de la tecnología adecuada para el tratamiento del aborto incompleto, la amenaza de procesos judiciales y el estigma y la sanción social que pesa sobre las mujeres, son algunos de los factores que contribuyen a agravar la situación. (WHO 2011)
- El número de muertes maternas por abortos inseguros en el mundo se ha reducido progresivamente (de 69.000 en 1990 a 47.000 en 2008), acompañando la reducción global de las muertes maternas. La totalidad de ellas ocurrió en países en desarrollo, y 1.100 en mujeres latinoamericanas y caribeñas. (WHO 2011)
- Se estima que en 2008 ocurrieron 21,6 millones de abortos inseguros en el mundo. De ellos, 4.230.000 (20%) ocurrieron en LAC. Las estimaciones indican que la región tiene la tasa de incidencia de aborto inseguro más alta del mundo: 31 abortos inseguros/1.000 mujeres (WHO, 2011).
- Sólo dos iniciativas regionales incluyen indicadores sobre aborto. Salvo sobre el estatus legal, no se dispone de información por país. Las estimaciones del número de abortos inducidos a nivel nacional depende de relevamientos especiales y no necesariamente están actualizados. La información sobre egresos hospitalarios por aborto tampoco está disponible para evaluar, por

ejemplo, el impacto sobre los servicios de salud de la utilización de la AMEU o del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto.

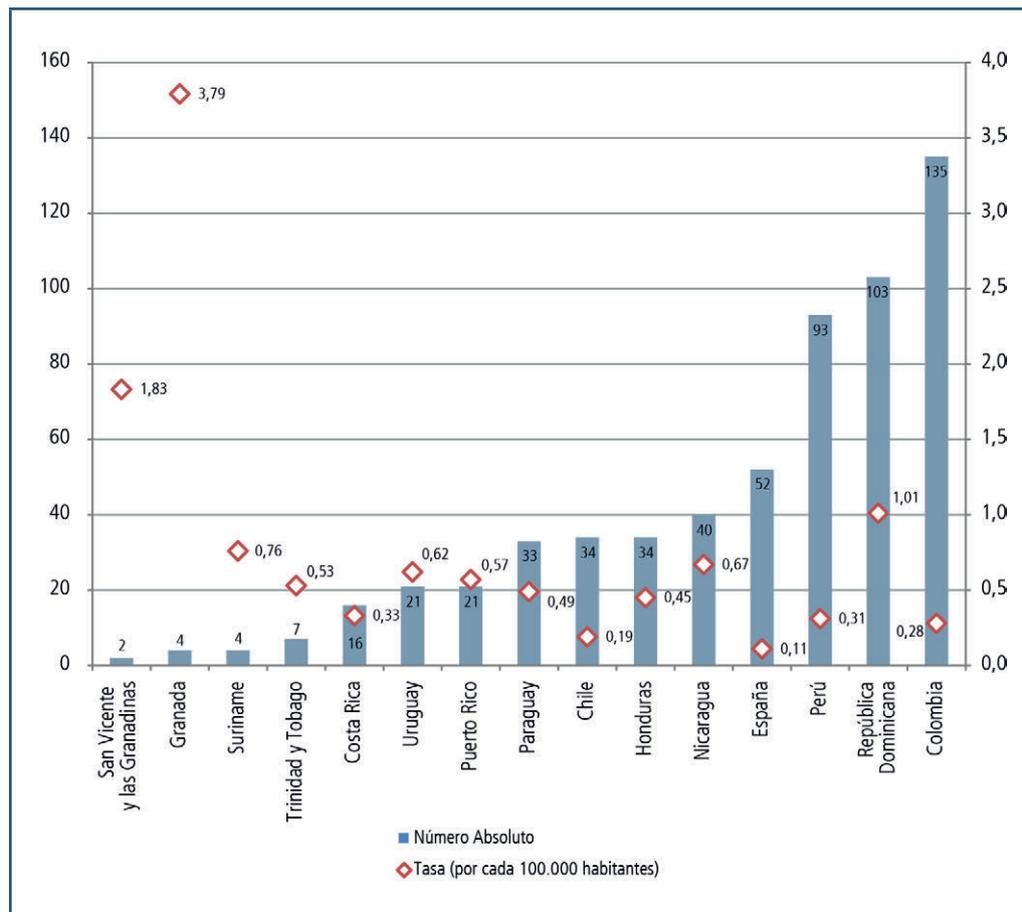
- A pesar de los llamamientos sistemáticos sobre la violación de derechos de las mujeres que significan las complicaciones de los abortos inseguros, la ausencia de información sólo corrobora la intención de invisibilizar el problema.

Violencia de género y sexual: prevención, atención integral

- Las estimaciones indican que 3 de cada 10 mujeres del Continente Americano han sido violentadas física o sexualmente por sus parejas y 1 de cada 10 por alguien no relacionado a ellas.
- Los reportes contienen números absolutos y tasas de muerte de mujeres ocasionada por la pareja. Las interpretaciones deben ser realizadas con precaución, dada la diversidad de las fuentes y las características de cada una.



Gráfico 11: Muerte de mujeres por la pareja. Países seleccionados de América Latina, el Caribe y España, último período disponible (número absoluto y tasa por 100.000 habitantes).



FUENTES

Chile. Fiscalía Nacional, Unidad Especializada en Delitos Sexuales y Violencia Intrafamiliar, Informe sobre Muerte de Mujeres, 2012.

República Dominicana. Procuraduría General de la República.

España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Perú. Ministerio Público, Observatorio de Criminalidad.

Paraguay. Secretaría de la Mujer, Presidencia de la República del Paraguay que valida los datos proporcionados de la ONG Kuña Aty, para los años (2006-2007). Los datos 2008- 2010 fueron validados por la Secretaría de la Mujer y proporcionados por la Policía Nacional de Paraguay.

San Vicente y las Granadinas. Ministry of National Mobilization, Social Development Department, Gender Affairs Division.

Uruguay. Observatorio Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior.

Trinidad y Tabago. Ministry of Information and Gender Affairs Division.

Honduras. Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS) - Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Observatorio de Muertes Violentas de Mujeres y Femicidios.

Puerto Rico. Policía de Puerto Rico, Informes Estadísticos.

Suriname. Dienst Criminele Informatie Verzorging (Service Criminal Information Provision) within the Police Corps Suriname.

Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Granada. Criminal Records Office, Royal Grenada Police Force.

Costa Rica. Secretaria General de la Corte Suprema de Justicia, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU).

Nicaragua. Comisaría de la Mujer de la Policía Nacional de Nicaragua.

Paraguay. Dirección de Comunicaciones del Ministerio de la Mujer/ Policía Nacional.

Fuente: <http://www.cepal.org/oig/ws/getRegionalIndicator.asp?page=10&language=spanish>

- Por último, el Observatorio de Igualdad de Género reporta los países que han ratificado el Protocolo Facultativo de CEDAW como *proxy* de la disponibilidad de leyes que sancionan la violencia contra las mujeres. Los Gráficos 13 y 14 muestran claramente la brecha entre los países de América Latina, donde casi la totalidad ha firmado y ratificado el Protocolo, versus lo que ocurre en el Caribe, donde 15 de los 18 países no han firmado ni ratificado el Protocolo.

Gráfico 12: Países de América Latina según firma y ratificación del Protocolo Facultativo de CEDAW.

América Latina			
Argentina	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2007)
Brasil	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2001)	● Ratificación del Protocolo (2002)
Chile	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo
Colombia	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2007)
Bolivia	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2000)
Costa Rica	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2001)
Cuba	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo
Ecuador	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2002)
El Salvador	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2001)	● Ratificación del Protocolo
Guatemala	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2002)
Honduras	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
México	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2002)
Nicaragua	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Panamá	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2001)
Paraguay	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (1999)	● Ratificación del Protocolo (2001)
Perú	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2001)
República Dominicana	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2001)
Uruguay	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2001)
Venezuela	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo (2000)	● Ratificación del Protocolo (2002)
Puerto Rico	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo

Fuente: <http://www.cepal.org/oig/ws/getRegionalIndicator.asp?page=10&language=spanish>

Gráfico 13: Países del Caribe según firma y ratificación del Protocolo Facultativo de CEDAW.

El Caribe			
Antigua y Barbuda	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo (2006)
Bahamas	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Barbados	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Belice	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo (2002)
Dominica	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Granada	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Guyana	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Haití	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Jamaica	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Saint Kitts y Nevis	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo (2006)
San Vicente y las Granadinas	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Santa Lucía	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Suriname	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Trinidad y Tabago	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Anguila	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Aruba	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Islas Vírgenes Británicas	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo
Montserrat	● No se ha firmado ni ratificado	● Firma del Protocolo	● Ratificación del Protocolo

Fuente: <http://www.cepal.org/oig/ws/getRegionalIndicator.asp?page=10&language=spanish>

- La ausencia de información sistemática es el rasgo más saliente de este eje. Es absolutamente necesario realizar un esfuerzo de sensibilización, alarma y visibilización del problema. Asimismo, la utilización de instrumentos que tengan un común denominador y que recolecten características de la mujer, de la afectación de su salud emocional, física y social, de las características del agresor, entre otras, son los primeros pasos para estimar la magnitud y las particularidades de la violencia contra las mujeres y, de este modo, aumentar la alarma social.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA: prevención y tratamiento

- La información para este eje temático está fragmentada y tiene limitaciones serias para hacer un diagnóstico integral: en general, sólo se refiere al VIH y a poblaciones particulares (mujeres embarazadas que asisten al control prenatal y fueron testeadas, varones y mujeres adolescentes y adultos jóvenes, trabajadoras sexuales).
- Las estimaciones indican que en el Caribe el número de personas infectadas con VIH cayó a más de la mitad entre el 2001 y el 2012: de 25.000 [22.000–28.000] a 12.000 [9.400–14.000]. En el mismo período en América Latina, el número de nuevas infecciones bajó un 11%: de 97.000 [78.000–120.000] a 86.000 [57.000–150.000].
- 6 de cada 10 personas de América Latina y el Caribe con infección avanzada por VIH tiene acceso al tratamiento antirretroviral. La limitación para el análisis radica en que la información no está desagregada por sexo (Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/en/>) .
- La proporción de adolescentes y adultos jóvenes que tiene un conocimiento correcto acerca del VIH-sida está disponible solo para el Caribe y para un único quinquenio. Esta información indica que el 44% de las mujeres tenía un conocimiento adecuado, proporción algo mayor que la de los varones de la misma subregión (Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/en/>).
- El testeo para sífilis en las mujeres embarazadas es una práctica relativamente instalada en los países de América Latina: al menos a la mitad de ellas se les solicita la prueba en la primera visita prenatal. Cuando se observa la prevalencia de las pruebas positivas, la mayoría de los países de Sudamérica reportan más de 5% de embarazadas con VDRL(+). La proporción es similar cuando se reporta la prevalencia de sífilis activa entre las trabajadoras sexuales (Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/en/>).
- Si bien los indicadores que se proponen brindan en conjunto una perspectiva integral (conocimiento, incidencia, tratamiento), la información disponible proviene de grupos específicos, lo que limita la posibilidad de un diagnóstico poblacional o un escenario regional. Al mismo tiempo, se observa una preponderancia de indicadores relativos al VIH frente a los de otras ITS, lo que también reduce la perspectiva del análisis.



Cánceres cervicouterino y mamario

- Ninguna de las iniciativas globales y regionales seleccionadas contiene indicadores sobre este eje temático.
- Con excepción de algunos programas nacionales, no existen en LAC sistemas de información y registros de cáncer (OPS 2014).
- Las estimaciones realizadas indican que en 2008 más de 80.000 mujeres latinoamericanas y caribeñas fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad (OPS 2013). Las tasas de mortalidad son 7 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando una vez más las enormes desigualdades en salud. Esta elevada carga de incidencia de cáncer cervicouterino representa un problema muy serio de salud pública, que requiere un abordaje integral de salud sexual y reproductiva, salud en adolescentes, inmunización y programas de control.
- Un estudio sobre cáncer cervicouterino determinó que la tasa de mortalidad por esta enfermedad en las mujeres indígenas es casi seis veces más alta que el promedio nacional (NCCAH 2013 citado en ECMIA s/f). Un factor clave que explicaría esta situación está dado por los bajos niveles de consulta, tamizaje y diagnóstico, particularmente en el caso de aquellas mujeres que viven en ambientes rurales o zonas remotas. Esta problemática no se explica únicamente por situaciones de pobreza, ruralidad, analfabetismo, falta de acceso a información y fenómenos de discriminación en los servicios de salud, sino que también incide enormemente en este desconocimiento y el silencio que hay en torno a estos temas al interior de las comunidades (ONU 2013 citado en ECMIA s/f).

III. Panorama de las políticas de derechos sexuales y reproductivos

El objetivo de esta sección es brindar un panorama regional de la situación de las políticas de SDR en relación al cumplimiento de los compromisos de CIPD. Se citan algunos países con el objeto de ilustrar la situación.²³ Resulta ajeno a las posibilidades de esta sección dar cuenta de las especificidades de cada país y de las subregiones.²⁴

a. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Acceso a servicios de SSR²⁵

De forma general, la discriminación explícita o implícita, formal o informal de adolescentes y jóvenes es una constante en el terreno de las políticas de SDR.

La legislación de Perú es un ejemplo perfecto de la discriminación por edad en los servicios de SSR: *toda* relación sexual entre o con adolescentes de catorce años y menores de dieciocho años se considera automáticamente delito de violación sexual por mandato legal, sin distinción alguna sobre si fue válidamente consentida o no (Ley 28.715). Este tipo de política restrictiva tiene impacto en las posi-

23 Los países que se mencionan son aquellos cuya sociedad civil presentó informe país en el marco de la revisión de los compromisos de CIPD, salvo excepciones en que los reportes y estudios regionales sobre avances del PA presentan datos.

24 Ver capítulo I sobre la metodología utilizada, en especial, las fuentes de información que se utilizaron para la redacción de este capítulo.

25 El grupo de adolescentes abarca a la población de entre 10 y 19 años, y se divide en: la población que está comenzando la adolescencia –10 a 14 años– y la que la está atravesando plenamente –15 a 19 años–; luego se ubica la población de gente joven, que abarca a aquella población de entre 19 y 24 años. En esta sección, salvo excepciones, trataremos a ambos subgrupos de forma agregada, dada la falta de información desagregada en la mayoría de las políticas y otras medidas gubernamentales revisadas.

bilidades e intereses de los adolescentes, además de ser incongruente con otras normas legales.● Como consecuencia de esta política restrictiva, por ejemplo, muchas madres adolescentes no reconocen el nombre del padre en el acta de nacimiento por temor a que se pudiera utilizar como una prueba en el delito de violación. De esta manera, las madres adolescentes no tienen ninguna prueba legal para exigir que los padres cumplan con las obligaciones legales para con sus hijos (ej. la pensión de alimentos) (Informe país).

- Aunque en Perú es delito para cualquier adolescente tener relaciones sexuales, el Código Civil peruano (artículos 6, 241 y 244) sí reconoce la capacidad de las y los adolescentes desde los 14 años para actos relacionados con la sexualidad y reproducción.

A continuación, se apuntan aquellas barreras y problemas más relevantes de implementación:

- Se han reformado constituciones, ratificado tratados de derechos humanos y aprobado leyes de salud, SDSR y otras normas que incorporan a los adolescentes y las jóvenes reconociéndoles autonomía progresiva bajo el enfoque de derechos. Sin embargo, numerosas normas, regulaciones, y protocolos hospitalarios no reflejan este paradigma sino que mantienen una perspectiva paternalista de «menores» (RSMLAC 2013). A esto se suma que varios de los instrumentos de políticas públicas están diseñados como si los adolescentes fueron sexualmente pasivos (Articulación Regional Feminista 2011).
- Debido a las legislaciones penales que establecen sanciones a todo acceso carnal en mujeres me-

- nores de 12-14 años, y normas civiles que fijan la edad de consentimiento general entre los 12 y los 14 años, los profesionales se sienten desorientados cuando reciben casos de adolescentes de 13/14 años, y en no pocas ocasiones optan por no entregar anticonceptivos o exigen el consentimiento de sus cuidadores, con el fin de protegerse a sí mismos frente a posibles problemas legales (Informes países; UNFPA 2010).
- En el Caribe, la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales es de 16 años, pero legalmente sólo a partir de los 18 años se permite el acceso a los servicios de salud reproductiva sin autorización escrita de los padres o madres (UNFPA 2013).
 - Perú posee protocolos de consejería para la atención integral del adolescente (Resolución Ministerial No 583-2005/MINSA), pero la Ley 28.715 considera que *toda* relación sexual entre o con adolescentes mayores de 13 años y menores de 18 es un delito de violación sexual por mandato legal, sin distinción alguna sobre si esta relación fue válidamente consentida o no (Informe país; UNFPA et. al. 2010).
 - En Colombia, en el 2006 se adoptó la norma técnica para la prestación de los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las adolescentes y jóvenes son uno de los grupos que más sufren las barreras administrativas y la negación ilegal de la prestación de estos servicios (Informe país; UNFPA 2008).
- La titularidad de DSR también está minada por las ambigüedades jurídicas y la falta de especificidad de los marcos legales y de las políticas de los países (Skuster 2013; UNFPA 2013).
 - Uno de los casos más preocupantes en LAC es la atención del aborto: en la mayoría de los países de la región las adolescentes sufren serias barreras para obtener una atención adecuada, debido a restricciones formales o informales vinculados a su «estatus» de adolescentes (Informes países; UNFPA 2013).
 - Existen lagunas legales que imponen, en los hechos, serias barreras en materia de secreto profesional y confidencialidad en la atención de la salud reproductiva y sexual. Muchas profesionales de la salud niegan o proveen un servicio deficiente por la incertidumbre de las normas aplicables en materia de confidencialidad (Informes países; UNFPA 2013).

- El discurso sobre la importancia de la salud integral de los adolescentes y su incorporación a las políticas no se ha traducido en prioridades presupuestales ni en inversión en infraestructura dedicada a este grupo (Informes países; UNFPA et. al 2010).
- Los adolescentes no han sido incorporados de ninguna manera relevante en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las diferentes acciones para el desarrollo de los servicios de SSR destinados a estos grupos poblacionales (Informes países; UNFPA 2010).
- Las políticas vinculadas a los servicios de SSR para adolescentes no se están poniendo en práctica en el nivel primario de atención ni en las jurisdicciones ajenas a las grandes ciudades (UNFPA/Mentor 2010; Calandria UNFPA 2009; Cultura Salud 2010; Bolivia 2010).
- No existe un menú completo de servicios para adolescentes. Esto es especialmente preocupante en el acceso a la atención de embarazos no intencionales, y de interrupción del embarazo (Skuster 2013).
- Los servicios amigables disponibles son escasos (UNFPA 2013).^{26,27} La distribución geográfica de estos servicios no es igualitaria. Asimismo, no existe información pública de fácil acceso y de amplia difusión acerca de estos servicios.

26 El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen los servicios amigables como «aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones» (UNFPA et al 2010: 18).

27 Pese a que la evidencia muestra que los servicios amigables para jóvenes mejoran el acceso a una variedad de otros tipos de servicios de salud del adolescente, la falta de visión y planificación estratégica por parte de los Estados ha dificultado encontrar estas sinergias (UNFPA et. al. 2010).

- El Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de Adolescentes 2004-2008 de Bolivia aclara que el sistema público no cuenta con centros diferenciados para adolescentes en ciudades capitales e intermedias (UNFPA et. al 2010), pero no se ha trabajado para promover servicios integrados, amigables, confiables y confidenciales.
- Los Estados no han llevado a cabo evaluaciones sobre el impacto de estrategias de atención amigables para adolescentes.
- Falta de recursos humanos y otros problemas asociados. Los proveedores de servicios no tienen mayor conocimiento de las políticas concretas en materia de adolescentes. Al mismo tiempo, y a pesar de tener conocimiento de ellas, los directores de los centros de salud no ponen en práctica dichas políticas (UNFPA et. al 2010: 45). La falta de entrenamiento para manejar y orientar las necesidades en SSR de pacientes adolescentes (independientemente de que cuente con protocolos de manejo o no) es extensa y estructural (UNFPA et. al 2010). Existe un enorme déficit en la formación de los proveedores en la perspectiva de género y masculinidades. La alta rotación de personal asignado a la atención de adolescentes genera fuertes trabas para la implementación de un modelo de atención. Incluso cuando hay servicios para adolescentes y jóvenes, el personal disponible en estos servicios es escaso y no está dedicado exclusivamente a estas funciones (UNFPA et. al. 2010). De acuerdo a la información disponible, lo que sucede es que a estas profesionales se les asignan nuevas funciones que se agregan a su carga de atención en otros servicios (UNFPA et. al. 2010). Los responsables de los servicios de adolescentes no cuentan, en general, con el mismo reconocimiento y beneficios que el personal de otros programas. Generalmente los sistemas de atención son evaluados con parámetros enfocados en la cantidad de atenciones realizadas, y esto hace que las profesionales opten por no trabajar con jóvenes, ya que al tener que destinarles más tiempo a ellos les impide cumplir con las metas estipuladas por la institución y no les genera ningún beneficio a la hora de ser evaluados (Bolivia 2010; Calandria/UNFPA 2009; UNFPA/Mentor 2010).
- En varios servicios de salud de la región la atención a adolescentes varones se limita a distribución de preservativos, dejando de lado muchos otros aspectos relevantes para su salud (UNPA et. al 2010).
- En el Perú, es muy frecuente que los adolescentes sean atendidos por profesionales de salud apresurados por resolver estrictamente dolencias físicas. Incluso en algunas instituciones hay horarios definidos, consultorios asigna-

dos o un área dedicados a adolescentes (Calandria/UNFPA 2009; UNFPA et. al. 2010).

- Un estudio de barreras de acceso en Chile mostró los problemas que generan los sistemas de evaluación en la atención de la salud (Cultura Salud 2010).
- Son pocas las instituciones de salud que se han adaptado a las posibilidades y preferencias horarias de los adolescentes. Un estudio realizado en Chile determinó que no contar con un horario especial de atención para adolescentes es una barrera sustancial. No obstante, de acuerdo a la información que se recolectó, ni Chile ni la mayoría de los países de la región (a nivel de política institucional) han promovido algún cambio en términos de horarios extendidos o diferidos.²⁸ Asimismo, los servicios de emergencia en muchas ocasiones no cuentan con el personal, la información y los insumos para proveer atención a los adolescentes.²⁹
- Miradas restrictivas acerca de las masculinidades, tanto en el diseño como en la implementación de las políticas y en la prestación concreta de los servicios:
 - «El hecho de que los jóvenes, sobre todo varones, estén estrechamente relacionados con la violencia hace que el enfoque que se adopta en las políticas de juventud esté fuertemente afectado por la noción del joven como amenaza» (UNFPA 2013: 13).

28 «El horario extendido o diferido además de facilitar el acceso, permite que los y las jóvenes escolarizados no tengan que justificar su inasistencia a clases por ir al centro de salud, ya que el hecho de tener que explicar estas salidas en los colegios los obliga a exponer sus vidas privadas frente a profesores y administrativos escolares, así como a ser potenciales víctimas de discriminación por parte de dichos actores sociales» (UNFPA et. al 2010: 39).

29 Para un análisis más detallado de los servicios amigables en la región andina ver UNFPA et. al (2010).

Educación sexual integral

La mayor parte de los países de LAC ha suscrito una diversidad de instrumentos internacionales en los que la educación integral de la sexualidad se considera un derecho humano, y en particular un derecho de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes (UNFPA 2013). La educación sexual es regulada en gran parte de los países de LAC, salvo excepciones como República Dominicana, país que no cuenta con legislación sobre educación sexual en establecimientos educativos.

Si bien se constata que varios de los gobiernos de la región están más sensibles y atentos sobre la importancia de impulsar estrategias en esta materia, aún se observan fuertes barreras y retos (Hunt & Monterrosas Castrejón 2012).

La falta de educación sexual tiene un impacto que va más allá de la ya grave falta de posibilidades de contar con información. Por ejemplo, en Nicaragua la ausencia de implementación de un programa de educación sexual con un enfoque en la diversidad cultural en el sector de la educación y de la salud, con estándares científicos y de atención respetuosa, adecuada y oportuna, contribuye a la influencia de valores y actitudes sesgados por conceptos derivados de mitos, desconocimientos, tabúes y miedos que se reproducen y difunden entre los adolescentes, al tiempo que los desinforma y los deja en una situación de vulnerabilidad o, al menos, de falta sustancial de respuesta por parte del Estado (RSMLAC 2013). Si bien en 2009 el Ministerio de Salud de Nicaragua dictó una resolución (no. 249) en la que ordena a los proveedores de salud públicos y privados acciones destinadas a reducir y eliminar la discriminación que sufren las personas debido a su orientación sexual, esta norma no ha sido difundida al interior de los servicios y, por lo tanto, tampoco es aplicada, salvo muy pocas excepciones (RSMLAC 2013). De modo similar, desde el 2010 el país cuenta con una guía sobre educación sexual para educadores. Esta guía no ha sido distribuida correctamente a lo largo del país ni entre los distintos niveles educativos, pese a la demanda que maestros y profesores hacen por falta de herramientas adecuadas para abordar el tratamiento de los distintos temas en las aulas (RSMLAC 2013).

A excepción de algunos avances en pocos países (como Cuba, Ecuador y Uruguay), se observa una negación, inmovilismo o, en el mejor de los casos, avances ínfimos. Esto es aún más evidente en Centro América y el Caribe (Informes países; ARROW 2012; UNFPA 2013).

- En la región las políticas y programas de educación sexual son inestables, discontinuas e inconclusas, con algunas excepciones (UNFPA 2013).
 - Por ejemplo, en Nicaragua el código de niñez y adolescencia de 1998 fija en el artículo 44 el derecho de las niñas, niños y adolescentes a recibir educación sexual integral y establece que el Estado garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa (RS-MLAC 2013). Pese a algunos programas y avances, la no implementación de esta norma ha provocado severas consecuencias, especialmente en las mujeres adolescentes, quienes presentan altos porcentajes de VIH y embarazos no planificados. A esta norma se le sumaron, entre otras normas, la Política nacional para la Atención Integral reformada en 2001 y la Política de Protección Especial de los niños y adolescentes aprobada en 2006. Pese a esta abundancia legal, y al igual que en casi la mayoría de los países, la oferta de educación sexual en los establecimientos educativos de Nicaragua es escasa.
- De acuerdo al reporte de ARROW (2012), distintas encuestas y estudios muestran una alta demanda de mayor información y educación sexual por parte de adolescentes y jóvenes. Sin embargo, dentro y fuera de instituciones educativas y de salud la oferta está lejos de satisfacer esta demanda. Si bien actualmente muchos adolescentes y jóvenes acceden a cierta información sobre sexualidad y reproducción a través de

internet y otros medios de comunicación, en general ésta es incompleta y en ocasiones hasta inadecuada, o con ciertos mensajes o contenidos discriminatorios, restrictivos y estereotipantes. Lo mismo puede suceder con la transmisión de información en las familias. Por estas razones, la información en programas de educación sexual integral en las escuelas y en los servicios de salud es clave (ONUSIDA 2009).

- La difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos afecta de manera desigual a algunos sectores de la población, pues en muchos países la información en esta materia no está formalizada en el sistema de educación.
 - En Bolivia, por ejemplo, las mujeres de zonas rurales con altos niveles de pobreza y bajos niveles de educación tienen mucho menos conocimiento de métodos anticonceptivos modernos que las mujeres adolescentes y jóvenes que habitan en áreas urbanas, y no se promueve la utilización de métodos eficientes tradicionales (Articulación Regional Feminista 2011).
- Hay situaciones en las que la educación sexual se ofrece como orientación y tutoría en el ámbito escolar, pero no está presente en el pensum curricular o, si es que existe, la enseñanza en el aula es de mala calidad o no se aplica (UNFPA 2013: 15).
- En base a los informes por país provistos por organizaciones de la Articulación Regional e informes temáticos, se observa una serie de barreras vinculadas al tipo de contenido ofrecido en los espacios de las escuelas, en el entrenamiento recibido por maestros y profesoras, en las vías por las que se distribuyen los contenidos, una permeabilidad a presiones de sectores conservadores de la sociedad civil, dificultades para llevar a cabo una aplicación uniforme debido al diseño federal del gobierno, etc. (ARROW 2012; Articulación Regional Feminista 2011; RSMCLAC 2013).
 - En relación al contenido, la evidencia muestra que los programas escolares incluyen información limitada sobre la salud reproductiva (ARROW 2012). La falta de integralidad del abordaje en la educación sexual es una característica en toda la región (hay algunas pocas excepciones, como Ciudad de México). Para señalar un punto sobre esta visión restrictiva, basta citar la casi inexistente implementación de planes en preescolares que incluyan información didáctica sobre, por ejemplo, abuso sexual y el propio cuerpo –temas partes de un abordaje integral de educación sexual–. En muchos países aún no se incorpora la prevención ni se dedica la debida atención al

bullying homofóbico ni a la violencia de género (Hunt & Monterrosas Castrejón 2012).

- Hay casos más extremos, como el de República Dominicana, en el que solo se ofrece información en el nivel educativo terciario (ARROW 2012). En algunos casos (de acuerdo a la región, a la institución educativa, etc.) predominan concepciones biologistas y en otros el enfoque está restringido a la prevención de la ITS, particularmente el VIH/SIDA (UNFPA 2013).
- Con respecto a la implementación, los problemas están especialmente relacionados a la calidad e institucionalidad de los programas así como en las disparidades al interior de los países. Al mismo tiempo, la mayoría de los países sufren de interferencias indebidas por parte de lobbies y grupos religiosos, especialmente de la jerarquía de la iglesia católica y, en algunos países, de sectores evangelistas (RSMLAC 2013). Esto es más preocupante en algunas jurisdicciones al interior de los países, lo que se traduce en una desventaja para los adolescentes debido a sus ubicaciones geográficas. En Brasil se reportan una gran cantidad de barreras para la implementación de las políticas de educación sexual en las escuelas. Si bien el Gobierno, especialmente a través del Ministerio de Salud, ha realizado esfuerzos para aplicar los programas, distintos grupos religiosos y conservadores han bloqueado cada uno de estos intentos (RSMLAC 2013).
- Otra barrera de implementación está vinculada a los proveedores en las escuelas y en los servicios de salud. Ya sea por vergüenza o falta de preparación, maestros y profesores suelen pasar por alto esta información durante las clases (ARROW 2012). Del relevamiento de los sitios oficiales de los ministerios de educación

surge que, si bien hay materiales disponibles para los educadores, no hay publicidad acerca de actividades de capacitación destinadas a los mismos.

- De acuerdo a lo reportado, en Colombia existen dificultades en la capacitación de los maestros (Informe país).
- No se observa una preocupación por llegar a los grupos adolescentes que, además de tener de menor acceso a los servicios sociales básicos, en muchos casos han desertado de la educación secundaria. Es decir, no se observan campañas destinadas a llegar a ellos con una educación sexual integral no escolarizada (UNFPA 2013).

Las tendencias mencionadas a continuación cuestionan la universalización de la educación integral de la sexualidad en la región y señalan las grandes deudas y desafíos que los Estados aún tienen pendientes.

Embarazo adolescente

En la actualidad, LAC tiene una de las tasas de embarazos adolescentes y de mortalidad de madres jóvenes más altas del mundo (UNFPA et. al 2010; UNFPA 2013).

- Las políticas no han sido receptivas al conocimiento sobre las tendencias y determinantes del embarazo adolescente, deficiencias que son incluso más acusadas en el caso de embarazos de niñas de 10-14 años. Estas lagunas son particularmente marcadas en Centroamérica, región que históricamente ha tenido elevados niveles de fecundidad adolescente y precoz, y donde los esfuerzos dirigidos a reducirla son aún incipientes.
- No hay un abordaje específico sobre el embarazo temprano en gran parte de los instrumentos de políticas que contienen un componente o que están dedicados al embarazo adolescente.³⁰
- De acuerdo a Azevedo et. al (2012), en la región hay poca evidencia de programas centralizados que ayuden a las madres adolescentes, y en la mayoría de los casos existentes no se han realizado evaluaciones de impacto.³¹

30 Esto pese a que varios estudios han advertido sobre la conexión entre embarazo temprano y abuso sexual, y a una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral (Azevedo et. al 2012).

31 El apoyo (centros de orientación, asesoría, apoyo psicológico, cuidado infantil y programas escolares de horario flexible) proviene del nivel local y es promovido por organizaciones comunitarias, asociaciones de mujeres y organizaciones no gubernamentales (Azevedo et. al 2012).



- Cuando existen, los programas de prevención del embarazo adolescente no ponen atención en la prevención del segundo o tercer embarazo, si fuese el caso (UNFPA 2013).
- Si bien se sabe que las políticas y programas que reducen la pobreza e inequidad de género son cruciales en la prevención y reducción del embarazo temprano (Azevedo et. al 2012), y en este sentido se han realizado esfuerzos en varios países de la región (e. g. programas de transferencias condicionadas, programas escolares; etc.), es extremadamente preocupante la falta de inclusión meditada y sistemática por parte de las políticas de salud. Esto se vincula con el escaso enfoque multisectorial y con una sobreabundancia de intervenciones individuales para reducir la tasa de fecundidad y ayudar a reducir las consecuencias adversas del embarazo adolescente (Informes Países).

b. Diversidad sexual. Identidad/orientación sexual/de género

Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

- En la región, para las personas con identidad u orientación sexual diversa a la heterosexual (LGBTTTI)³², el ejercicio de sus DSR está fuertemente frustrado por la falta de reconocimiento por parte de los Estados, lo que se traduce en una discriminación sistemática basada en sexo y género que afecta, entre otras dimensiones, su acceso a la salud.

32 La adopción de esta terminología tiene un mero objetivo pragmático para referirnos a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las políticas y servicios de SDR; en ningún caso se asume una homogeneidad de intereses, experiencias personales y demandas.

- En El Salvador la situación de discriminación y marginalización generalizada de la comunidad LGBTTTTI afecta sustancialmente su acceso a los servicios de salud. Dado este contexto de exclusión, desde la sociedad civil se ha venido reclamando la elaboración de políticas que prevengan y erradiquen la discriminación, y el diseño e implementación de protocolos para documentar, accionar y dar seguimiento a los crímenes de odio en contra de las personas de la comunidad LGBTTTTI (Juventudes Salvadoreñas 2013).
- En Ecuador existen clínicas ilegales que ofrecen servicios de «cura de la homosexualidad,» mientras que en Brasil se presentó un proyecto de Decreto Legislativo conocido como «cura homosexual.»
- Entre estas personas, las personas trans son quienes sufren las más graves marginalizaciones. Han sido tradicionalmente estigmatizadas, maltratadas, discriminadas y hasta sujetas a la violencia física y emocional. Esta situación en muchos casos se ha reproducido en los servicios de salud (OPS 2013).
- Casi la totalidad de los sistemas legales como de las políticas de los gobiernos latinoamericanos desconocen el derecho a la identidad, especialmente en lo que se refiere a la reasignación de sexo y cambios en documentos legales de las personas.
 - República Dominicana, por ejemplo, no reconoce el derecho a la identidad sexual o no hay legislación que prohíba explícitamente la discriminación basada en sexo o género en el ámbito de la salud.
- Existe una enorme deuda pendiente de los Estados en la promoción de la diversidad sexual en los servicios de salud sexual y reproductiva (OPS 2013).
 - Si bien el informe de RSMLAC (2013) señala que Argentina cuenta con servicios amigables, que Colombia aprobó múltiples resoluciones favorables por parte de la Corte Constitucional, que Brasil ha lanzado iniciativas tendientes a promover una cultura política LGBTTTTI y Nicaragua una resolución ministerial ordenando la no discriminación en los servicios de salud, aun no se han diseñado intervenciones específicas y sistemáticas para combatir la fobia, los estereotipos y la cultura machista que todavía prevalece en los servicios de salud (RSMLAC 2013). Incluso en países como Brasil y Argentina, en los que se observa cierto avance en este tema, hay problemas sustanciales vinculados a la falta de recursos económicos asignados y de capacitación a profesionales de la salud, así como a una fuerte homofobia institucional (RSMLAC 2013).

- Los profesionales de la salud no cuentan, en general, con conocimientos técnicos adecuados para trabajar con los grupos LGTTTBI, en especial con la población trans. Las autoridades sanitarias no han emprendido capacitaciones para sensibilizar a los profesionales de la salud. Los problemas de salud que afectan a las personas trans son similares a los que afectan al resto de la población, pero algunas condiciones tienen mayor extensión dentro de estos grupos porque enfrentan situaciones que aumentan su vulnerabilidad o el riesgo de exposición a agentes patógenos, coincidieron los expertos que participaron en esta reunión.
- Hay problemas de salud que afectan desproporcionadamente a grupos de personas trans, como VIH, sífilis, gonorrea, hepatitis o herpes genital (OPS 2013). Asimismo, dadas las condiciones de marginalización, es común entre las personas trans experimentar stress, ansiedad y depresión, que requieren atención a la salud mental (OPS 2013). Si bien muchos países ofrecen servicios de atención para este tipo de problemas, el tratamiento por parte de los profesionales esta marcado por los prejuicios, actitudes de sospecha; los Estados aún se mantienen atrasados en capacitaciones de sensibilización para poder, haciendo uso de los servicios ya disponibles, ofrecer una atención respetuosa y digna a estas personas (OPS 2012).
- Asimismo, existen problemas específicos (por ej. problemas derivados de efectos negativos de hormonas autoadministradas) demandas en materia de afirmación o construcción de género que son atendidos por poquísimos servicios de salud (OPS 2013).³³ A esto se suma la falta de información pública y de fácil acceso sobre los servicios amigables y preparados para dar estas consejerías.

33 Ver <http://www.paho.org/blogs/esp/?p=2379>

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Desde hace tiempo, en la región existen normas legales que reconocen los derechos humanos a las personas que viven con VIH. Un número elevado de países poseen políticas para promover el acceso universal para los grupos LGTTTBI y en varios de ellas éstas normas son reforzadas por legislación antidiscriminación (RSMLAC 2013). Sin embargo, para la prevención, detección y atención del VIH entre las personas LGTTTBI aun hay graves y visibles falencias:

- Ausencia de intervenciones específicas para promover y facilitar el acceso a la realización de la prueba de VIH y otras ITS en estos grupos.
- Las políticas presentan debilidad financiera y ausencia de mecanismos claros para la obtención de nuevos fondos; problemas de coordinación entre las instancias nacionales y locales; un marco conceptual que mantiene el enfoque epidemiológico basado en los llamados «grupos de riesgo».
- La aprobación de legislación de protección y garantía presenta falencias, entre las que se destacan la falta de reglamentación (y por lo tanto de implementación, o con una implementación «voluntarista»), e incongruencias sustanciales con las normativas sanitarias.
 - En Colombia se reformó el código penal para incluir una provisión de antidiscriminación que sanciona los actos discriminatorios basados en raza, etnia, nacionalidad, sexo u orientación sexual, pero aún está pendiente su reglamentación.
 - En Centroamérica se detectaron incongruencias entre las leyes específicas de VIH/SIDA y la legislación laboral, falta de garantía del derecho a la confidencialidad y al respeto a la libre orientación sexual, y referencias a la denominación «prácticas sexuales de riesgo» (USAID|PASCA 2013).
 - La población trans no ha recibido una activa y debida atención por parte de los programas de prevención, detección y atención del VIH ni servicios de apoyo destinado a estos grupos.³⁴ Esto está vinculado estrechamente con la escasa información epistemológica relativa a la salud de las personas trans.

34 Esto resulta muy preocupante cuando las evidencias indican que es una de las poblaciones más vulnerables a la infección, que la condición de vulnerabilidad socio-económica en la que viven muchas de estas personas los hace despreocuparse por su salud, además de soportar una constante violación de sus derechos a la salud y padecer la mayor carga discriminatoria.

De acuerdo al un informe de OPS (2013: 32) «una de las razones de la falta de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres.»

- En Centroamérica las políticas de VIH se han dirigido especialmente a las mujeres embarazadas, mientras que las intervenciones a las personas LGTTTBI no han contado con un decisión y apoyo presupuestario sostenido a lo largo del tiempo, y en todos los países y ciudades y jurisdicciones al interior de cada país (USAID|PASCA 2013).
- Las barreras mencionadas a su vez están asociadas, promueven y refuerzan otras barreras: especialmente las trans, creen necesario ocultar su identidad sexual cuando acuden a los servicios de salud de VIH, pues esperan actitudes discriminatorias por parte del personal de salud o temen ser estereotipadas, lo que genera dificultades en una atención adecuada y eficiente de la salud.

c. Anticoncepción

Información

La Articulación Regional Feminista (2011) señala que «en general en LAC existe un atraso enorme en el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por la parte de las mujeres. Por ejemplo, en Bolivia las mujeres en zonas rurales, con altos niveles de pobreza y bajos niveles de educación tienen menos conocimiento de métodos anticonceptivos. El proceso de difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos es un proceso que afecta de manera desigual diferentes sectores de la población, especialmente porque en

muchos países la información sobre salud sexual y reproductiva no está formalizada en el sistema de educación».

El derecho a la información se encuentra menoscabado debido a diferentes razones:³⁵

- Inadecuada difusión de sitios gubernamentales destinados a ofrecer información a los distintos grupos.
- Falta de completitud, objetividad, veracidad y evidencia científica.
- Los Estados no han producido indicadores adecuados e información actualizada sobre la situación de los DSR, teniendo en cuenta los diferenciales.³⁶
- Déficit en la capacitación y presencia de personal de salud y educadores calificados, tanto durante su instrucción terciaria y/o universitaria como durante su trabajo en los servicios de salud. De acuerdo a una investigación reciente de CLADEM (2013), la situación de las capacitaciones a profesionales de la salud en algunos países es la siguiente:

Tabla 3. Capacitación al personal - opción mayoritaria para el sistema en general

	a) a médicas/os			b) a enfermeras/os			c) a parteras / comadronas			d) a personal administrativo		
	Hab	Rara	No	Hab	Rara	No	Hab	Rara	No	Hab	Rara	No
Argentina		•			•			•				•
Bolivia		•			•				•			•
Brasil		•			•			•				•
Colombia	•			•								•
El Salvador	•			•						•		
Guatemala		•			•			•				
Honduras	—											
México	•			•								
Panamá	•			•				•			•	
Paraguay	•			•				•				•
Perú		•			•				•		•	
República Dominicana	•			•					•	•		
Uruguay	•				•			•				•

Fuente: CLADEM (2013).

35 Ver lo que corresponde al eje temático «Adolescentes.»

36 Ver capítulo II.



- Adolescentes y jóvenes tienen una situación especial en relación al acceso a la información. Asimismo, mucha de la información relevante en materia de SDR no ha seguido un diseño universal ni ha realizado los ajustes razonables para que sea accesible a las personas con discapacidad.
- Adolescentes y jóvenes tienen una situación especial en relación al acceso a la información. Mucha de la información relevante en SDR no ha seguido un diseño universal ni ha realizado los ajustes razonables para que sea accesible a las personas con discapacidad.
- Si bien gran parte de los Estados han reconocido el derecho a la información en materia de DSR, su desarrollo legal y en las políticas públicas aún es bajo. En este sentido, un avance jurídico relevante recogido por la Corte Constitucional de Colombia y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, es el deber de transparencia activa en materia de SDR.

Acceso a métodos anticonceptivos

El suministro de métodos anticonceptivos está reconocido formalmente en la región a través de distintos instrumentos legales/políticos, en general bajo el marco de derechos y políticas de SSR o de maternidad. República Dominicana, El Salvador, Honduras y Paraguay son excepciones alarmantes.³⁷

En la Encuesta Mundial, 8 gobiernos del Caribe (de los 12 que respondieron) y 15 de América Latina (de los 19 que res-

37 Sólo para ilustrar, en el caso paraguayo, si bien la sociedad civil y algunos políticos han intentado presentar distintos proyectos –uno de los más conocidos es el llamado proyecto de ley sobre «Salud Sexual, Reproductiva y Materno Perinatal»–, éstos han sido rechazados por el Poder Legislativo, permeable a las presiones de los sectores más conservadores de la iglesia católica y de otros grupos religiosos asociados a esta iglesia. A fines de 2013, se volvió a presentar un proyecto de

pondieron) reportaron haber realizado avances en la oferta de asesoramiento, información y servicios de salud sexual y reproductiva (CEPAL 2013). No obstante esta información, otros reportes y monitoreos de las organizaciones de la sociedad civil, entre las que se encuentran algunos integrantes de la Articulación Regional, señalan la brecha existente entre este reconocimiento formal y su implementación.

Se mantiene un conjunto de barreras y problemas, muchos de ellos inaceptables, mientras que otros, por sus características, requieren mayor trabajo y apoyo técnico y financiero de cara al futuro.

- La falta de reglamentaciones de leyes sobre SDSR impone serias trabajas en el diseño e implementación de las políticas.
- La inflación y dispersión normativa que genera la producción legal. Debido a la falta de planificación, debate y monitoreo, mucha de esta producción genera confusión, lagunas y otros problemas que afectan la toma de decisiones de las autoridades sanitarias, así como la implementación en los distintos niveles.
- Si bien se han aprobado normativas que reconocen y garantizan derechos y necesidades elementales para un mejoramiento de la SDSR, estos avances legales no se han incorporado a las políticas de salud. En este sentido, se observan pocas normas que regulen la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, mientras que normas generales como pueden ser las del derecho de los pacientes o leyes generales de salud³⁸ no han encontrado formas estables de ser implementadas en el despliegue de las intervenciones públicas de SSR.
 - En 2002 en Nicaragua se aprobó la Ley General de Salud, que fija como uno de sus principios centrales la calidad en la atención sanitaria. Esta pieza legislativa aún no se ha implementado en los servicios de SSR (RSMLAC 2013).
 - Si bien en Argentina la sanción de la ley 26.529 sobre «Derechos del Paciente» ha sido un avance en materia de salud, poco y nada se ha realizado para conectar estos derechos y principios con los DSR e informar y capacitar

2004, que si bien define lo que es salud reproductiva no especifica las prestaciones ni servicios de salud sexual y reproductiva. El proyecto aún no ha sido tratado. (Ver: ABC, «Reactivan en Senado polémico proyecto de ley de salud sexual». 05 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/politica/reactivan-en-senado-polemico-proyecto-de-ley-de-salud-sexual-646453.html>).

38 Que incluyen los principios y derechos referidos a la información, a la confidencialidad, al respeto de la autonomía corporal, a la dignidad humana, etc.

a los profesionales, especialmente en algunos temas que generan problemas o resistencias, como por ejemplo el consentimiento informado para la ligadura de trompas y la colocación de DIU en adolescentes.

- Se observan serios vacíos en las políticas públicas en relación a la promoción del uso y acceso de anticonceptivos por parte de los varones.
- Salvo algunos países, en general hay un déficit de mecanismos de denuncia, monitoreo y control del cumplimiento de las prestaciones de SSR en los servicios de salud. Son pocos los países de la región que cuentan con comisiones nacionales de SSR que ofrezcan espacios a la sociedad civil.
 - En la Argentina, se cuenta con un consejo asesor en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el que participan sectores vinculados a las ONGs, la academia, sociedades científicas y agencias de Naciones Unidas. La apertura del Programa a los consejos y debates del consejo asesor ha sido cambiante y poco estable, e incluso por momentos las autoridades se mostraron renuentes a darles participación.
 - En Brasil, la comisión de Población y Desarrollo ha sido desactivada, y en la actualidad no está jugando ningún papel positivo en la aplicación de la agenda del PA-CIPD. Si bien hay grupos de la sociedad civil que actúan en torno a este programa, carecen de reconocimiento oficial por parte de las instituciones públicas (RSMLAC 2013). En algunos casos incluso se han observado ciertos retrocesos en términos de participación de las organizaciones de mujeres en las discusiones e intercambios sobre medidas de SSR en los espacios ministeriales con responsabilidad en el área.

- En Colombia, a pesar de que la Política Nacional de Salud 2004-2015 tiene la «equidad de género» como un enfoque transversal y establece que «el cuidado de la salud tendrá una amplia participación de la comunidad, con énfasis en la salud sexual y reproductiva», en realidad la participación de las organizaciones de mujeres que trabajan en salud fue eliminada en 2007, y por ello ha resultado difícil establecer vínculos estables con el Ministerio de Salud (RSMLAC 2013).
- Países como Nicaragua, Haití y Guatemala carecen de espacios institucionales donde los grupos de mujeres participen de la discusión, negociación y toma de decisiones referidos a la SSR.
- República Dominicana representa un ejemplo con serias barreras económicas en el acceso a anticonceptivos. El porcentaje de la población protegida por el seguro de salud en 2010 fue de un 44,8 % de hombres y 43,6 % de mujeres. Esta cobertura sólo incluye los servicios que tienen que ver con la atención prenatal, parto y posparto y algunas ITS, y no abarca anticonceptivos (RSMLAC 2013).
- Se ha avanzado de manera importante en la compra y almacenamiento de los insumos, pero en muchos casos aun no se ha llegado a los territorios donde vive la mayor cantidad de mujeres con necesidades de planificación familiar insatisfechas (personas en zonas semi-urbanas y territorios urbano-marginales, poblaciones afro en zonas rurales de Colombia, comunidades indígenas en distintos países, migrantes indocumentados, las personas LGTTTBI, las personas afectadas por desastres naturales) (UNFPA 2013).
- Falta de actualización del paquete de anticonceptivos ofrecido.
 - Varios países no incorporaron el método quirúrgico voluntario para hombres (UNFPA 2013).
 - En Argentina, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable no incluye el condón femenino (Informe país).
- No se han promovido cambios en los horarios de atención de los servicios de salud (ej. horarios extendidos o diferidos).
- Aún en la actualidad parte de los programas que incluyen el acceso a anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva mantienen como nombre institucional el de «planificación familiar» o se encuentran al interior de los programas

de maternidad e infancia. En varios de los casos esto es solo una formalidad, resabio del encuadre binómico madre-niño previo a las Conferencias de Cairo y Beijing, y resultado de la negociación con grupos conservadores. En los últimos cinco años, en algunos pocos casos no sólo no habido cambios sino que se han experimentado retrocesos conceptuales.

- En Brasil, la legislación en materia de SSR está enmarcada como planificación familiar.
- En Nicaragua, en 1995, se estableció el Programa de Atención Integral de la Mujer como un área distinta a la destinada a la atención integral de niños y adolescentes, procurando cumplir con el compromiso de proporcionar una atención especial a las necesidades integrales de las mujeres en temas de salud y dejar atrás el enfoque basado en el «binomio materno-infantil» (RSMLAC 2013). No obstante, a partir de 2008 se impuso el modelo de familia y salud de la comunidad (MOSAFC), en el que las mujeres han desaparecido como grupo específico de atención, y sus necesidades y demandas se han solapado la noción de «la familia»(RSMLAC 2013).
- Uno de los rasgos persistentes en algunos planes y programas que incluyen el suministro de anticonceptivos es su sesgo de género, en el que las mujeres son visualizadas como las responsables de la reproducción y las relaciones sexuales heterosexuales como la norma (CEPAL 2013; Articulación Regional Feminista 2011). Entre otros efectos, esto genera el desplazamiento de las responsabilidades y preocupaciones de los varones, así como la falta de respuestas o respuestas inadecuadas a mujeres lesbianas en términos de servicios reproductivos (RSMLAC 2013). Esto último se conecta con los propios prejuicios y la desinformación de lesbianas

y mujeres que tienen sexo con otras mujeres, pues no en pocas ocasiones comparten los prejuicios de los profesionales basados en la creencia de que ellas son inmunes a las ITS o bien requieren menos atención ginecológica debido a sus prácticas sexuales y posibilidades reproductivas (RSMLAC 2013).

- Las intervenciones públicas destinadas a ampliar la provisión de métodos anticonceptivos a grupos específicos aún es muy incompleta, pese a que un gran número de países de la región cuenta con normas antidiscriminación aplicables al ámbito de la salud.³⁹
 - Las mujeres con discapacidad física o mental sufren múltiples formas de discriminación en el campo de la salud. Los instrumentos legales y políticos de la región aun no incorporan el paradigma institucionalizado por la Convención de las personas con discapacidad. Una serie de estereotipos que rodean a esta población las expone a la falta de información y ofrecimiento de métodos anticonceptivos: Las mujeres con discapacidad son normalmente consideradas asexuadas e incapaces de gozar de la sexualidad y tener necesidades de anticonceptivos. Como lo sugiere un estudio realizado en Uruguay, incluso en aquellos países o instituciones de salud con discursos igualitarios, la situación de mujeres (y hombres) no mejora pues en general no viene «acompañado de un reconocimiento de las necesidades de las mujeres con discapacidad» (Domínguez, Mattioli & Sosa 2011: 36). En los ámbitos de salud se considera a las personas con discapacidad como un grupo monolítico, lo que se pone de manifiesto tanto en regulaciones, planes como percepciones de los profesionales de la salud (Domínguez, Mattioli & Sosa 2011). En la actualidad, uno de los problemas más graves es la presencia de normas contradictorias y normas directamente violatorias del principio de autonomía y respecto a la dignidad humana, así como enormes vacíos en la consideración de esta población. LAC cuenta con un número limitado de estudios o programas que poseen un abordaje integral

39 Como lo reconoce el informe de la CEPAL (2013:33), «la atención a grupos específicos puede mejorar mucho, ya que todavía existen limitaciones en cuanto a recursos financieros y humanos para atender la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas y los migrantes con la debida pertinencia cultural; el mismo problema enfrentan los grupos discriminados por su orientación sexual, que encuentran barreras médicas, socioculturales y legales para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva que requieren. Asimismo, pese a algunos esfuerzos por aumentar la participación masculina en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, los hombres, incluidos los adolescentes, siguen siendo un grupo más bien elusivo al respecto.»

que incluya a las mujeres con discapacidad.⁴⁰ Uno de los problemas más graves en materia de salud reproductiva y acceso a anticonceptivos ha sido la cantidad de casos de esterilización forzada sufridos especialmente por mujeres con discapacidades psicosociales o intelectuales (RSMLAC 2013).

- En Bolivia, Colombia y el Perú las brechas entre mujeres sin instrucción y las que alcanzaron el nivel superior se ha duplicado con creces, según la última encuesta disponible (CEPAL 2013).⁴¹
- Pese a la alta concentración de población indígena en muchos de estos países, estas no han sido una prioridad. Con respecto a la SSR, el Estado y sus agentes adeudan incorporar las prácticas médicas indígenas positivas (RSMLAC 2013).
- En el caso de las mujeres privadas de libertad la información es muy escasa. De acuerdo a un informe de CEJIL sobre Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay (2006: 30) «los métodos preferidos por la autoridad serían los dispositivos intrauterinos, los que desde el punto de vista de la salud reproductiva, podrían estar contraindicados para mujeres expuestas por sus parejas a enfermedades de transmisión sexual. Existen algunos indicios de que las visitas íntimas para las mujeres se han flexibilizado. Sin embargo, solo para el caso de las mujeres, el concepto de pareja estable se interpreta de manera restrictiva y discrecional,

40 Esto se debe a la creencia de que las personas con discapacidad no son sexualmente activas, que se suma a los estereotipos que las marcan como dependientes y carentes de la capacidad de decidir, todo lo cual es una clara violación de sus derechos sexuales y reproductivos y un desconocimiento práctico de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (RSMLAC 2013).

41 Solo Guatemala cuenta con información desagregada que permite identificar la situación de las poblaciones indígenas (CEPAL 2013).

lo que limita el ejercicio de este derecho.» Otro ejemplo del abandono de las mujeres privadas de libertad se encuentra en Paraguay, en donde este grupo no tiene acceso a los servicios específicos de detección y PAP, mientras la disponibilidad de medicamentos para la atención de ITS, Hepatitis C y VIH es fragmentada (Moragas Mereles 2011).

- En algunos países las normativas que establecen la necesidad de recetas realizadas por médicos o farmacéuticas para la compra de anticonceptivos actúan como una seria barrera (UNFPA 2013).
- La litigiosidad, contenciosidad y el déficit de decisión política institucional ha generado dificultades en la importación, fabricación, comercialización y/o distribución gratuita o comercial de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) (CEPAL 2013; Bergallo 2011; Morán 2010);⁴² en su inclusión en las listas de medicamentos esenciales y la definición de los términos de su cobertura; en un mayor grado de institucionalidad de las consejerías sobre anticoncepción de emergencia; en el desarrollo de intervenciones específicas para mujeres trabajadoras sexuales, mujeres desplazadas o entre otras; en el suministro de información e insumos a adolescentes; y, en algunos casos, en la introducción de información sobre AHE en los contenidos de los programas de educación sexual (Bergallo 2011).
 - Si bien en países como México y Ecuador las normas legales establecen la distribución libre de la AHE, en la práctica hay una serie de barreras que frustran los derechos de las mujeres a este método anticonceptivo de emergencia.
 - Hay otro grupo de Estados en los que se desafió la constitucionalidad y legalidad de la producción, comercialización, comercialización, distribución y/o suministro de la AHE: Argentina, México, Chile, Honduras, Perú, Costa Rica.

42 La AHE es el método que ha sufrido mayores ataques y resistencias (CEPAL 2013; Bergallo 2011; Morán 2010). En varios casos estas acciones han venido de los propios gobiernos o han sido apoyados o negociados por los mismos. Es decir, gran parte de los Estados Latinoamericanos han incumplido sus deberes de respeto, protección y garantía. Esto ha sucedido desde hace más de dos décadas, pero resulta cada vez más inaceptable la actitud de las autoridades, especialmente cuando se tiene en cuenta que la evidencia científica ha descartado su carácter abortivo. Sin embargo, en la región en general la distribución de la AHE es enfrentada con mucha resistencia por parte de los grupos religiosos, limitando el acceso de las mujeres a la AHE. En la región encontramos distintas situaciones en relación a la disponibilidad y accesibilidad de la AHE, la mayoría de ellas restrictivas y por lo tanto inaceptables a la luz de la evidencia científica y los compromisos de derechos humanos asumidos por los Estados.

- La anticoncepción quirúrgica y el DIU son métodos que aún presentan serios problemas de accesibilidad.
 - En países como Argentina, donde está reconocido, las dificultades de acceso se deben a requisitos indebidos impuestos por normativas locales de SSR o prácticas informales al interior de los servicios de salud (Informes país).
 - Países como Honduras y República Dominicana no poseen una legislación que prevea la anticoncepción quirúrgica.
 - Situaciones como la de Guatemala en las que el suministro es inconstante.

d. Salud materna. Embarazo, parto y puerperio

La salud materna, como elemento importante de los DSR, ha sido objeto de múltiples políticas y programas sociales y de salud. Dos de sus dimensiones son la mortalidad materna y la atención materna, especialmente la atención al parto.

Morbimortalidad materna

Uno de los indicadores clave del estado de la salud reproductiva es la mortalidad materna, en la medida en que se relaciona con la atención médica y con la pobreza.⁴³ La mortalidad materna es parte de la desigualdad social existente en la región,

43 Aunque la mortalidad y la morbilidad maternas afectan a las mujeres de todos los estratos socioeconómicos, muere un número desproporcionadamente elevado de mujeres de escasos recursos económicos, quienes en su mayoría residen en zonas semi-urbanas o rurales, con falta de atención obstétrica básica y con mayor riesgo de morir en el parto. La mortalidad materna representa la expresión máxima y más intensa dentro de un conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, y se usa como un indicador básico de salud materna.

y está marcada por el comportamiento estatal que frecuentemente minimiza o no da cuenta de los problemas, la falta de rendición de cuentas y de mecanismos de fiscalización de servicios de salud sexual y reproductiva, la poca prioridad que se le ha dado a las mujeres jóvenes, indígenas y pobres, la mala distribución de los recursos, y por el alto índice de abortos inseguros dado el contexto de ilegalidad o restricción.

¿Por qué no desciende la mortalidad materna todo lo que debiera descender pese a algunos avances en la atención prenatal y en la atención del parto por profesional personalizado? En el documento de la CEPAL, se sostiene que «en la literatura especializada se recogen varias hipótesis. Algunas son metodológicas y están vinculadas a la escasa robustez de las mediciones y al cambio de calidad de estas en el tiempo. Otras plantean que, al igual que la fecundidad adolescente, la mortalidad materna requiere de programas especializados y diseñados expresamente para reducirla. También están las que plantean que la calidad de los servicios de salud prenatal y obstétrica, en particular los de urgencia, no ha mejorado pese a que se haya ampliado su cobertura. Finalmente, está el argumento de que en pocos países se han implementado medidas tendientes a garantizar condiciones sanitarias satisfactorias en casos de aborto inducido, habida cuenta de la penalización que este tiene asociada (Juárez 2013; González 2011). La evidencia es muy fragmentaria para descartar o favorecer alguna de estas polémicas hipótesis. Sin duda, la principal controversia guarda relación con el efecto del aborto en la mortalidad materna. Por una parte está el debate científico sobre la relación empírica entre ambos eventos, en particular cuánto podría reducirse la mortalidad materna mediante la prestación de servicios de aborto seguro» (CEPAL 2013:38). El informe agrega que «más allá de los debates ideológicos, lo cierto es que hay mujeres en la región que deben recurrir al aborto en condiciones clandestinas y típicamente inseguras (en particular para las pobres). Y otras, en menor número, aunque cada caso cuenta, se ven forzadas a continuar con embarazos resultantes de violaciones o que son de fetos inviables, con lo que no solo ponen en riesgo su salud, sino su dignidad e integridad como seres humanos. Por estas razones, al menos, el tema debe estar en la agenda futura de población y desarrollo y no caben vetos *a priori* al respecto» (CEPAL 2013: 39).

De forma más breve, la persistencia de altas tasas de morbilidad materna en algunos países o al interior de grupos pone de manifiesto las carencias en (CEPAL 2012; Unicef 2011; Wong & Perpetuó 2011; Informes países):

- la calidad de la atención calificada del parto;
- la atención en emergencias obstétricas;

- el control prenatal y del puerperio;
- no se ha priorizado debidamente los segmentos poblacionales en riesgo ni menos aún se ha diseñado intervenciones apropiadas a cada uno;
- la falta de apoyo financiero predecible;
- la escasa creatividad e innovación en las modalidades de prestación de los servicios de salud, así como su lenta actualización y una pobre gestión del conocimiento capaz de apoyar el desarrollo de Salud Materna-Neonatal e Infantil en los ámbitos nacionales y sobre todo locales.

Otros factores que explican el avance lento o nulo de las intervenciones estatales destinadas a la reducción de la mortalidad materna son:

- La elevada desigualdad social.
- La falta de abordaje de las determinantes subyacentes de la salud materna neonatal e infantil:
 - en los países con proporciones más altas de población indígena, la razón de mortalidad materna es entre dos y tres veces mayor en áreas donde viven éstos grupos que en las áreas donde residen las poblaciones hispanohablantes (UNICEF 2011).
- La falta de asignación de recursos económicos suficientes y garantizados.
- La falta de prioridad dada a las adolescentes y jóvenes.
- La falta de un abordaje que tenga en cuenta los distintos grupos.
- La bajísima importancia política que tiene el tema.
- El mantenimiento de la ilegalidad del aborto y las restricciones al acceso al aborto permitido.

En este último punto, la Argentina expone uno de los casos más claros de la región.

La estructura de las causas de muertes maternas, en la que la primera causa son las complicaciones derivadas del aborto inseguro, se ha mantenido invariable desde 1985. Si bien el Plan Federal de Salud 2004-2007 definió a la salud materna, la salud sexual y la procreación responsable como sus áreas prioritarias, si bien en 2004 se firmó el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) —que reúne a las máximas autoridades sanitarias nacionales y provinciales— y desde 2006 el Ministerio de Salud lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto, cuyo objetivo es reducir la morbilidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la recurrencia de un embarazo no deseado, tanto el mantenimiento de la ilegalidad como regla general para el aborto como las restricciones para acceder a los abortos permitidos impone serias barreras para reducir la mortalidad materna en el país (Informe país).

Atención de la salud materna

De acuerdo al reporte de UNFPA, la atención y el apoyo al embarazo es el segundo campo temático más mencionado por los países de América Latina en las respuestas a las encuestas: de los 19 países que respondieron, 11 lo indicaron así. De esos 11 países, 10 hicieron referencia a avances en la atención prenatal, en tanto que 7 lo hicieron en relación con la derivación a la atención obstétrica de emergencia básica e integral. Por su parte, 4 países afirmaron avances en la protección sanitaria y social a las embarazadas adolescentes, y 3 lo hicieron en relación con el suministro de nutrición adecuado para las mujeres embarazadas.

- De acuerdo a la OPS (s/f) «la mayoría de los países de la Región ha apoyado políticas o normas que recalcan la importancia de la maternidad sin riesgo y la meta de reducir la mortalidad materna en 50% para el año 2015. Bolivia, Brasil, Ecuador y México han podido dar prioridad a la maternidad sin riesgo en la agenda política».⁴⁴

44 Ver http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

- Hubo ciertos avances legales. Guatemala y El Salvador, por ejemplo, aprobaron nuevas normativas sobre parto humanizado. No obstante, estas normativas aún no se aplicaron.
- Si bien los avances tanto en programas de salud materna y neonatal como las medidas tendientes a la reducción de la mortalidad materna prevenible son deberes del Estado para garantizar los DSR de las mujeres, uno de los problemas en algunos abordajes adoptados en esta área suele ser la visión tradicional de la mujer como madre.⁴⁵ Esto no se convierte en un problema serio en los países en los que la implementación de medidas para la reducción de la mortalidad materna, por ejemplo, se combinan con una implementación igualmente decidida en planes que garanticen otros servicios asociados a los DSR, como el acceso a anti-conceptivos, consejerías de embarazos no deseados, suministro de información sobre sexualidad, etc. (Articulación Regional Feminista 2011).
- «Si se asume que mínimamente el 90% de las mujeres deberían tener acceso a, por lo menos, una consulta prenatal, en la gran mayoría de los países el acceso al sistema de salud es bastante generalizado» (Wong & Perpetuó 2011: 29). Comparado con períodos anteriores, El Salvador, Guatemala, Perú, Bolivia, y Nicaragua han mostrado avances en este sentido. El caso contrario es Costa Rica, que pese a tener una cobertura relativamente amplia desde hace algunas décadas, esta no es total. No obstante si las consultas prenatales pasan

45 Este enfoque exclusivo en salud materna promueve intervenciones verticales donde a las mujeres sólo se les proporciona información y servicios sobre salud materna y no una atención integral que incluya todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción (Articulación Regional Feminista 2011).

a cuatro, el panorama no es tan alentador. En este sentido se está lejos de un acceso pleno y universal a la salud reproductiva.⁴⁶

- La proporción de mujeres atendidas por profesionales de salud durante el embarazo muestra las brechas aún existentes entre las poblaciones en razón de su posición socio-económica, siendo aún mayor si se considera la educación de la mujer, lo que pone en evidencia la falta de equidad en el acceso a una atención prenatal de calidad (Wong & Perpetuó 2011; UNICEF 2011).
- La falta de un abordaje que tenga en cuenta los diferenciales que caracterizan a las poblaciones y de identificación de mujeres en situaciones específicas –por ejemplo, debido a sus ingresos–, ha generado políticas y planes de maternidad segura y de reducción de la mortalidad materna con sesgos, resultados discriminatorios e ineficientes.
- En muchos servicios de salud de LAC se da de alta a las madres y a sus recién nacidos en las seis horas que siguen al parto, si bien todavía es alta su probabilidad de sufrir una complicación que podría poner en peligro su vida.
- Faltan normas y protocolos para la atención de los recién nacidos en alto riesgo, como los prematuros y los que tienen peso bajo al nacer, o los que fueron reanimados.
- Serios problemas con los servicios institucionales de salud y las poblaciones indígenas. Éstos, en general, ocurren en el marco de relaciones desiguales en cuanto al valor del conocimiento de las distintas prácticas médicas.
 - En México, entre el 2001-2006 se hizo explícita la Política de Atención a la Salud de Poblaciones Indígenas (SSA, 2002), que propuso realizar acciones en salud basadas en los principios de acceso eficaz, información, participación social, respeto a la diversidad y derechos humanos. Sin embargo las prácticas han permanecido sin cambios, excepto en lo que se refiere a cobertura y gasto en salud y a ciertos proyectos intersectoriales de intervención. Esto se explica, en parte, a que los profesionales y responsables del sector salud no han sido formados para comprender la importancia de la atención médica integral y respetuosa, así como los procesos de cambio so-

46 Entre los países que tienen información disponible, solo uno supera la marca de 90% de cobertura (la República Dominicana) y otros dos (Brasil y Perú) se aproximan a este porcentual, mientras que Nicaragua, pese a haber aumentado la cobertura de la asistencia prenatal, no ha realizado los esfuerzos para que la misma sea universal y de mejor calidad (Wong y Perpetuó 2011).

cial, poblacional, organizacional y espacial de los pueblos indígenas, que han cambiado algunas de sus prácticas y situaciones reproductivas (Zapata Martelo et al. 2007).

- Cabe añadir que no ha habido un mejoramiento en el monitoreo de la información generada en el sistema de salud.⁴⁷ Persiste una falta de atención dada por parte de los Estados a los Sistemas de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Incluso cuando hay sistemas de vigilancia, no se han emprendido acciones necesarias para fortalecer las competencias del personal de salud para la recolección, análisis e interpretación de la información relacionada con las muertes maternas ni para procurar mantener el recurso humano capacitado con el objeto de garantizar la continuidad de los procesos. También se observa, en términos generales y estructurales, la ausencia de un enfoque de análisis integral en la vigilancia epidemiológica relacionada a la mortalidad materna, lo que impide identificar de modo adecuado, preciso u oportuno los factores y condiciones de vida que contribuyeron a la muerte materna, así como los rasgos de distintos grupos de mujeres, y analizar casos individuales agrupados de forma de orientar las acciones de los programas con responsabilidad en el área de la salud materna.⁴⁸

47 «El sub-registro es alto, entre otras razones, porque la mortalidad materna es un evento presente sobre todo entre mujeres pobres y de poblaciones vulnerables, discriminadas por su condición étnico-racial o por situaciones como el aborto, que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se oculta debido a su ilegalidad» (Wong & Perpetuó 2011: 24).

48 Frente a las dificultades de contar con monitoreo, relevamiento de datos e información actualizada por parte del Estado, la sociedad civil de algunos países de la región (entre ellos la Argentina, Guatemala, México y el Uruguay) ha creado observatorios de seguimiento que responden a la necesidad de obtener mejores evidencias para aumentar la eficacia de las medidas, facilitando la pertinencia de las políticas e involucrando además a la ciudadanía en la exigibilidad de derechos (GTR, 2012).

- En la mayoría de los países de la región no hay comisiones nacionales de mortalidad que funcionen con la participación de las organizaciones de mujeres (ejemplos: Nicaragua, República Dominicana, Guatemala), mientras que en algunos países como Colombia y Argentina en la práctica la habilitación de estos grupos en los espacios institucionales (como el programa de SSR o comisiones de población) se ha visto reducida en los últimos años. En Brasil, por su parte, si bien desde 1994 existe una comisión nacional de población y desarrollo nacional, actualmente no está jugando ningún papel positivo en la aplicación de la agenda de del PA- CIPD. No obstante, en este país las organizaciones de la sociedad civil, incluidas agrupaciones feministas y de mujeres, han encontrado espacios de participación en el marco del «Pacto Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y neonatal» (RSMLAC 2013).
- En la Argentina, por ejemplo, en el 2007 se adoptó la resolución 640/07 que estableció un sistema centinela de la mortalidad materna como parte del sistema de vigilancia epidemiológica nacional en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. El objetivo general era mejorar la accesibilidad a la información sobre las defunciones maternas en forma continua en el nivel nacional, pero su implementación no alcanzó los resultados esperados debido a la falta de coordinación por parte de las autoridades y los distintos actores locales de implementación (OSSYR 2010). Algo similar sucede con los «comités de análisis de muerte materna». Si bien en algunas jurisdicciones del país estos comités funcionan adecuadamente, en general su efectividad es muy variable, además de que no han sido regulados ni monitoreados, pues la Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna y la Mortalidad Infantil (resolución ministerial 672/2002) encargada de esta tarea no ha funcionado regularmente (OSSYR 2010).

e. Interrupción voluntaria del embarazo

En esta materia, el marco legal de LAC se caracteriza por su desconocimiento de los derechos de las mujeres. Salvo Cuba, Puerto Rico, Ciudad de México y Uruguay (relativamente), el resto de los países oscilan entre legislaciones prohibitivas (Chile, El Salvador, República Dominicana, etc.), restrictivas (Paraguay, Perú, Ecuador, etc.) y moderadamente restrictivas (Argentina, Colombia, etc.) (González 2012). Estas limitaciones

impuestas a las decisiones de las mujeres se vuelven aún más intensas en la práctica, dada la escasa implementación de las regulaciones permisivas, las situaciones en que se llevan a cabo muchos de los abortos «ilegales» y las condiciones en que se da el acceso a los servicios de atención del aborto inseguro. A esto se añade que en varias jurisdicciones, mujeres, parteros empíricos y profesionales de la salud son denunciados, arrestados, acusados, detenidos y a veces encarceladas por la práctica de abortos ilegales (ej. Bolivia, Brasil, El Salvador) (Kane, Galli & Shuster 2013; CDR & Agrupación Ciudadana 2013).

El período 2009-2014 deja pocos avances. Durante estos años sólo un país, Uruguay, reformó su legislación y así se acercó a una posición acorde con el respecto a los derechos humanos y los principios de un derecho penal liberal. Varias jurisdicciones endurecieron su posición en el texto o en la práctica (ej. Nicaragua, estados mexicanos, el Salvador), mientras que la gran mayoría mantuvo marcos regulatorios que están en tensión con los derechos humanos de las mujeres (ej. Chile, República Dominicana, Honduras, Perú, Venezuela, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Panamá, etc.). Al mismo tiempo, aquellos países que tuvieron algunos avances moderados hacia la permisibilidad aun no logran garantizarles a las mujeres un acceso oportuno, de calidad y no discriminatorio (Argentina, Brasil, Colombia).

El caso de Beatriz en El Salvador puso de manifiesto la violencia jurídica e institucional de la legislación prohibitiva del aborto.

Beatriz era una mujer salvadoreña de 22 años que solicitó un aborto terapéutico debido a su condición de salud física (padece lupus eritematoso sistémico agravado con nefropatía lúpica y artritis reumatoidea) y que el embarazo era de un feto anencefálico. Mediante pruebas médicas realizadas le diagnosticaron que el feto era anencefálico.

Debido a su condición de salud, los médicos tratantes le recomendaron interrumpir el embarazo ya que su vida corría peligro. No obstante se negaron a llevar a cabo la práctica, por temor a ser sancionados penalmente, lo que prolongó el embarazo hasta la 26 semana de gestación. El caso se llevó a la justicia.

El 28 de mayo de 2013, la Sala de lo Constitucional de la CSJ denegó la petición de interrupción del embarazo, presentada el 11 de abril, pese al requerimiento de Beatriz y el apoyo de organizaciones locales, regionales y globales. El 29 de mayo la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó medidas provisionales a su favor, pero tampoco logró su objetivo. ●■

Beatriz estuvo hospitalizada en San Salvador hasta que dio a luz a una niña mediante una operación cesárea el 3 de junio. Sin embargo, la bebé murió horas después debido a la anencefalia.

-
- La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Resolución del 29 de mayo de 2013, asunto B) dictó medidas provisionales, ordenando que se arbitren los medios para que pueda efectuarse la práctica, recordando que los compromisos adquiridos en el marco de las convenciones interamericanas exigen a los países el respeto por los derechos humanos de las mujeres, en este caso la protección de los derechos a la vida y a la salud. Ver http://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/B_se_01.pdf
 - A fines de 2013, debido a este incumplimiento, un grupo de organizaciones no gubernamentales denunció al Estado salvadoreño ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Ver <https://cejil.org/categoria/pais/el-salvador>

Prevención y atención del aborto inseguro

Independientemente del estatus legal del aborto en cada país, las mujeres de la región poseen el derecho a recibir atención adecuada por complicaciones de salud debidas al

aborto. No obstante, este derecho, reconocido por múltiples instrumentos internacionales incluido el marco del PA y las decisiones y recomendaciones de organismos de derechos humanos, se ha encontrado con serias violaciones.

- Si bien hay algunos pocos países y jurisdicciones en la región que han establecido consejerías de atención de embarazos no deseados, pre-aborto y post-aborto, no se cuenta con programas que incluyan un set de instrumentos e intervenciones sobre el tema. En la mayoría de los casos se trata de iniciativas informales que no cuentan con el apoyo del Estado o bien ese apoyo es frágil y oscilante.
- Algunas de las barreras observables en países de la región están vinculadas con la falta de incorporación del servicio de atención post-aborto dentro del paquete de prestaciones de SSR.
- En otros casos, las barreras se deben a una falta de protocolos de atención, a desajustes con la normativa acerca del secreto profesional y el deber de confidencialidad (por ej.: Perú, Argentina, Guatemala).
- Poca capacidad resolutive a la atención primaria de salud.
- También en esta área se reitera el déficit de capacitación e información dirigida a los profesionales de la salud.
- Las mujeres no son informadas acerca de este derecho y la posibilidad de recurrir en forma oportuna al servicio de salud.
- Las adolescentes y las jóvenes son una de las poblaciones que más sufren esta falta de institucionalidad, servicios amigables e información. Estas dificultades aumentan su riesgo de tener embarazos no deseados y abortos inseguros, y de buscar servicios de aborto en etapas más avanzadas del embarazo (Renner, Guzman & Brahmi 2013).

Tabla 4: Situación regulatoria de la atención post-aborto en algunos países.

País	Ley nacional: promulgación		Aplic		Normativa menor nivel		Aplic	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
Argentina	No existe ley nacional pero la Guía para el Mejoramiento de la Atención (protocolo) del Ministerio de Salud de la Nación fue aprobado por resolución ministerial Num. 989, del 9 agosto 2005, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica				Resolución Num. 989 - Guía para el mejoramiento de la atención pos aborto. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2005			
Bolivia								
Brasil					Norma Técnica Atencão Humanizada ao Abortamento			
Colombia	S/datos							
El Salvador								
Guatemala								
Honduras					Acuerdo Ministerial de aprobación de las Normas y procedimientos de Atención para Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia e Infertilidad. Acuerdo Num. 2472 del 25 de agosto de 2010			
México	s/datos							
Panamá					Decreto ejecutivo 268 de 2001 que determina los problemas de salud de notificación obligatoria			
Paraguay					Normas de atención humanizada pos aborto / 2012			
Perú	Guía bacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM 668-2004/ MINSA							
República Dominicana								
Uruguay	Ley N° 18.426. Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Año 2008							

Fuente: CLADEM (2013).

Atención del aborto legal

- Los países que cuentan con legislaciones permisivas continúan manteniendo una falta de respuesta a la inaccesibilidad, a excepción de Uruguay y Ciudad de México, y algunas jurisdicciones y servicios de salud de Brasil, Argentina, México y Colombia (Informes países).

- Pese a contarse con algunas novedades legales favorables al acceso al aborto legal y seguro, los avances jurídicos se han encontrado con las distintas dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a esta práctica (Informe países; UNFPA 2013):
 - la falta de instalación de servicios en algunas regiones;
 - la escasa respuesta del sector salud por miedos, incertidumbres, arbitrariedad, o falta de conocimiento de la legislación;
 - en varias jurisdicciones el acceso a un aborto legal depende de la judicialización y decisión favorable de un tribunal, pese a que no es una exigencia legal contar con este aval (ej. Brasil, Argentina, Colombia) (Informes países).
 - el abuso de la objeción de conciencia;
 - graves restricciones en la disponibilidad del misoprostol en los servicios de salud;
 - poca capacidad resolutive en la atención primaria de salud.

f. Cánceres cervicouterino y mamario

Prevención y tratamiento

La información oficial de los Estados y los relevamientos de la sociedad civil sobre la implementación en esta área son escasos. En las respuestas a la encuesta, de los 19 países de Latinoamérica 6 señalaron la prevención y tratamiento de cáncer de cuello uterino y el de mama como parte de los logros obtenidos, mientras que de los 12 países del Caribe que respondieron la encuesta sólo 3 indican lo mismo. En

relación a priorización, 4 países de Latinoamérica y 3 del Caribe colocaron como prioridades las intervenciones públicas en esta área.

En el área de cáncer cervicouterino, encontramos, una vez más, diferentes grupos de países.

Por ejemplo, en los últimos tres años en Argentina ha habido avances sobre la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, especialmente en las zonas más vulnerables del país, a partir de las intervenciones del Programa Nacional de Prevención de Cáncer cérvico uterino dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y de la colaboración de las provincias respectivas (Informe país). En 2011 también se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación para niñas que cumplan 11 años la vacunación contra el VPH, que se financia con fondos del Programa Nacional de Prevención de Cáncer cérvico-uterino.●

En Nicaragua la atención se limita a la prevención del cáncer de cuello uterino y a proporcionar asesoramiento para prevenir el cáncer de mama (RSMLAC 2013). En República Dominicana existen programas para ambos cánceres, en los que se ofrecen prevención, detección pruebas, tratamiento y atención; no obstante hay reportes acerca de la falta de oportunidad y eficiencia de estas intervenciones (RSMLAC 2013).

● Ver: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/185-vph>.

- Un gran déficit de programas integrales de prevención y control resulta un desafío sustancial si se tiene en cuenta el impacto que tiene en las tasas de mortalidad femenina. Tampoco existen en la región, en general, sistemas de información y registros de cáncer.
- Un rasgo reiterado a lo largo de LAC es la falta de información por parte de las mujeres acerca del cáncer mamario. Este déficit también se extiende a varones y mujeres en lo que se refiere al cáncer cervicouterino y sus problemas asociados (OPS 2014).
- En relación al acceso a las pruebas y tratamientos de prevención de PAP, la investigación llevada a cabo por la RSMLAC (2013) sobre Argentina, Brasil, México, Nicaragua y República Dominicana indica que el diagnóstico, el tratamiento y el

seguimiento de las mujeres con cáncer de cuello uterino y de mama son proporcionados por los hospitales públicos y a través de la seguridad social, los seguros privados y las clínicas médicas de asistencia social.

- Mientras que, por ejemplo, Argentina, Colombia y México poseen un programa de vacunación pública contra HPV, Brasil, Nicaragua, la República Dominicana, entre otros países, no tienen normas específicas debido a los altos costos y eficiencia en relación a costos y beneficios (RSMLAC 2013).
- Pese a la gratuidad de los servicios públicos, existen otras barreras que pocos programas y políticas han identificado y/o abordado de manera apropiada. Además, en algunos países la cobertura de esta prestación puede variar de acuerdo al tipo de seguro médico que las mujeres posean.
 - En Brasil la cobertura PAP propuesta debe ser del 100 %, pero no hay datos de la cobertura efectiva en cualquiera de los tres subsistemas: público, obras sociales y privado (RSMLAC 2013).
 - En Colombia el 85 % de la oferta está centrada en el ámbito privado. A esto se suma que desde 2007 los requisitos para la aprobación de los servicios de oncología –en donde se brindan estas prestaciones– se han hecho más estrictos, lo que ha producido la aparición de servicios privados dedicados a una sola prestación, reduciéndose de este modo los espacios institucionales que ofrecen una atención integral para los usuarios con el cáncer (RSMLAC 2013).
 - En República Dominicana los datos disponibles muestran un escenario preocupante. La cobertura de PAP en mujeres en edad fértil no alcanza el 10%, y tanto la detección como su tratamiento en general son tardíos (RSMLAC 2013).

- Otro de los problemas que no ha sido abordado por casi ninguno de los Estados, en las respectivas áreas, es la baja sensibilidad de la citología. No se han adoptado medidas para incorporar otras tecnologías de detección, ni para mejorar la calidad de lo existente o realizar esfuerzos en el seguimiento de las mujeres con anomalías en los resultados citológicos.
- Varios países de LAC presentan algunas de las tasas más elevadas en cuanto a riesgo de fallecer por cáncer de mama, lo que refleja las inequidades existentes en la región en términos de salud.
- Si bien gran parte de los países, en principio, ofrece servicios para la atención del cáncer de mama, no está generalizada la implementación de medidas que formen parte de un abordaje integral destinado a la detección precoz del cáncer de mama, y que incluya no solo la mamografía y exámenes clínicos manuales, sino también campañas y promociones que promuevan el autoexamen. Uno de los problemas es la falta de reforzamiento del rol de la atención primaria de la salud en la atención integral, especialmente en la prevención del cáncer de mama.

g. Violencia de género y sexual

Prevención y atención integral

La mayoría de los países de LAC ha aprobado leyes y diseñado políticas con el propósito de prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica o intrafamiliar, así como han realizado otras reformas legales complementarias a esta tarea (UNFPA 2013; Informes países; ICRW 2003).⁴⁹ No obstante, esta atención ha sido insuficiente y se constatan barreras y problemas irresueltos en distintas áreas de las políticas.

- Bienal tiempo que países como México, Colombia y Argentina han aprobado leyes integrales contra la violencia, otros países como Ecuador, Bolivia, Perú,

⁴⁹ Incluyendo, por ejemplo, la violación por la pareja dentro del tipo penal, reformando la legislación procesal o incorporando nueva jurisprudencia referida a la defensa propia, protocolos de atención de la violencia sexual, etc.

Chile⁵⁰ han aprobado normas que abordan la política contra la violencia hacia la mujer, pero estas son normas de menor nivel (administrativo).

- Hay que señalar que no todos los cambios legales han adoptado una visión integral. Esto ha llevado al Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará (MECSEVI), en su Primer Informe Hemisférico, a recomendar que «el tratamiento de los temas sobre las mujeres deben ser abordados desde una perspectiva de género y de derechos humanos, y no en el marco de concepciones familistas y tradicionales que obstaculicen y frenen el avance de los derechos de las mujeres o implique su retroceso.»^{51 52}
- Otro de los problemas para la implementación de intervenciones integrales en países con sistemas federales, como México y Argentina, es la falta de armonización entre las normas y políticas locales y las federales, y las dificultades para sostener planes nacionales a lo largo de todo el territorio (Articulación Regional Feminista 2011).⁵³

50 Chile no cuenta con una norma que aborde la violencia contra las mujeres en su integridad. El Servicio Nacional de la Mujer - SERNAM ha centrado su atención en la incorporación de la perspectiva de género en la atención de la violencia familiar a través de convenios bilaterales, pero no ha propuesto al Ejecutivo una política sobre prevención de la violencia de género.

51 MECSEVI. Informe Hemisférico adoptado en la Segunda Conferencia de Estados Parte celebrada en Caracas, Venezuela, del 9 al 10 de julio de 2008.

52 «Los pronunciamientos de los órganos que supervisan el cumplimiento de tratados internacionales muestran la necesidad de que los Estados aprueben y apliquen normas que recojan políticas de prevención, atención y sanción a las diferentes formas de violencia hacia la mujer (no solo violencia intra familiar y sexual), donde se reconozca que el sustrato de la violencia es la discriminación y donde el abordaje sea desde los enfoques de género y derechos humanos» (Articulación Regional Feminista 2011: 39).

53 «Los planes nacionales constituyen instrumentos fundamentales para garantizar un enfoque integral en la puesta en práctica de la legislación, para facilitar la coordinación de las actividades entre los distintos sectores y para ayudar a determinar las implicaciones presupuestarias para todos los sectores en el ámbito nacional y local. Estos

- Falta de articulación entre las distintas normas y políticas que abordan distintos tipos y aspectos de la violencia de género y sexual, así como políticas vinculadas a la igualdad y equidad de género relacionadas a la violencia de género, y políticas y normas que tratan específicamente la violencia doméstica.
 - Coexistencia entre estas normas en contra de la violencia de las mujeres o de género con otras normas que abordan tipos específicos de violencia: Ecuador (Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia – Ley 103 de 1995 y el Plan Nacional para la erradicación de los delitos sexuales en el ámbito educativo del Ecuador); Perú (Establecen política del Estado y de la sociedad frente a la Violencia Familiar – Ley 26260 de 1993, y el Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011 del Perú) (Articulación Regional Feminista 2011).⁵⁴
- A lo largo de la región se observa de forma estructural la existencia de serias dificultades para organizar una intervención ordenada, eficiente e integral por parte de las políticas. De acuerdo a la información disponible⁵⁵, en casi ningún país se ha diseñado un marco de referencia para la oferta de servicios intersectoriales eficaces. Hay una multiplicación de agencias del Estado con funciones solapadas, similares y/o no coordinadas, y a esto se suma la falta de competencia de sus directores y la inestabilidad del personal de los organismos. Pese a algunas reformas procesales y de política, también persisten serios problemas de acceso a la justicia que experimentan las víctimas de violencia, como ser la baja cobertura de protección, la falta de patrocinio jurídico gratuito y los limitados servicios especializados con asesoramiento psicológico, médico y legal, entre otros (UNFPA 2013; Informes países).
- Otro rasgo común a muchos países es la falta de asignación de recursos financieros suficientes para su aplicación adecuada a lo largo del territorio. Muchas de las leyes sobre violencia contra las mujeres y violencia doméstica se aprobaron sin asignaciones presupuestarias concretas, algo que no ha cambiado en estos años y

planes llevan a cabo un esquema de los actores sociales y de los procesos intervinientes, abordan todo lo que atañe a la coordinación entre agencias, facilitan el control y la evaluación, a la vez que prevén un cronograma, un plan de recursos y puntos de referencia. Un plan nacional de acción sobre violencia doméstica supone un plan aprobado por el gobierno que se aplica durante varios años y que involucra a múltiples sectores e instituciones» (ICRW 2003: 7).

- 54 Hay que tener en cuenta que el problema no solo serían los posibles solapamientos entre unas y otras, sino las contradicciones, la ineficiencia de la atención, la falta de uso adecuado de los recursos y la pérdida de chance de potenciar las intervenciones, todo lo cual se traduce en barreras para garantizar la prevención o solucionar los problemas que la ley intenta afrontar.
- 55 Ver capítulo I, sobre metodología.

que ha puesto en situación de alta vulnerabilidad e impotencia a las mismas. Pese a los años transcurridos desde la instalación del tema en la agenda política, el gasto público para actividades contra la violencia doméstica, la violencia contra las mujeres, sexual y de género se asigna de manera ad hoc o fragmentada. En algunos países, las leyes y los planes de acción no aclaran de dónde deben provenir las asignaciones presupuestarias. Esto ha dificultado la programación de la distribución de las asignaciones y ha originado una ambigüedad con respecto del dinero realmente disponible. Por ejemplo, «en algunos países, las intervenciones en violencia doméstica en el sector salud se llevan adelante a través de programas que no son permanentes y, como consecuencia, cada año deben competir con otros programas por las asignaciones. En otros países, la asignación depende del presupuesto general aprobado para cada agencia o de las prioridades del gobierno de turno (...) Las principales fuentes de financiamiento en casi todos los países han sido los fondos discrecionales de los presupuestos ministeriales y los fondos provenientes de la cooperación internacional a través de donaciones o préstamos» (ICRW 2003: 15-16).

- Algo que se observa es que la priorización del trabajo para enfrentar la violencia hacia las mujeres se da fundamentalmente en los mecanismos de adelanto para la mujer, y no necesariamente en los otros actores involucrados en su prevención, atención y sanción (educación, bienestar social, salud, interior, justicia, entre otros) (Articulación Regional Feminista 2011: 43).
 - Así, los avances en la ejecución del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer no pasan de ser una sumatoria de acciones dispersas emprendidas por los diferentes actores institucionales; en Chile persisten, a nivel estructural en el aparato público, posiciones «de parcela» que estiman que el tema

de la violencia corresponde al Servicio Nacional de la Mujer, desvinculando sus quehaceres propios de la labor de prevenir la violencia en sus espacios de acción.

- También hay otras formas de debilidad institucional asociadas no sólo a la falta de recursos económicos sino también a cierta marginalidad y “feminización» de estas políticas.
 - Por ejemplo, en varios países las innovaciones han sido sostenidas de distintas formas por la sociedad civil o la cooperación internacional, sin que las legislaciones ni los organismos encargados de implementación y monitoreo cuenten con presupuesto adecuado y con un estatus institucional relevante (Articulación Regional Feminista 2011).
 - A través de la ley 1256 de 2008 Colombia abandonó el enfoque familista; esta norma ha permitido la puesta en marcha de la Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres y la creación del Comité de Seguimiento a la ley, con participación de entidades del Estado y tres representantes de la sociedad civil, además del lanzamiento de la Estrategia Interinstitucional de Comunicaciones del Estado colombiano para la Prevención de la Violencia contra la Mujer. Pese a estos avances, aun existen debilidades en la articulación y coordinación entre las entidades responsables de las distintas estrategias y, en particular, entre las entidades del nivel nacional y las territoriales (Informe país).
- Con frecuencia, la implementación de las leyes sobre violencia doméstica se frustra debido a interpretaciones dispares, y en ocasiones arbitrarias, sea por distintos tribunales u otros actores (Articulación Regional Feminista 2011).
- En la mayoría de los países, los servicios para las víctimas de violencia doméstica se concentran en áreas urbanas, y son muy escasos en las sub-urbanas o rurales (Informes países; ICRW 2003)
- No se han encontrado planes que contengan una vinculación más clara entre las identidades de género, la perspectiva de la masculinidad y la violencia (UNFPA 2013).
- Grandes déficits en el diseño de sistemas de monitoreo, en los servicios de salud y organismos a cargo de implementar las leyes sobre violencia contra las muje-



res y violencia doméstica. A las deficiencias técnicas y políticas se suma una cultura institucional que limita el registro sistemático.

- Existe un altísimo déficit en las modalidades implementadas en la prevención y cambio de patrones culturales y estereotipos (Informes países).
 - En Ecuador la campaña «Despierta Ecuador, el machismo es violencia», lanzada por la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género, no se articuló ni se sostuvo con otras acciones (Articulación Regional Feminista 2011). Algo similar ocurre en países como Perú y Chile, en donde se carece de una política comunicacional planificada, diseñada con cuidado y de largo alcance (Articulación Regional Feminista 2011).
- Invisibilización de ciertos grupos. Esto es realmente preocupante cuando se tiene en cuenta, por ejemplo, que «una de las amenazas más inmediatas para las personas trans consiste en los niveles desproporcionadamente altos de violencia física, a menudo mortal, a la que están expuestos» (OPS 2013: 30) De forma similar, es evidente en casi todos los países la falta de incorporación del grupo de las lesbianas a las políticas de prevención y atención. Esto se debe, en gran parte, tanto a la persistencia del enfoque heterosexual de las miradas públicas como a un análisis estereotipado de las personas destinatarias de las políticas: se asume que las mujeres no son violentas y que por tanto no pueden ser perpetradoras, sólo víctimas.
 - En Colombia no existe una política para prevenir las violencias contra las mujeres que brinde atención integral y diferenciada a las mujeres víctimas del conflicto interno para garantizar la protección y restitución de sus derechos, tal como lo ha es-

tablecido la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Informe Anual 2009.

- Aún siguen vigentes legislaciones que exigen condiciones especiales (ej. se limita a los casos en que la pareja está en el proceso de separación) para aplicar una pena a la violación en el matrimonio o pareja (ej. Jamaica; Barbados; Belice; Antigua & Barbuda) (OEA 2010).
- Existen poquísimas instituciones que trabajan en el rescate de adolescentes y jóvenes que sufren violencia y que quieren salirse de las redes de las pandillas y la violencia (UNFPA 2013).
- En general, en los servicios de salud no hay capacidades de peritaje y de identificación de casos de violencia sexual, salvo en hospitales de mayor complejidad –que han sido liderados por voluntades institucionales internas– (UNFPA 2013).

h. Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Prevención y tratamiento

- LAC ha llevado a cabo iniciativas relacionadas con la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA que, en gran parte, han sido exitosas (CEPAL 2013). Sin embargo en la región se observan brechas persistentes en el acceso universal a la prevención y atención del VIH/SIDA.
- Es persistente el fracaso en llevar a cabo un abordaje integral entre los programas de VIH/SIDA y otras políticas de SSR desde un marco de salud pública y derechos humanos.
 - No se observan vínculos entre los programas de SSR y los de VIH/SIDA, lo que afecta el potencial de reducir significativamente la epidemia (UNFPA 2013).
 - Pese a que las tasas de prevalencia de ITS más altas ocurren en la adolescencia (UNFPA et al. 2010), los programas de VIH/SIDA e ITS no han venido trabajando conjuntamente con aquellas áreas responsables de salud reproductiva y adolescencia (Informes países).
- Hay variaciones de un país a otro y entre distintos grupos, lo que señala la falta de estrategias con perspectiva de equidad.



- Uno de los problemas profundos que tiene LAC es la escasa divulgación de las formas de prevención, transmisión y acceso voluntario a la prueba de detección de ITS. Esto se acentúa en las zonas rurales y semi-urbanas.
 - Esta acentuación de las dificultades para acceder a información y consejería afectan especialmente a ciertos grupos: usuarios de drogas intravenosas, jóvenes, trabajadores sexuales, trans, etc.
- Pese a que en LAC la prevalencia de VIH está concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas trans, no todos los programas han sido exitosos en avanzar con estrategias más precisas (ONUSIDA 2011).
- Subsisten retos básicos en el acceso oportuno a condones masculinos y femeninos.
- Hay una extensa heterogeneidad en la disponibilidad de información en la región, lo que genera dificultades para monitorear y revisar las estrategias y realizar análisis más complejos de costo y efectividad de las mismas (ONUSIDA 2011).
- A pesar de los esfuerzos realizados, el estigma dirigido a los HSH ha impactado negativamente, limitando el acceso a la información y a los servicios preventivos, así como a la atención oportuna.⁵⁶
- En el caso de América Latina, el acceso al tratamiento es del 51%, siendo la mayor cobertura en el mundo (ONUSIDA 2011). Esto se traduce en un menor número

56 El alcance de los programas de prevención dirigidos a HSH en la región es variable. A modo de ejemplo, se reporta que en Honduras el 31% de HSH acceden a programas de prevención y el 98% en Argentina. Esto nos muestra que persisten diferencias entre los países de la región, especialmente en Centroamérica y los países Andinos, en donde no hay suficientes programas de prevención dirigidos a este grupo (ONUSIDA 2011).

de muertes asociadas al SIDA. Sin embargo aun hay retos importantes, ya que persisten problemas en la compra, abastecimiento y distribución de medicamentos, y el gasto destinado a la epidemia de VIH varía enormemente entre los distintos países de la región (ONUSIDA 2011; Informes países). En esta misma línea, la «falta de acceso a medicamentos en formulación pediátrica se traduce en problemas de adherencia en los niños y niñas y encarecimiento del acceso a los servicios» (ONUSIDA, 2011: 9).⁵⁷

- En algunos países persisten regulaciones que obligan a la realización de pruebas de VIH a ciertos grupos y para algunos trámites civiles, y esto significa una gravísima violación de los derechos humanos, como también lo son ciertos actos discriminatorios de los gobiernos. En sentido similar, hay que hacer notar que aún se encuentran en uso ciertas prácticas que criminalizan la infección por VIH y penalizan el trabajo sexual (Articulación Regional Feminista 2011).
- Pese a que hay una fuerte correlación entre varios tipos de movilidad y el mayor riesgo de contraer la infección, los países no han abordado esta dinámica ni tampoco han acomodado las intervenciones para dar respuestas a determinados grupos (Articulación Regional Feminista 2011).⁵⁸
- Salvo algunas excepciones, los Estados se han mantenido renuentes a abrir espacios para la participación de la sociedad civil, tanto en la propuesta de alternativas y ajustes de enfoque, como en el monitoreo de las iniciativas gubernamentales (Informes países).
- Hay muchas dificultades para coordinar los múltiples organismos nacionales al interior de los países. En relación a esto, desde hace unos años no se han vuelto a reiterar con vocación política y técnica cierta la compra consolidada de medicamentos e insumos para la prevención, atención y tratamiento, de forma de lograr mejores precios.

57 «Los medicamentos en formulación pediátrica o de segunda y tercera línea especialmente los de reciente desarrollo son comparativamente más caros debido a que cada vez se solicitan más patentes en los países en desarrollo con capacidad de producción» (ONUSIDA, 2011: 9).

58 Y «evidenció que si bien existe el riesgo que los migrantes de los países viajen y contribuyan a esparcir el virus, el mayor riesgo está en que estas personas se desplazan de lugares de baja prevalencia a otros donde el virus tiene mayor presencia, y por tanto su vulnerabilidad a adquirir la enfermedad es mucho mayor. En el caso de las personas pobres, especialmente las mujeres y los niños con bajos niveles de educación y con limitado acceso a la información, el riesgo es mucho mayor» (Articulación Regional Feminista 2011: 241).

IV. Conclusiones

Luego de la revisión de la situación de LAC en lo que refiere a los compromisos sobre SDR, esta última parte está destinada a señalar aquellos incumplimientos y deudas pendientes que se consideran más relevantes. A través de esta tarea esperamos colaborar con la identificación de retos y prioridades para el proceso del PA-CIPD más allá del año 2014.

LAC cuenta con políticas, programas y acciones en materia SDR –de salud pública y salud sexual y reproductiva, así como también de equidad de género, que incorporan iniciativas sobre DSR–. Desde las últimas dos décadas, algunas de éstas se han diseñado y otras reformulado o actualizado. Sin embargo, tal como lo señala este documento, aún persisten incumplimientos, resurgieron otros antiguos y, al mismo tiempo, aparecieron algunos incumplimientos nuevos.

Es importante destacar que los incumplimientos de los Estados se expresan no sólo a través de omisiones sino también a través de acciones, y ambas pueden darse tanto en lo que respecta al diseño como a la implementación de normativas, políticas y otros instrumentos.

En lo que respecta a las omisiones, la región ofrece variados ejemplos:

- no revisión de la legislación punitiva del aborto o de la discriminación de personas no heterosexuales;
- ausencia de sistemas de información que incluyan la violencia íntima y problemas para el registro de casos de violencia sexual, especialmente en contextos de conflicto armado y desplazamiento;
- escasa implementación de sistemas de vigilancia de las muertes maternas;

- no protección frente a interferencias indebidas de terceros en los servicios de salud;
- no aprobación del misoprostol para la interrupción del embarazo;
- escasa promoción de investigaciones y pruebas de tamizaje para cánceres cervicouterino y mamario;
- y un enorme déficit en la calidad de la atención de los abortos permitidos por la ley.

Los Estados en LAC han venido incumpliendo también a través de sus acciones:

- sanción de normativas irrazonables –sin ninguna relación con la protección de derechos ni intereses legítimos de los gobiernos– (ej. regulaciones sanitarias que exigen la aprobación de comités para acceder a una interrupción legal del embarazo);
- normativas ambiguas respecto a la capacidad de consentir por parte de los adolescentes) y discriminatorias (ej. normas sobre información y educación sexual sin un abordaje que considere a las personas con discapacidad, la raza, los pueblos indígenas y la diversidad cultural);
- asignación presupuestaria ad hoc o fragmentada;
- implementación inadecuada de lineamientos sanitarios (ej. imposición de requisitos o procedimientos especiales a los adolescentes en los servicios de salud pese a que la norma no señala nada de esto);
- negación u obstaculización en el acceso de los abortos permitidos por parte de servicios de salud, jueces u otros actores estatales (ej. servicios de salud en el Salvador; Procurador General en Colombia; defensores de menores en la Argentina);
- interpretación restrictiva de la noción violencia de género;
- implementación incompleta (ej. falta de promoción, capacitación y monitoreo del uso de AMEU para la atención de los abortos incompletos).

Los incumplimientos no son inocuos. Cada uno de estos incumplimientos sostiene y refuerza indicadores inaceptablemente altos y dispares en la región, inequidades entre grupos dentro de los países y discriminación sistemática de otros. Los incumplimientos representan una afectación de derechos y, por tanto, una distribución inequitativa de recursos y posibilidades entre grupos y personas.



El énfasis del PA-CIPD está puesto en una agenda integral, diversa, con un enfoque de derechos, en la que la sexualidad no se limita a la reproducción. Sin embargo, muchas de las políticas de SDSR y los indicadores propuestos por las iniciativas de seguimiento y los sistemas de información nacionales y regionales refuerzan centralmente una visión tradicional basada en la fecundidad, la planificación familiar y la salud materno infantil.

Una mirada regional muestra patrones que minan las posibilidades de avanzar, de fortalecer las medidas favorables adoptadas y de revertir políticas y prácticas que afectan los derechos a la sexualidad y la reproducción de las personas:

- bajo grado de compromiso por parte de los políticos con la agenda de SDSR;
- déficit en la difusión de información acerca de derechos, políticas y servicios disponibles;
- aislamiento de la SDSR: si bien se han aprobado importantes normativas sanitarias o legislaciones que reconocen y garantizan derechos y necesidades para un mejoramiento de la SDSR, estos avances legales no se han incorporado a los lineamientos y/o los servicios de SSR;
- baja institucionalidad de los programas;
- las normativas, programas, políticas y planes vinculados a la SDSR han ido incorporando un enfoque de derechos; no obstante, aun se observan dificultades para que la salud pública en estos temas adopte el paradigma de derechos humanos;
- segmentación de los programas de SDSR, planes y procesos de la atención de la salud que generan barreras al acceso y pérdidas de calidad y eficiencia;
- falta de protección por parte del Estado frente a las interferencias indebidas de actores antiderechos;

- descuido de los recursos humanos en salud, con escasa asignación a las áreas específicas de SDR, falta de capacitación, falta de reconocimiento en los avances logrados y ausencias o problemas relativos a los mecanismos de incentivos y sanción;
- ausencia de una cultura de monitoreo y evaluación de indicadores de proceso y resultados dentro de los programas, y de rendición de cuentas;
- sistemas de información frágiles, discontinuos y con información no comparable;
- restricciones en el acceso a la información pública;
- escasos espacios institucionales-políticos para la participación de la sociedad civil en el diseño, la implementación y el monitoreo de las medidas adoptadas por los Estados;
- judicialización de derechos, políticas y casos individuales que involucran SDR, en especial en temas de AHE, adolescentes y acceso a la SSR, derechos de personas LGTBTTI y aborto.

Los Estados han reconocido que para el cumplimiento de sus compromisos es indispensable la recolección sistemática de información. La falta de información no solo es un incumplimiento, sino que socava la legitimidad y la transparencia del proceso, imposibilita la rendición de cuentas y dificulta de forma sustancial la verificación de los avances, la identificación de las barreras y brechas, y, eventualmente, la generación de hipótesis acerca de los comportamientos observados.

El PA-CIPD es un acuerdo y proceso que requiere –para garantizar avances sustantivos y sostenibles– voluntad y compromisos políticos, inversiones y posibilidades económicas, así como aciertos en el diseño de los instrumentos necesarios. En este sentido la selección de los indicadores muestra serios problemas, dado que muchos de ellos demandan relevamientos especiales que no se realizan periódicamente en los países (20 de 41 países de LAC tienen información proveniente de encuestas de demografía y de salud de la última década). Como resultado, se observan lagunas persistentes en la disponibilidad de información clave.

El análisis de situación de los ejes temáticos considerados permite observar que aun existen metas y objetivos del PA huérfanos de indicadores (cáncer cervicouterino y mamario, diversidad sexual y de género y morbilidad materna) y de información (violencia contra las mujeres, embarazo adolescente precoz, educación sexual). A esto se suma

el sub-desarrollo de indicadores para algunas dimensiones de los compromisos (consecuencias para la salud del aborto inseguro, calidad de la atención, acceso a servicios de SSR, etc.) y la recolección incompleta de información (ITS distintas a VIH/SIDA, desagregación por variables sociodemográficas, atención de SSR en los efectores no públicos del sistema de salud, entre otros).

El eje temático **adolescentes** presenta una situación paradigmática que se reproduce también en otros ejes: por un lado, hay avances normativos que reconocen la autonomía progresiva de las niñas/os y adolescentes, el enfoque de derechos, la integralidad, el autocuidado y el bienestar; por otro lado, se mantiene un prototipo basado en la noción de un «menor de edad», «paciente» que es abordado desde preocupaciones «poblacionales» y «factores de riesgo.» La interacción entre estas dos perspectivas ha dejado atascada a la política de SDR para este grupo poblacional: pese a que la evidencia muestra que la proporción de adolescentes embarazadas o con hijos es significativamente menor en aquellas incorporadas a la educación formal, los Estados no han puesto en marcha políticas efectivas para, por ejemplo, disminuir la deserción escolar en el nivel secundario y actuar en aquellas otras condiciones socio-económicas que afectan la prevención, planificación y deseabilidad del embarazo. En general, se observa que los lineamientos de las políticas de salud para adolescentes no están repercutiendo de manera concreta en los servicios ni en los indicadores.

La sanción de normativas nacionales que reconocen los derechos humanos de los adolescentes y los definen como sujetos con autonomía progresiva se contradice con políticas y reglas legales que reproducen el viejo paradigma. La titularidad de derechos reproductivos y sexuales también está minada por las ambigüedades jurídicas y la falta de especificidad del marco legal y de las políticas de los países. Esto resulta claro, por ejemplo, con el tema de la confidencialidad en la atención de la salud.

El incumplimiento de los compromisos de CIPD queda claramente reflejado en los escasos servicios amigables para adolescentes. También en las desigualdades que se observan en la fecundidad de las adolescentes de acuerdo con su nivel de educación, su lugar de residencia (urbano o rural) o su condición étnico-racial, ya que se originan brechas que imponen diferencias en el ejercicio de los derechos y en el acceso a oportunidades de desarrollo. Por ello, es clave que los Estados incorporen a las/os adolescentes en los procesos de diseño, planificación, ejecución y evaluación de las políticas para el desarrollo de servicios de salud sexual y reproductiva, algo que, en general, aun no ha ocurrido.

En relación a la educación sexual, la región oscila entre la negación, el inmovilismo y las excepciones. Esto es especialmente preocupante en Centroamérica y el Caribe. Hay una falta generalizada de voluntad estatal de incluir la educación integral de la sexualidad como un componente clave de la educación de calidad. Este déficit tiene distintos efectos, como la falta de capacitación de maestros y profesores.

La persistencia en el error de no desagregar en franjas etarias este amplio y variado grupo obstaculiza la posibilidad de priorizar e implementar intervenciones eficaces. Esto resulta claro en el tema del embarazo: no hay un abordaje diferenciado sobre el embarazo de niñas entre 10-14 años, lo que, entre otros problemas, impide la identificación de situaciones de violencia sexual y, por lo tanto, la garantía de los derechos de integridad física, dignidad, autonomía, salud que se les reconoce a las niñas y adolescentes en los libros. En Centroamérica, esta situación se refleja en las niñas que han sido forzadas a continuar embarazos resultados de violencia sexual, dada la negación institucional de acceso a abortos.

En el eje temático **anticoncepción** se mantiene un conjunto de barreras y problemas, muchos de ellos inaceptables a la luz del tiempo transcurrido y las oportunidades generadas, y algunos países se encuentran al margen de los compromisos. El Salvador, Honduras, Paraguay y República Dominicana no han diseñado las legislaciones y los programas para comenzar siquiera a dar cumplimiento a lo acordado en CIPD.

Si bien se observa un aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos y una disminución de las brechas entre grupos, 1 de cada 10 mujeres de la región tiene demandas insatisfechas en anticoncepción. LAC continúa enfrentando el desafío de acortar la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos, lo cual supone cerrar la brecha en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el acceso a

la salud sexual y reproductiva (Wong & Perpetuo 2011). Los problemas observados van desde una canasta que no ofrece todos los métodos disponibles (ej. condón femenino, implante) al desabastecimiento y la discontinuidad en la disponibilidad de métodos en los servicios de salud.

La provisión de métodos anticonceptivos a grupos específicos no está instalada como una prioridad en los programas de SSR. Los actores con responsabilidad de decisión y gestión de políticas tienen pendiente la tarea de promover el uso y acceso de anticonceptivos por parte de los varones. En otros casos hay una sobrerregulación que impone restricciones sobre el tipo de personal que puede suministrar ciertos métodos anticonceptivos y requisitos arbitrarios, como avales de comités o autorizaciones de la pareja, a la par de procedimientos innecesarios (especialmente en acceso a la ligadura de trompas y al aborto legal).

Los Estados han llevado a cabo o promovido enormes restricciones a la AHE. La litigiosidad, contenciosidad y el déficit de decisión política institucional han generado dificultades en la importación, fabricación, comercialización y/o distribución gratuita o comercial de la AHE, lo que ha dado como resultado una violación de los deberes de respeto, protección y garantía. En el período 2009-2013, la región ha tenido una sucesión de casos en los que grupos antiderechos han judicializado políticas que incluían la provisión de la AHE, y los tribunales apoyaron estas restricciones (ej. Perú; Chile); incluso en algunos casos ha sido el propio Estado el que avanzó sobre los derechos de las mujeres, prohibiendo la distribución de este método (ej. Honduras).

El eje temático de **diversidad sexual** muestra que la situación de lesbianas, gays, bisexuales, intersex y trans (travestis, transexuales y transgéneros) se caracteriza por su absoluta invisibilización, que se expresa en la falta de registro de su condición y en la carencia de políticas públicas para su ade-

cuada atención. A pesar del fracaso del enfoque de riesgo para la prevención del VIH y otras ITS, persiste el rótulo de «grupos de riesgo», que actúa reforzando estigmas y marginación e impidiendo un abordaje integral, eficiente y respetuoso de los derechos humanos.

En términos jurídicos, los sistemas legales de la región instituyen la discriminación de las identidades sexuales y de género diversas: los países angloparlantes del Caribe, por ejemplo, criminalizan el simple hecho de ser quienes son, dejándoles en completa vulnerabilidad social y al margen de los beneficios sociales y de protección de sus derechos humanos. El reconocimiento y la implementación por parte de los Estados de derechos humanos ya instalados es muy pobre, y aún no se han aplicado a estos grupos (ej. derecho a la salud, a la identidad, a la autonomía, a la igualdad y no discriminación). En términos de información, ninguna iniciativa incluye indicadores que den cuenta del perfil de salud, de las necesidades específicas y de las respuestas del sistema de salud a estas personas. En términos de acceso a los servicios, el incumplimiento por parte de los Estados se expresa de diversas formas: barreras en el acceso a servicios básicos de salud (ej. vacunación) y de SSR (ej. prevención de ITS, consejería y provisión de anticonceptivos, atención de violencia) e inexistencia de servicios específicos (ej. servicios amigables sobre orientación sexual e identidad de género). Resulta especialmente alarmante la discriminación que sufren las personas LGTBTTI en los servicios de salud, quienes se ven forzadas a ocultar su identidad sexual para evitar tratos arbitrarios y violentos.

En el eje de **salud materna** la razón de mortalidad materna en LAC es inaceptablemente alta cuando se disponen de intervenciones costo-efectivas y de probada eficacia. Hay importantes diferencias entre los países que se reiteran al interior de éstos: la mortalidad materna de las mujeres indígenas, mujeres residentes en zonas rurales o semi-urbanas y mujeres adolescentes supera ampliamente el promedio nacional. Es preocupante, entonces, que las iniciativas regionales y globales no hayan fijado indicadores que permitan monitorear estas inequidades.

Los Estados deben realizar mayores esfuerzos para dejar atrás el paradigma materno-infantil (sexista, biologicista y asistencialista) presente aún en muchas de sus políticas. La atención obstétrica de emergencia sigue sin recibir la atención imprescindible para reducir las muertes maternas. Las muertes maternas ocurren por causas evitables. Aun hoy persisten países sin sistemas de vigilancia de estas muertes, pese a que esta estrategia es crítica para identificar las intervenciones destinadas a superar los problemas en

los niveles micro (servicios de salud), meso (organización del sistema) y macro (priorización y asignación de recursos). Sólo una iniciativa incluye un indicador respecto de la existencia de comités de análisis de muertes maternas.

En el eje temático **aborto** el marco legal de LAC se caracteriza por la ausencia de reconocimiento de los derechos de las mujeres. Salvo Ciudad de México, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, el resto de los países oscilan entre legislaciones prohibitivas, restrictivas y moderadamente restrictivas. El período 2009-2014 deja escasos avances. Varias jurisdicciones endurecieron su posición (ej. El Salvador, Nicaragua, estados mexicanos), mientras que la gran mayoría mantiene marcos regulatorios de casi cien años de antigüedad, absolutamente desfasados del reconocimiento de derechos de las últimas décadas e indiferentes al impacto del aborto clandestino en la vida de las mujeres (ej. Chile; Ecuador, Perú).

Es evidente que los Estados han incumplido el compromiso del PA-CIPD de revisar la legislación punitiva de aborto. El mantenimiento de estas condiciones legales y políticas institucionales es inaceptable de acuerdo a los propios compromisos internos e internacionales asumidos por los Estados, quienes tienen el deber de garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad como condición necesaria para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna, y para cumplir con los deberes de respeto, protección y garantía de los derechos constitucionales y humanos de las mujeres que viven en LAC.

Sin dudas, estas limitaciones impuestas a las decisiones de las mujeres acerca de su cuerpo, su vida y la maternidad se vuelven aún más intensas en la práctica, dada la escasa implementación de las regulaciones permisivas y las condiciones de acceso a esos abortos legales por parte de las mujeres (ej. Argentina, Brasil, Colombia, Perú), a lo que se suman las situaciones en que se llevan a cabo muchos de los abortos «ilegales.»

LAC tiene la tasa de incidencia de aborto inseguro más alta del mundo. Más de mil mujeres mueren anualmente en la región por complicaciones de abortos inseguros. Aun así el escenario parece haber mejorado por la propia gestión de las mujeres: el acceso al misoprostol, la difusión de información entre las mujeres y voluntades personales (sin apoyo institucional) en algunos servicios de salud contribuyen cotidianamente a esa mejora. Estos avances se dan pese a los Estados, quienes han insistido en una negación de derechos, acoso a las alternativas que las mujeres encuentran disponibles y un abandono de sus responsabilidades. En la misma línea, los Estados (con algunas poquísimas excepciones) no han realizado esfuerzo alguno para implementar servicios de atención de la IVE ni cumplido con el deber de suministrar información, y de respetar y garantizar el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico (ej. acceso al misoprostol, mifepristona).

En el eje temático de **violencia de género y sexual**, si bien los marcos jurídicos de varios países han sancionado leyes sobre violencia contra las mujeres, íntima y/o de género, aun se constatan serias limitaciones en las distintas dimensiones de la implementación. Existen serias dificultades estructurales para organizar una intervención ordenada, eficiente e integral por parte de las políticas, incluida la falta de asignación presupuestaria. En varios países, las innovaciones han sido sostenidas por la sociedad civil o la cooperación internacional. Muchas de las leyes se aprobaron sin asignaciones presupuestarias concretas, lo que no se ha modificado en estos años. Los Estados no han realizado esfuerzos para enmarcar de modo integral la violencia de género y articular las distintas normas y políticas que abordan los diversos tipos y aspectos de la violencia de género y sexual.

De modo similar, en varios países se observa una falta de armonización entre las normas y políticas locales y las federales, lo que genera, además de problemas de implementación, una situación de desigualdad dentro de los propios países. Este es el caso de muchas legislaciones que exigen condiciones especiales (ej. se limita a los casos en que la pareja está en el proceso de separación) para aplicar una pena a la violación en el matrimonio o pareja (ej. Jamaica, Barbados, Belice). En la región aún existen numerosas sentencias judiciales en las que se lleva a cabo una interpretación restrictiva de la legislación sobre violencia contra las mujeres. Además, se constata una ausencia de estrategias de reparación de víctimas de violencia interpersonales, y sus familias, abordaje a los victimarios, según necesidades específicas de género y etapa del ciclo vital. También se visualiza la falta de información sobre la prevalencia y la incidencia de la violencia hacia las mujeres relevada con encuestas representativas de la población. Los

escasos datos disponibles están fragmentados y, en general, circunscriptos a la muerte de mujeres por lesiones externas.

En el eje de **ITS y VIH/SIDA**, pese a que la mayoría de los países ha incorporado el tema de derechos humanos como eje central en la respuesta a la epidemia, en LAC persisten regulaciones que obligan a la realización de pruebas de VIH a ciertos grupos y para algunos trámites civiles, lo que se traduce en una gravísima violación de los derechos humanos. En esta misma línea, las personas trans que viven con VIH están siendo sistemáticamente abandonas por los Estados latinoamericanos.

Los programas de ITS, incluido el VIH/SIDA, no están integrados con otros programas SSR. La escasa información disponible no siempre está desagregada por sexo, orientación sexual/género, etnia, raza, diversidad cultural, ni por personas privadas de libertad, de modo que las prácticas de mayor riesgo para la transmisión de las ITS no son relevadas.

Por último, se señala una serie de temas que no han recibido reconocimiento ni respuestas adecuadas.

- Cánceres cervicouterino y mamario: pese a ser parte del PA-CIPD y del peso que estas enfermedades tienen en términos de morbilidad y mortalidad para las mujeres en la región, estos cánceres no están incluidos en las iniciativas de seguimiento globales ni regionales que monitorean la SDR ni se cuenta con información a nivel país.
- Mujeres afrodescendientes, indígenas, residentes en áreas rurales, personas con discapacidad, trabajadoras sexuales, migrantes y desplazadas, y personas LGBTTTI: no se encuentran incluidas en los relevamientos de información.
- Masculinidades: no está incorporado en la discusión, el diseño, la modificación y la implementación de las políticas de SDR.

- Aborto:
 - información: pese al avance básico que significó la inclusión del aborto como parte de la agenda del CIPD, las iniciativas de seguimiento se limitan a recoger la situación de legislación sobre aborto y su contribución a las muertes maternas. No hay indicadores, por lo tanto, del impacto del aborto inseguro, del acceso y de la calidad de los servicios de aborto legal;
 - registro, disponibilidad y acceso a los medicamentos para la interrupción del embarazo;
 - calidad de servicios de salud que abordan la interrupción voluntaria del embarazo desde la consejería hasta la provisión de la práctica;
 - capacitación: la enseñanza de la medicina y otras profesiones de la salud insisten en mantenerlo al margen de sus currículas.
- Derecho y deber de información: el deber de transparencia activa en materia de DSR (que, entre otras cosas, obliga a los actores con responsabilidad en el área de salud a brindar información de manera oficiosa) no ha sido incorporado a las normativas ni a los lineamientos de políticas, pese a constituir una herramienta clave dados los problema que enfrentan las personas en la región.⁵⁹
- Diferencia sexual: el derecho a la salud no se ha conectado de forma adecuada con el derecho a la identidad de género.
- Anticonceptivos: no se cuenta con información suficiente para explicar y comprender la demanda insatisfecha y la brecha en la fecundidad deseada.
- Tecnologías reproductivas: aun está vacante la conexión entre el derecho a disfrutar de los avances científicos y técnicos, y las regulaciones sobre producción, comercialización y acceso de estas tecnologías.

59 De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), el deber de información debe ser aplicado siguiendo el principio de transparencia. Este principio impone a los Estados el deber de «suministrar al público la máxima cantidad de información en forma oficiosa, por lo menos en cuanto a: (a) la estructura, funciones y presupuesto de operación e inversión del Estado; (b) la información que se requiere para el ejercicio de otros derechos—por ejemplo, la que atañe a la satisfacción de los derechos sociales como los derechos a la pensión, a la salud o a la educación—; (c) la oferta de servicios, beneficios, subsidios o contratos de cualquier tipo; y (d) el procedimiento para interponer quejas o consultas, si existiere». (CIDH 2009: párr. 32).

- Presupuesto: queda pendiente realizar análisis más detallados acerca de la asignación de recursos y las formas en que las políticas de SDRS reciben financiamiento.
- Salud sexual: es necesario seguir insistiendo (en los discursos, en las legislaciones, en los lineamientos de políticas públicas y en la implementación de estos instrumentos) en una comprensión holística de la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional y mental vinculado estrechamente al bienestar social –y no solamente la ausencia de enfermedad o disfunción–.

El panorama planteado deja sombras preocupantes para una región que en estas últimas dos décadas ha tenido, en la amplísima mayoría de los países, gobiernos democráticos con agendas de ampliación de derechos en ciertas áreas de la vida social, cultural y política. También es preocupante a la luz del protagonismo que ha tenido en la región el activismo del movimiento de mujeres, los feminismos, el movimiento de derechos humanos, el movimiento de la diversidad sexual y el movimiento de mujeres indígenas, campesinas y afrodescendientes. Las conquistas son variadas por país, y persisten los retrocesos, estancamientos y brechas de implementación.

La región de LAC muestra que en dos décadas la agenda de CIPD se ha transformado en políticas, leyes y regulaciones de diverso tipo. Sin embargo, muestra también que los cambios políticos y culturales que este paradigma supone son difíciles de sostener y escalar. Por lo tanto, la agenda sigue abierta y pendiente.

Referencias bibliográficas

- Articulación Regional Feminista de Derechos Humanos y Justicia de Género (Articulación Regional Feminista) (2011). «Informe Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género». Santiago de Chile: Letras y Monos. [En línea] <http://www.articulacionfeminista.org/a2/index.cfm?aplicacion=app003&cnl=26&opc=7>
- Asian-Pacific Resource & Research (ARROW) (2012). «Reclaiming & redefining rights: Setting the adolescent & young people SRHR agenda beyond ICPD+20: Global South Overview». [En línea] http://www.arrow.org.my/uploads/R&R_Factsheet.pdf
- Azevedo, J.P., Favara, M., Haddock, S.E., Lopez-Calva, L.F., Müller, M., & Perova, E. (2012). «Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos». Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. [En línea] <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>
- Barker, G., Kimelman, E., Aguayo, F., Correa, P., Contreras, J. M., Segundo, M., Figueroa, J. G. (2011). «Políticas de equidad de género inclusivas de los hombres: reflexiones a partir de la encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México». UNFPA. [En línea] [http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/IMAGES/2012/Encuesta%20IMAGES%20en%20AL%20\(Dic%202011\).pdf](http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/IMAGES/2012/Encuesta%20IMAGES%20en%20AL%20(Dic%202011).pdf)
- Bergallo, P. (2011). «Argumentos para la defensa legal de la anticoncepción de emergencia en América Latina y el Caribe». Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia (ICEC).
- Bolivia (2010). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*.
- Calandria/UNFPA (2009). «Aportes para un diagnóstico sobre las barreras que impiden un mayor acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva de los establecimientos públicos de salud en Perú». United Nations Population Fund (UNFPA).
- CEJIL (2006) «Mujeres privadas de libertad: Informe regional ; Argentina, Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay». Washington, DC: CEJIL. [En línea] <http://pdba.georgetown.edu/security/citizenssecurity/paraquay/documentos/cejil.pdf>
- Centro de Derechos Reproductivos (CDR) & Agrupación Ciudadana por la despenalización del aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico (Agrupación Ciudadana) (2013). «Excluidas, perseguidas, encarceladas: el impacto de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador.» Nueva York: Centro de Derechos Reproductivo. [En línea] http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/crr_ElSalvadorReport_Sept_25_sp.pdf
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Comisión económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL) (2010). «Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescen-

dientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos». Documento de proyecto. [En línea] <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/41668/LCW346.pdf>

CLAP/SMR, 2012 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593). [En línea]: http://new.paho.org/clap/index.php?option=com_content&task=view&id=173&Itemid=1

Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2013). «El Estado Legislativo sobre Aborto e interrupción voluntaria del embarazo en la región» en CEPAL *Notas de Igualdad* N° 7 97. [En línea] http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/9/50579/El_estado_Legislativo_sobre_el_aborto_y_la_interrupcion_voluntaria_del_embarazo_en_la_region_-_Nota_para_la_igualdad_N_7.pdf

Comisión económica para América Latina y el Caribe - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CEPAL-CELADE) (2011). «Observatorio Demográfico nro. 11: Proyecciones de población a largo plazo». [En línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/46771/P46771.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xslt>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). «Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo América Latina y el Caribe Examen del período 2009-2013 y lecciones aprendidas. Síntesis y balance». [En línea] <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/50503/CRPDSintesis.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). «Informe Regional De América Latina y el Caribe sobre la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo y su seguimiento después de 2014». [En línea] http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pesquisa_icpd.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2009). «Derecho de Acceso a la Información en el Marco Jurídico Interamericano.» OEA/Ser.L/V/II. CIDH/RELE/INF 1/09 , 30 de diciembre de 2009. [En línea] <http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/publicaciones/ACCESO%20A%20LA%20INFORMACION%20FINAL%20CON%20PORTADA.pdf>

- Comisión Interamericana de Mujeres - Organización de Estados Americanos (OEA-CIM) (2012). «Prácticas promisorias por el manejo integrado del VIH y de la violencia contra las mujeres.» [En línea] <http://www.oas.org/es/CIM/docs/VIH-VAW-PracticasPromisorias-SP.pdf>
- Comité de América Latina y El Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2013). «Balance regional Cairo+20 – tablas de sistematización propia en base a datos relevados en investigación cualitativa propia» (Mimeo).
- Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes - UNFPA (2010). «Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación. Documento regional». UNFPA. [En línea] <http://www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf>
- Cultura Salud para el Programa de Salud de los y las Adolescentes y Jóvenes (Cultura Salud) (2010). «Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile». Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Domínguez, M.E, Mattioli, N., & Sosa, F. (2011). «Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad Estudio sobre la accesibilidad de los servicios de salud en Montevideo». Montevideo: Intendencia de Montevideo. [En línea] http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/24018/1/derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_mujeres_con_discapa.pdf
- El Telégrafo (2013). «Pastilla del día después causa debate en redes sociales». [En línea] <http://www.telegrafo.com.ec/al-hilo-de/item/la-pastilla-del-dia-despues-sera-gratis.html>
- Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA) (s/f). «Población, desarrollo y mujeres indígenas Perspectiva y propuesta a 20 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo+20».
- Fundación Desafío y Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género (2010). «Diagnóstico en la situación de la difusión y demanda de Anticoncepción de Emergencia en Loja, Guayas, Pichincha, Esmeraldas y Chimborazo». Quito.
- González, A. C. y Durán, J., (2009). «Consentimiento informado: capacidad de los menores de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva», en *Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven: Autonomía en la toma de decisiones y acceso a servicios confidenciales*. IPPF. [En línea] http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/libro_espanol.pdf
- Guttmacher - UNFPA (2009) «Datos sobre la inversión en planificación familiar y en salud materna y neonatal en Latinoamérica y el Caribe.» UNFPA. [En línea] http://coe.ucsf.edu/coe/news/whe_pdf/FB-AIU-LAC-SP.pdf
- Hunt, F. &IP, E. (2012) «Evaluación de la implementación de la declaración ministerial «prevenir con educación» 2012 del acuerdo a la acción; avances en Latinoamérica y el Caribe.» Nueva York: IPPF [En línea] <http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/EvaluacionDeclaracionMinisterial2012.pdf>

International Center for Research on Women (ICRW) (2003) «¿Cómo lograr el cumplimiento efectivo de las leyes? Implicaciones Presupuestarias de las Políticas sobre Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Documento de síntesis». ICRW, con el apoyo de BID, OPS, UNIFEM y FNUAP. [En línea] http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1165169562_unfpau-nifempahoidbicrw.pdf

Juventudes Salvadoreñas Rumbo a Cairo + 20 (2013). Decálogo de las juventudes salvadoreñas integrantes de la Plataforma Juvenil Salvadoreña por los derechos sexuales y derechos reproductivos, con respecto al cumplimiento de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Junio. [En línea] http://www.unfpa.org/sv/dmdocuments/declaratoria_jovenes_sal_rumbo_cairo20.pdf

Kane, G., Galli, B. y Skuster, P. (2013). «Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina» (segunda edición) Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (2009). «Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes. Ubicándolos y ubicándonos». [En línea] <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20las%20y%20los%20Adolescentes%20Ubic%C3%A1ndolos%20y%20Ubic%C3%A1ndonos.pdf>

Moragas Mereles, M. (2011). «La política de salud sexual y reproductiva en mujeres privadas de libertad en paraguay. una evaluación de su efectividad en la penitenciaría de mujeres del buen pastor (Asunción).» Trabajo presentado en el IV Congreso Paraguayo de Población de la Asociación. [En línea] <http://www.adepo.org.py/userfiles/file/m24moragas.pdf>

Morán, J. M. (2010). «Índice CLAE de acceso a la anticoncepción de emergencia». CLAE. [En línea] www.redece.org/indiceclae.pdf

Observatorio de Igualdad de Género para América Latina y el Caribe, CEPAL (2012). «Informe Anual 2012: Los bonos de las mujeres. Aportes y cargas en la mira». CEPAL. [En línea] <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/49307/P49307.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl>

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSYR) (2010). «Hoja Informativa 4: La vigilancia de las muertes maternas como herra-

mienta para el logro del ODM 5.» Ortiz, Z., Esandi, M.E. OSSYR. [En línea] http://www.oSSR.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_4.pdf

ONUSIDA (2009). «Fortaleciendo la educación sexual a través de la cooperación horizontal entre países sudamericanos». Proyecto de Armonización de las Políticas Públicas en Educación Sexual y Prevención del VIH-Sida y Drogas en el Ámbito Escolar. ONUSIDA.

ONUSIDA (2011). «América Latina Unida por el Acceso Universal: Hacia Cero Nuevas infecciones por VIH, Cero Discriminación y Cero muertes relacionadas al SIDA.» [En línea] <http://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2011/04/Informe-Consulta-Regional-sobre-Acceso-Universal-en-LA-Marz.pdf>

ONUSIDA (2013). «AIDS by numbers, 2013». [En línea] http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). «Anticoncepción de emergencia: Nota descriptiva N°244 Julio de 2012». [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

Organización Panamericana de la Salud (2014). «Cáncer Cervicouterino.» (Última actualización) [En línea] http://www.paho.org/hg/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). «Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación». Montevideo: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013). «Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.» OPS. [En línea] <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Español.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health y el Gobierno de Chile (s/f) «Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y Estrategias de Reducción, Síntesis de situación y enfoque estratégico» [En línea] http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

Population Reference Bureau (PRB) (2013). «World Population Data Sheet». [En línea] <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2013/2013-world-population-data-sheet/world-map.aspx>

Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID - PASCA) (2013). «Las poblaciones de la diversidad sexual. Situación y temas clave para la incidencia política en VIH». [En línea] http://www.prevensida.org.ni/index.php?option=com_k2&view=item&id=117:las-poblaciones-de-la-diversidad-sexual-situaci%C3%B3n-y-temas-clave-para-la-incidencia-pol%C3%ADtica-en-vih

Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y el Caribe (RSMLAC) (2013). «Reclaiming and redefining rights ICPD+20: Status of ICPD+20 in the Latin America and the Caribbean Region». Qui-



to: RSMLAC. [En línea] http://www.arrow.org.my/publications/ICPD+20/ICPD+20_LACHWN.pdf

Renner, R., Guzman, A., & Brahmí, D. (2013) «Prestación de servicios de aborto para adolescentes y jóvenes: revisión sistemática.» Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. [En línea] http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/SYSREVS13.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=SYSREVS13

Restrepo, Z. J. H., Echeverri, L. M. E., Vasquez, V. J., & Rodríguez, A. S. M. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas.

Rodríguez Wong, L., Perpétuo, I. H. O., (2011). «La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994.» CEPAL. [En línea] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/43185/ld3314-P.pdf>

Skuster, Patty. (2013). «Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas». Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. [En línea] http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/YWALPBS13.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=YWALPBS13

UNFPA (2008). «Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia». [En línea] <http://www.unfpacolombia.org/documentos/modelo-samigables2.pdf>

UNFPA (2010). «Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud propuesta para su identificación y superación». Documento regional.

UNFPA (2013). «Documento de posición: UNFPA LACRO frente a la CIPD mas allá del 2014.» [En línea] http://masalladel2014.files.wordpress.com/2013/07/unfpa_icpd_position_esp_08jul2013.pdf

UNFPA/Mentor (2010). «Proceso de Evaluación Sumativa a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes que se han Implementado en el país».

- UNICEF (2011). «Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil». UNICEF. [En línea] [http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal\(4\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal(4).pdf)
- World Health Organization (2011). «Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008». -- 6th ed. Geneva. [En línea]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf
- World Health Organization (2012). «Trends in maternal mortality: 1990 to 2010». World Health Organization. [En línea]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf?ua=1
- Zapata Martelo, E., Nazar Beutelspacher, A., Salvatierra Izaba, B. (2007). «Atención del parto, migración rural-urbana y políticas públicas de salud reproductiva en población indígena de Chiapas». [En línea] <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46130307147uy7>



Anexo I.
Iniciativas globales y regionales
y ejes temáticos:
indicadores seleccionados

Iniciativas globales y regionales y ejes temáticos: indicadores seleccionados

	Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD, de la CEPAL	Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, de la CEPAL	ISOQuito
Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y anticonceptivos, educación sexual, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.	Tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años Porcentaje de adolescentes madres Conocimiento de métodos anticonceptivos Conocimiento del período fértil Conocimiento sobre prevención de las ITS Centros con servicios de salud sexual y reproductiva para Adolescentes	Maternidad en adolescentes: porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años de edad que son madres	Existencia de programas de educación sexual
Diversidad sexual: Identidad / orientación sexual/ de género: acceso servicios de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.			
Anticoncepción: información, acceso a métodos anticonceptivos, prevalencia del uso, necesidad insatisfecha, embarazo no deseado	Número de nacimientos Tasa global de fecundidad Tasa de fecundidad deseada Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos Demanda insatisfecha de planificación familiar Disponibilidad de métodos anticonceptivos Disponibilidad de centros de salud con servicios de salud Reproductiva Normas de calidad en salud reproductiva	Demanda insatisfecha de planificación familiar: porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar	Demanda insatisfecha por anticonceptivos
Salud materna: Embarazo, parto y puerperio: atención de la salud materna y morbimortalidad materna	Atención al embarazo por personal calificado Atención al nacimiento por personal calificado Disponibilidad de centros con atención obstétrica Razón de mortalidad materna	Mortalidad materna: muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos	Mortalidad materna

Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS)	Base de datos de seguimiento de las Metas Globales del Milenio (MDG Info), de Naciones Unidas	Global Health Observatory (GHO) de la OMS	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative	Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas
	Adolescent birth rate (Per 1,000 women)	Adolescent fertility		
<p>Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/ urbana (Línea de base 60%. Meta: 70%)</p> <p>Número de países que tienen datos disponibles sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud (Línea de base a definir. Meta 90%)</p>	<p>Contraceptive prevalence rate (CPR) (Percent) Unmet need for family planning (Percent) Contraceptive prevalence rate - condom (Percent)</p> <p>Contraceptive prevalence rate - modern methods (Percent)</p>	<p>Contraceptive prevalence</p> <p>Unmet need for family planning</p>	<p>% de mujeres de 15-49 casadas o en unión que tienen satisfecha su demanda de planificación familiar</p>	<p>Necesidad de anticoncepción cubierta (proporción de mujeres entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja y han cubierto su necesidad de planificación familiar, es decir, que no desean tener más hijos o quieren esperar al menos dos años antes de tener un bebé y están usando anticonceptivos)</p>
<p>Número de países que tienen 70% de cobertura prenatal con cuatro o más controles. (Línea de base: 50%. Meta: 90%.)</p> <p>Cobertura institucional del parto. (Línea de base: 89.8%. Meta: 93%.)</p> <p>Número de países que tienen como mínimo un 60% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</p> <p>Número de países que usan oxitócicos en el 75% de los nacimientos institucionales durante el tercer período del trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</p> <p>Número de países que usan sulfato de magnesio, además de interrumpir el embarazo en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia atendidos en establecimientos de salud. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</p>	<p>Maternal mortality ratio (MMR) (Deaths per 100,000 live births)</p> <p>Births attended by skilled health personnel (Percent) Antenatal care coverage for at least four visits (Percent) Antenatal care coverage for at least one visit (ANC) (Percent)</p>	<p>Maternal mortality rate</p> <p>Partos atendidos por personal calificado</p> <p>Antenatal care</p>	<p>% de partos atendidos por personal calificado</p> <p>% de mujeres que recibieron al menos una visita de un personal calificado por razones asociadas al embarazo</p> <p>% de mujeres que recibieron al menos 4 visitas de un personal calificado o no por razones asociadas al embarazo</p> <p>% de nacimientos por cesárea</p>	<p>Razón de mortalidad materna</p> <p>Cobertura de atención prenatal (porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo que recibieron atención prenatal por parte de un proveedor de salud calificado al menos cuatro veces durante el embarazo)</p> <p>Atención calificada del parto (porcentaje de nacimientos asistidos por personal de la salud calificado)</p>

Iniciativas globales y regionales y ejes temáticos: indicadores seleccionados

	Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD, de la CEPAL	Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, de la CEPAL	ISOQuito
Interrupción voluntaria del embarazo: prevención y atención del aborto inseguro, información sobre aborto seguro, atención del aborto legal.			Existencia de aborto legal
Cánceres cervico-uterino y mamario: prevención y tratamiento			

Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS)	Base de datos de seguimiento de las Metas Globales del Milenio (MDG Info), de Naciones Unidas	Global Health Observatory (GHO) de la OMS	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative	Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas
<p>Número de países con disponibilidad de sangre segura en el 95% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%)</p> <p>Número de países con tasa de cesárea superior a 20% que reducen su tasa en por lo menos 20% para el 2017. (Línea de base: 17. Meta: 100%.)</p> <p>Número de países con muertes maternas debidas a trabajo de parto obstruido. (Línea de Base: 15. Meta: 0.)</p> <p>Número de países que tienen coberturas de la atención del parto de 80% por personal calificado, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 43. Meta: 48.)</p> <p>Número de países que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 80% por personal calificado, capaz de cuidar tanto a la madre como al recién nacido, de acuerdo con la definición de la OMS. (Línea de base: 23. Meta: 48.)</p> <p>Porcentaje de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas. (Línea de base: por definirse. Meta: 90%.)</p> <p>Número de países que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMM a nivel nacional. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)</p> <p>Número de países donde el sistema de salud tiene un sistema de información perinatal funcionando. (Línea de base: 16. Meta: 29.)</p> <p>Número de países donde el sistema de salud lleva un registro de la morbilidad materna grave. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</p> <p>Número de países cuya cobertura de muertes maternas en los sistemas de registros vitales es de 90% o más. (Línea de base: por definirse. Meta: 100%.)</p>			<p>% de mujeres que recibieron control dentro de las 48hs posparto</p>	<p>Atención posparto de las madres y los bebés (porcentaje de madres y bebés que recibieron una visita de asistencia luego del parto dentro del plazo de dos días después del nacimiento)</p>
<p>Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 50% (Línea de base 13%. Meta 7%)</p>				

Iniciativas globales y regionales y ejes temáticos: indicadores seleccionados

	Indicadores para el Seguimiento Regional del Programa de Acción de la CIPD, de la CEPAL	Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, de la CEPAL	ISOQuito
<p>Violencia de género y sexual: prevención, atención integral</p>		<p>Muerte de mujeres ocasionada por su pareja o ex-pareja íntima: número absoluto y tasa (por cada 100.000 habitantes) de mujeres de 15 años y más víctimas mortales de su pareja o ex pareja íntima</p>	<p>Existencia de legislación sobre violencia doméstica e intrafamiliar</p> <p>Existencia de legislación sobre acoso laboral</p> <p>Causas procesadas y ejecutadas de violencia doméstica e intrafamiliar y de acoso laboral</p>
<p>Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA: prevención y tratamiento</p>	<p>Tasa de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas</p> <p>Prevalencia de VIH en la población de edad fértil</p> <p>Existencia de plan nacional sobre ITR y ETS</p>		

Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna Severa (OPS/OMS)	Base de datos de seguimiento de las Metas Globales del Milenio (MDG Info), de Naciones Unidas	Global Health Observatory (GHO) de la OMS	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health y Countdown to 2015 Initiative	Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y los Niños, iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas
<p>Número de países que vigilan la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%.)</p>		<p>Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia física/ sexual por parte de su pareja y/o violencia física/ sexual por otra persona en algún momento de su vida</p> <p>Porcentaje de mujeres alguna vez en pareja que han experimentado violencia física o sexual de su pareja en algún momento de su vida</p> <p>Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia sexual por una persona que no es su pareja en algún momento de su vida.</p>		
	<p>People living with HIV (Percent) Condom use at last high-risk sex (Percent) Population 15-24 year-olds who have comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS (Percent)</p> <p>Proportion of population with advanced HIV infection with access to antiretroviral drugs (Percent) AIDS deaths (Number) Condom use rate of the contraceptive prevalence rate (Percent)</p>	<p>Number of people (all ages) living with HIV</p> <p>Prevalence of HIV among adults aged 15–49 (%) Facilities with HIV testing and counseling</p> <p>Number of deaths due to HIV</p> <p>Number of women and children living with HIV</p> <p>Antenatal care attendees tested for syphilis at first visit (%)</p> <p>Antenatal care attendees positive for syphilis (%)</p> <p>Men who have sex with men with active syphilis (%)</p> <p>Sex workers with active syphilis (%)</p>	<p>% de mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento antirretroviral para tratamiento propio</p> <p>% de mujeres embarazadas VIH positivas que recibieron tratamiento antirretroviral para reducir la transmisión vertical</p>	<p>Profilaxis antirretroviral entre mujeres embarazadas con VIH para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y terapia antirretroviral para mujeres que cumplen con los requisitos para el tratamiento</p>

Anexo II.
AMNISTÍA INTERNACIONAL
Documento sobre Estándares de Derechos
Humanos en el Marco del Seguimiento
de la CIPD en América Latina y el Caribe
después de 2014

Introducción

Como complemento al **Documento Técnico: Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014** (Documento Técnico) preparado por la Articulación Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil hacia Cairo + 20, este documento proporciona un análisis de algunos de los derechos sexuales y derechos reproductivos reconocidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y su Programa de Acción (PA-CIPD), desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos.

Como establece el Documento Técnico, la región de América Latina y el Caribe cuenta con políticas, programas y acciones en materia salud y derechos sexuales y reproductivos, así como también de equidad de género, que incorporan iniciativas sobre derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, aún persisten incumplimientos de las obligaciones internacionales de los Estados en materia de derechos humanos.

El objetivo de este documento es analizar las obligaciones que los Estados han adquirido al ratificar tratados de derechos humanos, para aportar elementos normativos a la discusión sobre retos y prioridades para el proceso del PA-CIPD más allá del año 2014. Dichas obligaciones deben ser la base de discusión en el establecimiento de un nuevo marco de desarrollo en ocasión de la revisión de los 20 años de la CIPD, así como de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Si bien esto ha sido reconocido en la CIPD en 1994 y posteriormente en múltiples declaraciones globales y regionales, ha sido constantemente disputado por una minoría de gobiernos y algunos actores no estatales. Asimismo, algunos de los compromisos establecidos en el Programa de Acción no cumplen con las normas internacionales de derechos humanos, por lo cual es preciso fortalecerlos.

Este documento consta de dos partes. La primera, contiene un análisis de principios claves de los derechos humanos, que son aplicables también a la discusión sobre derechos sexuales y reproductivos: 1) *Igualdad y no discriminación*, poniendo especial atención en la poblaciones en alto riesgo de ser discriminadas; 2) *participación* y 3) *rendición de cuentas*. En la segunda parte, se analiza brevemente las principales obligaciones que los Estados tienen de acuerdo al derecho internacional de los derechos humanos, en relación a ciertos derechos sexuales y derechos reproductivos que son parte de la CIPD y su Programa de Acción.

Este no es un análisis exhaustivo sino una selección de algunos de los temas más sobresalientes del Documento Técnico. En este análisis no han sido incluidos otros temas igualmente importantes como las obligaciones de los Estados en relación a los derechos sexuales, el derecho a la diversidad de la expresión y orientación sexuales, obligaciones relacionadas a prevenir y dar tratamiento adecuado a enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, cánceres cervicouterino y mamario, entre otros. Sin embargo los principios generales y varias de las obligaciones estatales aquí explicadas, se aplican a estos temas.



I. Análisis desde la perspectiva de los Derechos Humanos de la CIPD y del Programa de Acción de el Cairo

«Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.»

Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.3

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y su Programa de Acción establece cuestiones de salud sexual y de derechos reproductivos que se basan en otros derechos humanos tales como el derecho a la salud y a la no discriminación. La CIPD, por lo tanto, no crea nuevos derechos humanos internacionales sino que afirma que las normas de derechos humanos universalmente reconocidos deben respetarse en todos los aspectos de los programas de población y desarrollo.

Sin embargo, la promoción y protección de los derechos reproductivos como derechos humanos y el reconocimiento internacional de los derechos sexuales como derechos humanos, siguen siendo en gran medida una agenda incompleta. Se han conseguido progresos notables a nivel nacional, regional e internacional dado que el Programa de Acción se ha traducido en leyes nacionales e internacionales vinculantes, así como en políticas y programas eficaces.¹ Sin embargo, en los últimos 20 años también se ha experimentado una fuerte reacción en contra por parte de algunos gobiernos y actores no estatales.² Hace falta

con urgencia el reconocimiento y la aplicación plenos de los derechos sexuales y reproductivos por medio de leyes, políticas y programas para garantizar que las personas puedan ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva.

A continuación vamos a desarrollar tres principios fundamentales de derechos humanos que son esenciales para hacer realidad todos los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos: la igualdad y la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas.

1. Igualdad de género, equidad y no discriminación

«Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer; así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer; son (...) la piedra angular de los programas de población y desarrollo.»

Principio 4, División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, 1994

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, todos los Estados deben garantizar la no discriminación y la igualdad de género. A fin de cumplir con estas obligaciones, los Estados deben abordar y eliminar la discriminación en las leyes, políticas y prácticas, incluidas las medidas que tomen no solo los agentes del Estado, sino también las organizaciones privadas y las personas. Los Estados tienen también que tomar medidas más generales para abordar los factores que causan o perpetúan la discriminación y garantizar que todas las personas, independientemente de su edad, sexo, género u orientación sexual pueden disfrutar verdaderamente de sus derechos humanos con igualdad. Los estados, por lo tanto, tienen que determinar y abordar las razones por las que ciertos grupos de personas no tienen libertad de elección ni control con respecto a decisiones que afectan sus vidas, o no pueden acceder a la información ni a los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y oportunos que necesitan.³

La Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por ejemplo, dispone que los Estados deben «modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias



y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.»⁴

El hecho de que no se dé prioridad a servicios necesarios para las mujeres, como la atención de la salud materna, es en sí mismo una forma de discriminación. Incluso cuando los gobiernos dan prioridad a algunos de estos servicios, los programas aplicados no tienen en cuenta los factores que hacen que dificultan o imposibilitan que las mujeres tengan acceso a los servicios disponibles. Ni siquiera el programa sobre población y desarrollo mejor diseñado y dotado de recursos logrará mejorar la vida de las personas si dicho programa no está basado en los compromisos legales y políticos de los gobiernos de garantizar la igualdad de género.

Discriminación múltiple

Las poblaciones marginadas suelen tener a disposición menos servicios y tropiezan con importantes obstáculos a la hora de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, ciertos grupos de mujeres, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, también sufren múltiples formas de discriminación por motivos de raza, identidad étnica o religiosa, discapacidad, edad, clase, casta, estado de salud o por el hecho de ser trabajadoras sexuales. Mujeres indígenas, mujeres con discapacidad, mujeres VIH positivas y personas transexuales, por ejemplo, han sido objeto de esterilización obligatoria o forzada. Muchos países no reconocen la existencia y el impacto de la discriminación múltiple e interseccional. Debido a ello, las experiencias y necesidades de las personas de comunidades marginadas no están integradas en las estrategias nacionales para combatir la desigualdad de género y la discriminación racial, con lo cual la discriminación y las desventajas que estas mujeres sufren, se acentúan.

2. Participación

«La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discrimi-

nación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.»

Principio 4 Programa de Acción, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

De acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, los gobiernos tienen la obligación de garantizar el derecho de las personas a la participación activa e informada en los procesos de toma de decisiones que las afecten, en particular sobre los asuntos relacionados con su salud.⁵ El Programa de Acción reafirma este derecho en relación con leyes, políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Esto asegura que las necesidades y prioridades de los más afectados, especialmente las personas que pertenecen a poblaciones marginadas que han sufrido discriminación, se tengan en cuenta en mejoras de estas áreas.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, por ejemplo, dispone que los Estados Partes deben garantizar que las mujeres tienen derecho a participar plenamente y estar representadas en la formulación de políticas públicas en todos los sectores y en todos los niveles (artículo 7 .b).⁶ La participación de las mujeres en la elaboración de políticas contribuye a garantizar que se integra plenamente una perspectiva de género en la política pública, y hay crecientes indicios de que cuando tal participación se está asegurada, el sistema de salud es más sensible a las necesidades de las mujeres.

3- Recurso efectivo y Rendición de Cuentas

La rendición de cuentas y el acceso a recursos efectivos por violaciones de derechos sexuales y reproductivos son poco frecuentes. Todas las víctimas de violaciones de derechos humanos tienen derecho a un recurso efectivo y a una reparación.⁷ Estos elementos son esenciales para la promoción y protección de los derechos humanos, y proporcionarlos es una parte clave de la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos humanos.⁸ Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, toda persona víctima de violación del derecho a la salud ha de tener acceso a recursos judiciales efectivos u otro recursos adecuados, tanto a nivel nacional como internacional.⁹ El Comité ha manifestado también que los defensores del pueblo, las comisiones de derechos



humanos, los foros de consumidores, las asociaciones de defensa de los derechos de los pacientes u otras instituciones similares de los países deben ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.¹⁰

Puede presentarse recurso ante un tribunal o cualquier otra institución facultada para actuar ante las denuncias. Para que sean efectivas, todas las vías de recurso deben ser accesibles, asequibles y rápidas. Las reparaciones deben corregir, en la medida de lo posible las consecuencias de la violación de derechos cometida y deben incluir restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.¹¹

El seguimiento y la rendición de cuentas en el contexto de la salud sexual y reproductiva se ven gravemente comprometidos por la existencia de considerables lagunas en los datos, tanto en el plano nacional como en el internacional. Los gobiernos no pueden utilizar la falta de cifras oficiales para eximirse de sus responsabilidades cuando se les acusa de no estar abordando las barreras de acceso. La falta de información es mayor en relación a temas que se consideran delicados, que conllevan estigma social, o que son considerados como delitos, como el acceso a información y servicios de aborto en países donde las leyes de aborto son muy restrictivas. Hay una necesidad urgente de elaborar estadísticas y reunir datos no solo sobre intervenciones en materia de salud, sino también sobre otras cuestiones de salud sexual y reproductiva, como la violencia sexual. Además, los datos deben desglosarse por edad, sexo, raza, ubicación geográfica, por ejemplo. Es importante hacer hincapié en que la recogida de datos debe respetar la confidencialidad a fin de garantizar que no refuerza la discriminación, por ejemplo, contra las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.

Los procesos globales como la revisión de la CIPD +20 y la agenda de desarrollo post 2015 deben garantizar que los Estados rinden cuentas y que existe un mecanismo de seguimiento sobre la implementación. Tal rendición no debe estar limitada a una vigilancia de los indicadores basados en datos, sino que debe incluir también la rendición de cuentas en materia de derechos humanos, que abarque el acceso vías de recurso de las personas cuyos derechos sexuales y reproductivos se hayan violado. Las mujeres y las niñas deben poder exigir a sus gobiernos que rindan cuentas de las violaciones de los derechos humanos.

II. Principales obligaciones de los Estados en relación con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

El respeto de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos es indispensable para la dignidad humana. Estos derechos están fundados en reconocidos tratados regionales e internacionales de derechos humanos, así como en constituciones y leyes nacionales. Incluyen derechos y normas como el derecho a la intimidad, a la integridad física y mental, a no ser víctima de discriminación y a no sufrir tortura ni tratos crueles, inhumanos y degradantes. Estas normas protegen y facilitan el derecho de las personas a tomar y hacer respetar decisiones bien fundadas sobre su vida sexual y reproductiva sin sufrir violencia, coacción ni discriminación.

Entre los derechos sexuales y reproductivos fundamentales figuran los siguientes: libertad para decidir si ser o no sexualmente activo; mantener relaciones sexuales consentidas con independencia de la orientación sexual que se tenga; mantener relaciones sexuales no vinculadas a la reproducción; elegir pareja; decidir el número de hijos y la frecuencia con que tenerlos, y no sufrir violencia ni prácticas dañinas, así como tener acceso a información y servicios en materia de contracepción y planificación familiar, y tener acceso a educación sobre la salud sexual, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes. Todos los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos.

Aunque los derechos sexuales y reproductivos están a menudo superpuestos, no son necesariamente iguales. Hay libertades y derechos no vinculados directamente con la reproducción, como la libertad para decidir si ser o no sexualmente activo y para buscar tener una vida sexual agradable, segura y satisfactoria.

En esta parte del documento describiremos brevemente algunas de las principales obligaciones que tienen los Estados, en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, en relación con los derechos sexuales y reproductivos.



Nota sobre las fuentes de esta sección

En lo que respecta al contenido exacto de los derechos sexuales y reproductivos, Amnistía Internacional se basa en las interpretaciones de los órganos de vigilancia de los tratados de la ONU, los relatores especiales de la ONU y documentos de consenso internacional como los de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹²

1. Obligación de proporcionar servicios exhaustivos de salud sexual y reproductiva

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear; y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia [...] la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Naciones Unidas, 1994. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.

La salud es un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir con dignidad.¹³ El derecho a la salud no ha de entenderse como derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias arbitrarias, como el derecho a no sufrir

torturas ni tratamientos y experimentos médicos no consentidos. Por otra parte, entre los derechos figura el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹⁴

El derecho a la salud contiene en todas sus formas y en todos los niveles los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación exacta dependerá de las condiciones imperantes en el Estado concreto:¹⁵

- a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de centros, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud.
- b) *Accesibilidad:* Los centros, bienes y servicios de salud¹⁶ deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las niñas y los niños, los y las adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.



Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todas las personas. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todas las personas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los centros, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En relación con los derechos sexuales y reproductivos, aparte de estas obligaciones, los Estados deben proporcionar servicios exhaustivos de salud sexual y reproductiva que incluyan, entre otras cosas, acceso a información y servicios en materia de anticoncepción, de aborto y de salud materna.

1.1. Acceso a información y servicios en materia de anticoncepción

El acceso a información y servicios en materia de anticoncepción no sólo permite a las personas y las parejas determinar si tener hijos y cuándo, sino que contribuye también a que tengan salud y aumenta su autonomía y bienestar.¹⁷ Afecta directamente a las relaciones sexuales, no sólo de quienes llevan una planificación familiar, sino de todas las personas, especialmente en la adolescencia. El acceso a información y servicios en materia de anticoncepción desempeña una importante función en la promoción de la salud sexual y a la hora de garantizar una vida sexual segura, satisfactoria y responsable. Puede ayudar a mejorar la comunicación en la pareja y a promover la toma de decisiones más sanas en materia sexual.¹⁸ La información y los servicios en materia de anticoncepción son también importantes para prevenir los embarazos resultantes de violencia sexual y las infecciones de transmisión sexual y la transmisión del VIH.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, así como el objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, reconoce la amplia variedad de beneficios para la salud y sociales que la prestación de servicios anticonceptivos puede aportar a las personas, las familias y la sociedad.

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de:

- garantizar el acceso a información y servicios en materia de anticoncepción, incorporando estos servicios a los centros de salud y los centros de salud materna y reproductiva;¹⁹
- garantizar la disponibilidad y accesibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos modernos y de calidad, incluidos los que figuran en los formularios nacionales y en la lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud;²⁰
- garantizar que los productos y servicios anticonceptivos son asequibles, abordando los obstáculos económicos, como la cobertura del seguro y otros problemas económicos y de presupuesto, especialmente en el caso de las personas con escasos ingresos o que viven en la pobreza;²¹



- garantizar información exacta, exhaustiva y basada en datos sobre los métodos anticonceptivos;²²
- garantizar que las y los trabajadores de la salud son técnicamente competentes y pueden ofrecer información y servicios de calidad, incluidos servicios que respetan la intimidad y la confidencialidad de todas las personas, incluidas las y los adolescentes;²³
- garantizar el consentimiento pleno e informado en la administración de anticonceptivos;²⁴
- eliminar todas las prácticas coercitivas relacionadas con la planificación familiar, como ofrecer incentivos económicos y de otros tipos y conseguir el consentimiento mediante información equivocada;²⁵
- prohibir y castigar toda forma de anticoncepción obligada o forzada, incluida entre otras, la esterilización;²⁶
- proporcionar a la juventud, dentro y fuera de los centros de enseñanza, educación exhaustiva sobre la sexualidad e información sobre métodos anticonceptivos que sea objetiva y científicamente exacta, con perspectiva de género y libre de prejuicios y discriminación y que esté adaptada al grado de madurez;²⁷
- revisar las leyes y prácticas que hagan necesaria la autorización del esposo o los padres para acceder a servicios anticonceptivos;²⁸
- con respecto a las y los adolescentes, los Estados deben aplicar el principio de «evolución de sus capacidades», referente a la adquisición por parte del adolescente de madurez y comprensión suficientes para tomar decisiones informadas, sin la autorización de sus padres o tutores, sobre asuntos de importancia para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de anticoncepción;²⁹
- garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de emergencia para todas las mujeres y niñas, en especial para las que han sido violadas;³⁰
- regular el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud a fin de que no haya riesgos para la salud del paciente y su derecho a recibir servicios y artículos anticonceptivos;³¹

- prestar especial atención a las necesidades de planificación familiar y anticoncepción de las poblaciones vulnerables y desfavorecidas, como las minorías raciales y étnicas, los pueblos indígenas, las personas migrantes, refugiadas y desplazadas internamente, las y los adolescentes, las personas con discapacidad y los trabajadores y trabajadoras sexuales, en particular las mujeres pertenecientes a estos grupos;³²
- garantizar que la sociedad civil y otras partes interesadas desempeñan una función central en la elaboración de leyes, políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción.³³

1.2. Interrupción voluntaria del embarazo

En todo el mundo, las mujeres encuentran muchos obstáculos para acceder al aborto. Leyes restrictivas sobre el aborto, leyes que penan a las mujeres o a las y los profesionales por ayudar a mujeres a tener un aborto, plazos obligatorios de espera y requisitos psicoterapéuticos sesgados, procedimientos que representan una pesada carga como solicitar autorización judicial, negativas a practicar abortos por motivos de objeción de conciencia, ausencia de financiación pública, no son más que algunos de esos obstáculos. Los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirman que la condición jurídica del aborto no reduce el número de abortos inducidos, pues las mujeres que lo decidieron intentarán abortar con independencia de si el aborto es legal o ilegal o si está disponible en los circuitos legales de la salud.³⁴ Así mismo, la OMS explica que el aborto es un procedimiento seguro cuando lo practican profesionales de la salud competentes en condiciones higiénicas. Sin embargo, los abortos ilegales y clandestinos, prevalentes en países con normativas restrictivas, son por lo general inseguros, generan altos índices de complicaciones y pueden ser causa de muerte o morbilidad.³⁵ De hecho, el aborto inseguro es la tercera causa principal de mortalidad materna en el mundo.³⁶ Además, para reducir al mínimo los efectos del aborto inseguro es importante el acceso oportuno a atención adecuada después de él.³⁷

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de:

- Garantizar el acceso al aborto en la ley y en la práctica, por lo menos en los casos en que el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de

la mujer, en los casos de anormalidad fetal grave y en caso de violación o incesto.³⁸ Además, la prohibición absoluta del aborto es incompatible con el derecho internacional de los derechos humanos.³⁹

- Tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer tienen prioridad sobre la protección del feto.⁴⁰
- Despenalizar el aborto y eliminar las medidas punitivas adoptadas contra las mujeres y niñas que buscan servicios de aborto y las y los profesionales de la salud que los prestan si hay consentimiento pleno.⁴¹
- Interpretar de manera amplia las indicaciones de salud existentes con respecto al aborto para incluir la salud mental, de acuerdo con la definición de salud de la OMS.⁴²
- Eliminar los obstáculos existentes en las leyes, la regulación y la práctica al acceso a servicios de aborto seguro y legal, entre ellos:
 - el ejercicio no regulado de la objeción de conciencia;⁴³
 - la restricción de servicios y medicamentos esenciales, que hacen que los servicios de aborto legal sean más seguros y accesibles, especialmente en entornos rurales;⁴⁴
 - la autorización de terceros, en especial la del esposo;⁴⁵
 - los complejos trámites de aprobación judicial;⁴⁶
 - la consulta psicológica obligatoria y los plazos de espera obligatorios.⁴⁷
- Garantizar el acceso a información imparcial, exhaustiva y basada en datos sobre la salud sexual y reproductiva, incluida información necesaria para prevenir los embarazos no deseados y reducir el aborto inseguro e información precisa sobre la disponibilidad legal del aborto.⁴⁸

Independientemente de la condición jurídica del aborto, el Estado debe garantizar el acceso a atención confidencial tras el aborto sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Entre las obligaciones figuran:

- Garantizar formación, apoyo y material adecuados en los servicios de salud para poder tratar las complicaciones relacionadas con el aborto.⁴⁹

- Garantizar la confidencialidad debida al paciente en el caso de las mujeres y las niñas que reciben atención tras el aborto y garantizar que se establezcan procedimientos para investigar y sancionar a quienes no respeten la confidencialidad de las mujeres.⁵⁰
- Garantizar que la atención tras el aborto no está condicionada a que la mujer o la niña admita haber buscado o inducido un aborto y que, de producirse esta declaración, no será utilizada para procesarla penalmente en los casos en que el procedimiento es considerado ilegal.⁵¹
- Eliminar las leyes o prácticas que exijan a los profesionales de la salud denunciar ante los organismos encargados de hacer cumplir la ley a las pacientes que hayan o parezcan haber tenido un aborto ilegal.⁵²

1.3. Atención de la salud materna

El 80 por ciento de las muertes maternas del mundo son consecuencia de hemorragias graves, infecciones, hipertensión durante el embarazo y abortos, todas ellas causas evitables en general si se identifican y tratan debidamente y a tiempo.⁵³ Las mujeres de grupos discriminados son los más afectados. Por ejemplo, las adolescentes de entre 15 y 19 años corren dos veces más riesgo de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres mayores de 20 años, y las menores de 15 años, cinco veces más.⁵⁴ En América Latina y el Caribe, las mujeres indígenas están en mayor riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo y parto.

El Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha aprobado múltiples resoluciones en que las que se califican los altos índices de mortalidad materna como una violación de derechos humanos, y ha instado a los Estados a tomar medidas preventivas.⁵⁵

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de elaborar leyes, políticas, programas y prácticas para garantizar la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas durante el embarazo, el parto y el posparto. Los Estados tienen la obligación de:

- Poner a disposición intervenciones adecuadas para impedir la mortalidad materna, lo que incluye garantizar el acceso a:

- asistencia especializada del parto;⁵⁶
 - atención prenatal;⁵⁷
 - atención obstétrica de emergencia, incluidos sistemas efectivos de derivación en caso de complicación obstétrica;⁵⁸
 - servicios de aborto, al menos en los casos en que la salud o la vida de la mujer embarazada corra peligro, en los casos de malformación fetal grave y en los casos de violación;⁵⁹
 - atención de calidad en caso de complicaciones causadas por abortos inseguros.⁶⁰
- Tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer tienen prioridad sobre la protección del feto.⁶¹
 - Ocuparse de los factores determinantes básicos del embarazo sano, como el agua potable, la nutrición adecuada, el saneamiento y el transporte.⁶²
 - Reducir los altos costos relacionados con el embarazo, el parto y la atención postnatal.⁶³
 - Garantizar la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales en caso de complicación relacionada con el embarazo (por ejemplo, de misoprostol para tratar las hemorragias posparto y el aborto incompleto).⁶⁴
 - Garantizar la distribución de los profesionales de la salud para asegurar el acceso a servicios esenciales de salud materna con independencia de la ubicación geográfica.⁶⁵
 - Reunir, analizar y difundir datos desglosados para conocer las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas y responder debidamente a ellas.⁶⁶
 - Garantizar que los servicios de salud materna satisfacen las necesidades propias de las mujeres marginadas, en especial las de los grupos con altos índices de mortalidad materna, como las jóvenes, las que viven en la pobreza, las de medios rurales, las pertenecientes a minorías, las indígenas y las trabajadoras migrantes.⁶⁷
 - Prevenir y abordar los abusos en el trato dispensado a las mujeres y niñas que solicitan servicios de salud reproductiva, incluida atención de la salud materna.⁶⁸

2. Obligación de proporcionar educación sexual

A fin de tomar decisiones bien fundadas sobre la sexualidad y la reproducción, las personas, especialmente en la adolescencia, necesitan información accesible, exhaustiva y de buena calidad.⁶⁹ Sin embargo, la falta de servicios adecuados de asesoramiento, la educación sexual limitada o nula dentro y fuera de los centros de enseñanza y la información escasa, inexistente, e incluso errónea, reducen la capacidad para tomar decisiones bien fundadas sobre la sexualidad y la reproducción y disfrutar de una vida sexual segura y satisfactoria.

Según las directrices de la UNESCO sobre educación sexual, los programas exhaustivos incluyen información sobre lo siguiente: crecimiento y desarrollo; fisiología y anatomía sexual; reproducción, anticoncepción, embarazo y parto; VIH y sida; enfermedades de transmisión sexual; vida familiar y relaciones interpersonales; cultura y sexualidad; potenciación de los derechos humanos; ausencia de discriminación, igualdad y funciones de género; conducta sexual; diversidad sexual; abusos sexuales; violencia de género, y prácticas nocivas.⁷⁰

Los Estados tienen las siguientes obligaciones:

- Garantizar que las personas tienen acceso a educación sexual exhaustiva tanto dentro como fuera de los sistemas de educación formal.⁷¹
- Integrar en los planes de estudios ordinarios programas de educación sexual exhaustiva, impartida durante la escolarización de manera apropiada a la edad y sin necesidad de contar con el consentimiento de los padres.⁷²
- Proporcionar también programas de educación sexual fuera del entorno educativo formal, a través, por ejemplo, de organizaciones comunitarias, para llegar así a las personas excluidas del sistema educativo, como los niños y las niñas de la calle.⁷³
- La información ha de ser accesible físicamente, comprensible y apropiada a la edad y el nivel educativo de los menores.⁷⁴
- Desarrollar campañas de educación pública para sensibilizar sobre las cuestiones de salud sexual y reproductiva, como los riesgos del embarazo prematuro y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, a través de foros médicos y otros foros alternativos.⁷⁵



- Garantizar que en ningún programa de educación sexual, tanto dentro como fuera de los centros de enseñanza, se censura ni retiene información ni se difunde información parcial o incorrecta, como información inexacta sobre métodos anticonceptivos.⁷⁶

Asegurarse de que tales programas no son discriminatorios, incluyendo discriminación en base al género y a la orientación sexual, ni en el contenido ni en la metodología de enseñanza.⁷⁷

- Garantizar que el material del plan de estudios no perpetúa estereotipos nocivos o discriminatorios, prestando especial atención a los estereotipos de género que descartan la diversidad y a aquellos sobre las funciones de hombres y mujeres.⁷⁸

3. Obligación de prevenir la violencia basada en género y la violencia contra la mujer

La violencia contra las mujeres es una violación de derechos humanos fundamentales. Es violencia dirigida contra las mujeres y las niñas, la ejerzan particulares o el Estado en tiempos de paz o de conflicto. (Para información sobre algunas formas de violencia de género, ver más adelante lo relativo a la orientación sexual y la identidad de género).

Algunos ejemplos de formas de violencia contra las mujeres y las niñas son la violencia sexual y la violación, la violencia en el ámbito familiar y la esterilización obligada o forzada.⁷⁹ Tales violaciones de derechos humanos tienen consecuencias para la salud, como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones relacionadas con el embarazo. Como la violencia contra las mujeres refuerza y perpetúa las injusticias basadas en el género, puede verse afectada la capacidad de las mujeres para controlar su fertilidad, incluido el uso de anticonceptivos. Son especialmente vulnerables las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto y otros escenarios de desastres humanitarios.

Los órganos de derechos humanos reconocen que la violencia contra las mujeres y las niñas constituye una forma de discriminación,⁸⁰ por lo que los Estados tienen la obligación de:

- Aprobar legislación exhaustiva y otras medidas para prevenir la violencia de género.⁸¹
- Investigar, enjuiciar y castigar los casos de violencia de género.⁸²
- Poner en marcha programas de formación de la policía, los fiscales y los jueces sobre la violencia de género.⁸³
- Velar por que en los programas donde se aborda la violencia de género se tenga en cuenta a los grupos vulnerables y aquellos que no reciben atención adecuada, como las personas con discapacidad, para garantizar que tales grupos, así como todas las mujeres, tienen acceso a servicios esenciales y a reparaciones.⁸⁴
- Aplicar políticas que protejan a las víctimas de nuevos abusos, por medio, por ejemplo, de servicios sociales, psicológicos y de salud para las víctimas.⁸⁵
- Impartir formación exhaustiva a las y los profesionales pertinentes, incluidos profesores, profesoras y las y los trabajadores de la salud, y proporcionar educación en las escuelas sobre la violencia de género.⁸⁶
- Garantizar que las supervivientes de violencia sexual tienen acceso a anti-concepción de emergencia.⁸⁷
- Garantizar la despenalización del aborto⁸⁸ y el acceso al aborto en la ley y en la práctica, por lo menos en los casos en que el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, en los casos de anomalía fetal grave y en caso de violación o incesto⁸⁹ (ver, más atrás, el apartado sobre el aborto para más información).
- Garantizar el acceso efectivo a la justicia a las supervivientes de violencia contra las mujeres, lo que incluye garantizar asistencia letrada y reparación suficiente, que incluya indemnización y rehabilitación.⁹⁰
- Tomar medidas para modificar las pautas socioculturales con miras a eliminar los prejuicios y las prácticas basados en la inferioridad o superioridad de alguno de los sexos o en funciones estereotipadas de los hombres y las mujeres.⁹¹

- Iniciar campañas de educación pública para sensibilizar sobre la violencia de género y combatir los estereotipos de género, incluidas sus causas fundamentales.⁹²

4. Obligación de prevenir discriminación basada en la orientación sexual y en la identidad de género

Todas las personas, con independencia de su orientación sexual o su identidad de género, han de poder disfrutar de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud y a no sufrir violencia.⁹³ Las personas que son o parecen LGBTI suelen ser víctimas de diversas formas de violencia física y psicológica, como hostigamiento, y suelen enfrentar discriminación en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.⁹⁴ Además, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha expresado recientemente preocupación por niños y niñas intersexos, que nacen con atributos sexuales atípicos, quienes suelen ser víctimas de discriminación y se los suele someter a intervenciones quirúrgicas innecesarias desde el punto de vista médico, practicadas sin su consentimiento informado previo ni de sus padres, en un intento de fijar su sexo.⁹⁵

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de:

- Prohibir la discriminación basada en la orientación sexual y en la identidad de género en el acceso a los servicios y en la atención de la salud;⁹⁶
- Garantizar la no discriminación en base a la orientación sexual y a la identidad de género a las prestaciones sociales, incluida la atención de la salud, y el acceso en condiciones de igualdad a las mismas, en especial en la adolescencia;⁹⁷
- Despenalizar las relaciones homosexuales;⁹⁸
- Abordar la violencia de género basada en la orientación sexual o en la identidad de género, lo que incluye proporcionar protección efectiva contra la violencia y que todas las denuncias de agresiones y amenazas a

personas debido a su orientación sexual o su identidad de género se investiguen exhaustivamente;⁹⁹

- Garantizar que las personas LGBTI tienen acceso a la justicia cuando sus derechos son violados;¹⁰⁰
- Revisar las leyes para eliminar todo requisito de esterilización forzada de las personas que solicitan reasignación de género, vía quirúrgica o a través de procedimientos legales y/o administrativos;¹⁰¹
- Garantizar el consentimiento informado en el tratamiento médico y quirúrgico del estado de intersexo. Investigar los casos de tratamiento sin consentimiento, proporcionar resarcimiento a las víctimas de tal tratamiento y formar a los profesionales médicos y psicológicos en la diversidad sexual y en la diversidad física y biológica conexas e informar de manera efectiva a los pacientes y sus padres de las consecuencias de las intervenciones innecesarias para las personas intersexuales.¹⁰²

5. Obligación de proteger a las defensoras y los defensores de derechos humanos

En un reciente estudio regional sobre ataques a defensores y defensoras de derechos humanos en América Latina y el Caribe, Amnistía Internacional ha identificado que entre los grupos en mayor riesgo de sufrir agresiones por su trabajo en defensa de derechos en la región, se encuentran aquellas personas que luchan por el derecho a ejercer control sobre su propio cuerpo y su sexualidad y a tomar decisiones fundamentales sobre su propia vida y su salud sexual y reproductiva.¹⁰³

El derecho internacional de los derechos humanos consagra y protege el derecho a defender los derechos humanos.¹⁰⁴ En el ámbito regional, la Organización de los Estados Americanos (OEA) también ha reafirmado en repetidas ocasiones el derecho a defender los derechos humanos y la obligación de los Estados de proteger a quienes ejercen esta actividad.¹⁰⁵ Reconocer a quienes defienden los derechos humanos como defensoras o defensores de derechos humanos no tiene que ver con la concesión de un estatus especial, sino con la adopción de medidas concretas de protección, para proteger a las defensoras y los defensores de abusos derivados del ejercicio de sus derechos, los Estados también tienen la



obligación de crear y poner en marcha mecanismos especiales destinados a tal fin, entre los que se destacan:¹⁰⁶

- reconocer a estas personas como defensoras o defensores de derechos humanos;¹⁰⁷
- proteger, promover y realizar los derechos humanos, incluidos el derecho a defender los derechos humanos y cualquier otro derecho que sea requisito previo para el ejercicio efectivo de esta actividad;
- tomar todas las medidas necesarias para proteger a las defensoras y los defensores de derechos humanos frente a todo acto de violencia, amenaza, represalia, discriminación, presión o cualquier otra acción arbitraria emprendida como reacción a su ejercicio legítimo del derecho a defender los derechos humanos;
- generar todas las condiciones necesarias en los ámbitos social, económico, político, jurídico y de cualquier otra índole para garantizar que toda persona puede llevar a cabo su trabajo y emprender acciones en defensa de los derechos humanos
- proporcionar medidas de reparación eficaces cuando las defensoras o los defensores han sido víctimas de abusos y ataques.

Notas aclaratorias

- 1 Plan de acción sobre derechos reproductivos y salud sexual, plan de acción de Maputo, 2006; Comisión sobre población y desarrollo, Resolución sobre adolescentes y jóvenes, CPD 45ª Sesión, abril 2012.
- 2 Por ejemplo ver *Women for Women's Human Rights*, análisis de la 56ª sesión de la Comisión sobre el Estatus de la Mujer de Naciones Unidas, Nueva York, 2012.
- 3 Oficina del Alto Comisionado para los derechos humanos, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, A/HRC/14/39, 2010, para. 21.
- 4 Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 18 diciembre 1979.
- 5 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, par. 17, HRI/GEN/1/Rev.9/ (Vol. I), 2008.
- 6 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, Recomendación General 23, par. 25.
- 7 Artículo 2 (3) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); Artículo 13 Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; Artículo 6 Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD); Artículo 8 Declaración Universal de Derechos Humanos; Principios 4-7 de la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder; Artículo 27 de la Declaración y Programa de Acción de Viena; Artículos 13, 160-162, 165 del Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia; Artículo 9 de la Declaración de los Defensores de los Derechos Humanos; Artículos 7(1)(a) y 25 Convención Americana sobre Derechos Humanos (ACHR); Artículo XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- 8 Artículo 2 ICCPR; Artículo 2 CERD; Artículo 2 CEDAW; Artículo 2 Convención sobre los Derechos del Niño; Artículo 1 ACHR, Artículo 1 ECHR. Ver Observación General No. 31 sobre la naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados parte en el Pacto, 26 de mayo 2004, CCPR/C/21/Re v.1/Add.13; para. 16. Corte Interamericana de Derechos Humanos: Caso *Loayza Tamayo* (Reparaciones), Sentencia de 27 de noviembre de 1998, Serie C No 42, para. 164; Caso *Suárez Rosero* (Reparaciones), Sentencia de 20 de enero de 1999, Serie C No 44, par 97-99.
- 9 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CESCR) Observación General 14, para. 59.
- 10 CESCR Observación General 14, para. 59.
- 11 Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones, Resolución 60/147 aprobada por la Asamblea General el 16 de diciembre de 2005.
- 12 Cada uno de los principales tratados de derechos humanos de la ONU tiene un comité compuesto de expertos a título individual, en conjunto se les llama *órganos de vigilancia de tratados* de la ONU. Tienen un mandato de interpretar autorizadamente obligaciones internacionales en virtud de tratados de derechos humanos y vigilar el cumplimiento estatal de las obligaciones contenidas en los tratados. Lo hacen de varias maneras: emiten observaciones finales a los Estados individuales sobre el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones del tratado, también emiten recomendaciones generales que no son del país específico,



sino que proporcionan orientación sobre las medidas los Estados deben tomar o dejar de tomar, para lograr el cumplimiento de las disposiciones o asuntos abordados por el tratado específico. También en algunos casos, pueden decidir sobre los casos individuales presentados ante el comité del que se trate, alegando violaciones de las obligaciones del tratado. Todas estas recomendaciones conforman la interpretación autorizada del tratado y ayudan a los Estados a respetar, proteger y cumplir con sus obligaciones de derechos humanos. Los *documentos de consenso* son acuerdos negociados políticamente que los Estados se han comprometido a seguir, sus recomendaciones a menudo adoptan un enfoque basado en los derechos humanos a los temas en cuestión. A pesar de no ser documentos jurídicamente vinculantes, son de vital importancia a la hora de exigir a los Estados que rindan cuentas de su accionar y de sus compromisos. Los *Relatores Especiales* de la ONU son expertos independientes con mandatos para informar y brindar asesoramiento sobre los derechos humanos desde una perspectiva temática. En este momento hay 36 mandatos temáticos, incluidos los relatores especiales sobre la salud y sobre la violencia contra las mujeres. Sus mandatos incluyen la emisión de estudios temáticos sobre un tema en particular, como la despenalización de los servicios de salud sexual y reproductiva. Sus informes ayudan a los Estados a entender la mejor manera de cumplir con sus obligaciones en virtud de tratados de derechos humanos.

- 15 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está reconocido en varios tratados internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales estipula en su artículo 12(1) que los Estados Partes reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer también dice en su artículo 12(1) que «los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia» y en su artículo 14(2)(b) que los Estados asegurarán la eliminación de la discriminación contra la mujer rural, *inter alia* a través de medidas que aseguren que la mujer rural tenga «acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.» El artículo 24(2)(d) de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) nota que los Estados Partes deben tomar las medidas adecuadas para «[a]segurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres» como parte de sus obligaciones relacionadas con el derecho del niño al disfrute del mas alto nivel posible de salud. Finalmente, el Protocolo de San Salvador estipula en su artículo 10(1): «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del mas alto nivel de bienestar físico, mental y social.» El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que tiene la función de velar por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, explica sobre el contenido del derecho a la salud, en su Observación General 14 que éste incluye tanto libertades como derechos: «Entre la libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva... En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del mas alto nivel posible de salud.» Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, «El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14,» 11 de agosto de 2000, UN Doc E/C.12/2000/4, párrafo 8.
- 14 Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, «El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14,» 11 de agosto de 2000, UN Doc E/C.12/2000/4,., párrafo 8.
- 15 Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, «El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud (Observaciones generales), Observación general 14,» 11 de agosto de 2000, UN Doc E/C.12/2000/4,., párrafo 12
- 16 Salvo que se estipule expresamente otra cosa al respecto, toda referencia en esta observación general a los establecimientos, bienes y servicios de salud abarca los factores determinantes

- esenciales de la salud a que se hace referencia en los párrafos 11 y 12 a) de esta observación general.
- 17 Singh, S, et.al. *Adding It Up. The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, p. 15. New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2009.
 - 18 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Defining Sexual Health, Report of a Technical Consultation on Sexual Health in 2002*, p. 22. Ginebra, , 2006; OMS, *Estrategia sobre Salud Reproductiva*, 2004.
 - 19 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafo 12. Naciones Unidas, 2000. Ver también, «*Integrating sexual and reproductive health-care services, policy brief*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
 - 20 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafos 11, 12 y 21. Naciones Unidas, 2000.
 - 21 *AS vs Hungría*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), (2007). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: Chile, par. 35 (b), (2012).
 - 22 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: Hungría, par. 254, U.N. Doc. A/51/38 (1996); Slovakia, par. 28, U.N. Doc. CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008); ver también Comité de Derechos Humanos, Observación General: Polonia, par. 9, U.N. Doc. CCPR/CO/82/POL (2004).
 - 23 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 21, *La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, par 22 (2008); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párr 11, 12 y 21, (2000).
 - 24 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), par. 12 (2000); Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño CRC/GC/2003/4, Julio de 2003.
 - 25 Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Educación, par. 39, Doc. /A/65/162 (2010); Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, Julio de 2003, par 28.
 - 26 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: República Checa, par. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/CZE/CO/3 (2006), Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales Japón, par 31, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.102 (1998), Eslovaquia, Par. 12, U.N. Doc. CCPR/CO/78/SVK (2003).
 - 27 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: República Checa, par. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/CZE/CO/3 (2006), Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales Japón, par 31, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.102 (1998), Eslovaquia, Par. 12, U.N. Doc. CCPR/CO/78/SVK (2003).
 - 28 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafos 11, 17, 23 (f) y 54. Naciones Unidas, 2000.
 - 29 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafo 23. Naciones Unidas, 2000. Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4 La salud y el desarrollo de

- los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, Julio de 2003, par 40.
- 30 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 14 (1999); Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales: Austria, par. 15, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.98 (1999); Bangladesh, par. 60, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.221 (2003); Barbados, par. 25, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.103 (1999).
- 31 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: México, para. 33, (2006); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Naciones Unidas, 2000.
- 32 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 11 (1999).
- 33 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafo 18-27. Naciones Unidas, 2000. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 6 (1999).
- 34 Ver por ejemplo OMS, *Aborto sin Riesgos, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, 2012.
- 35 OMS, *Aborto sin Riesgos, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, 2012, pag. 23, 47-49. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos.
- 36 OMS, *Aborto Inseguro: Estimaciones globales y regionales*. Disponible en inglés: *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality*, sixth edition, Geneva, 2011.
- 37 OMS, *Aborto sin Riesgos, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, 2012, pag 47-49.
- 38 Ver por ejemplo *L .C. v. Peru*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (2011); *KL v Peru*, Comité de Derechos Humanos (2005). Ver también la declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW) sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en ocasión de la revisión de la Conferencia Internacional sobre Poblacion y Desarrollo, disponible en ingles (Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Fifty-seventh session. 10 – 28 February 2014).
- 39 Comité contra la Tortura, Observaciones Finales a Paraguay (2011) CAT/C/SR.1048.
- 40 *L .C. v. Peru*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (2011), par 8.15; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales a Hungría, par. 30 (2013).
- 41 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales a Filipinas, par. 28 (2006); Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales a Nigeria, par 59(b), 2010.
- 42 Comité de Derechos Humanos, K.L. vs. Perú, Comunicación No. 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).
- 43 Comité contra la Tortura, Observaciones Finales a Polonia, par 23 (2013).
- 44 Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 (2011).

- 45 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 14 y 22 (1999).
- 46 Comité de Derechos Humanos, *LMR v Argentina* (2011).
- 47 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales a Hungría, par 30 (2013).
- 48 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafos 11, 12, 21. Naciones Unidas, 2000.
- 49 Comité contra la Tortura, Observaciones Finales a Chile, par 7(m) (2004), Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 par. 27 and 65(k) (2011).
- 50 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 12(d) (1999).
- 51 Comité contra la Tortura, Observaciones Finales a Chile, par 7(m) (2004), ver también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales Chile, par 229 (1999); Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 (2011).
- 52 Comité de Derechos Humanos, Observación General 28, *La igualdad de Derechos entre hombres y mujeres (Artículo 3)*, par 20; Comité contra la Tortura, Observaciones Finales a Chile, par 7(m) (2004); Informe del Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254 (2011).
- 53 OMS, Nota Descriptiva No 248, Mayo 2012.
- 54 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2013, Maternidad en la Niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*.
- 55 Consejo de Derechos Humanos, 11° Período de sesiones, Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos.
- 56 ver por ejemplo Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones finales a Nepal, Par 46 (2008).
- 57 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Recomendación General 24, *la mujer y la salud (Artículo 12)*, par 31(c) (1999); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), párrafo 14. Naciones Unidas, 2000.
- 58 Ver por ejemplo *Alyne da Silva Pimentel v Brazil*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (2011).
- 59 Ver por ejemplo, Caso *L .C. v. Perú*, Comité CEDAW, (2011); Caso *KL v Perú*, Comité de Derechos Humanos (2005).
- 60 Ver por ejemplo, *Observaciones finales del Comité CEDAW a Bolivia*, párr. 43, (2008); *Observaciones finales del Comité CEDAW a Honduras*, párr.25, (2008).
- 61 Caso *L.C. v. Perú*, Comité CEDAW, párr. 8.15 (2011); Observaciones finales del Comité CEDAW a Hungría, párr. 30 (2013)
- 62 *Comentario General No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, (2000), párr. 12(a) (2000).
- 63 *Comentario General No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, pár 12 (2000).
- 64 *Comentario General No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, (2000).

- 65 *Alyne da Silva Pimentel v Brasil*, Comité CEDAW (2011), párrs. 7.6 and 8(2).
- 66 Recomendación General no. 24 del Comité CEDAW sobre *la mujer y la salud*, Artículo 12, párr. 9 (1999).
- 67 *Caso Alyne da Silva Pimentel v Brasil*, Comité CEDAW, párr. 7.6. 7.7 (2011), Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos a Ecuador, párr. 11, (1998). Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos a Argentina, párr. 14, (2000);
- 68 Recomendación General no. 24 del Comité de CEDAW sobre *la mujer y la salud*, Artículo 12, párr. 15 (1999); Observaciones finales a Kenia del Comité CEDAW, párrs. 37-38 (2007).
- 69 Recomendación general *no. 21 del Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: la igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, párr. 22. Naciones Unidas, 1994; *Comentario General No. 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, (2000).
- 70 UNESCO, Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, Enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud, (2010).
- 71 Observación General No. 15 del Comité de los Derechos del Niño: *El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 28 (2013); Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, Julio de 2003, párr. 26, 28, 39(b); Recomendación General no. 24 del Comité de CEDAW sobre *la mujer y la salud*, (Artículo 12), párr. 18 (1999).
- 72 Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación, párr. 87, Doc. /A/65/162 (2010); Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Irlanda, párr. 52, (2006).
- 73 Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a Costa Rica, párr. 64(b), 2011; Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a Uruguay, párr. 52, 2007; Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4: *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño*, CRC/GC/2003/4, Julio de 2003, párr. 26 y 28.
- 74 Observación General No. 15 del Comité de los Derechos del Niño: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 59 (2013).
- 75 Observación General No. 15 del Comité de los Derechos del Niño: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 28 (2013); Observación General No. 4 del Comité de los Derechos del Niño: sobre la salud de los adolescentes párr. 28, (2003)
- 76 Observación General No. 3, Comité de los Derechos del Niño, El VIH/SIDA y los derechos del niño, párr. 16 (2003); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 34 (2000). Informe del Relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, párr. 39, Doc. /A/65/162 (2010)
- 77 Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación, párr. 63, Doc. /A/65/162 (2010). El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación ha establecido que la educación sexual debe estar libre de prejuicios y estereotipos que justifican la discriminación y violencia contra cualquier grupo, por ello necesariamente se debe incluir la perspectiva de género en la educación sexual, favoreciendo un accionar crítico de las personas sobre la realidad que las circunda.
- 78 Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación, párr. 21-23, 87 (d), Doc. /A/65/162 (2010).
- 79 Hay muchas otras formas de violencia basada en género que esta sección no abarca, incluyendo el tráfico de mujeres y niñas. Asimismo, otras secciones de este documento abordan el tema de la violencia basada en género, por ejemplo la parte sobre aborto.

- 80 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer, párr.6, (1992).
- 81 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer (1992).
- 82 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer (1992).
- 83 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer (1992); Observaciones finales del Comité CEDAW a Perú, párr. 19 (2007).
- 84 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer (1992); Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad a España, párr. 22 (2011).
- 85 Recomendación General no. 19 del Comité CEDAW sobre Violencia contra la mujer (1992); Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos a de Jamaica, párr. 19 (2011).
- 86 Observaciones finales a Guatemala del Comité de Derechos Humanos, párr. 19, (2012).
- 87 Observaciones finales a México del Comité CEDAW, párr. 33, (2006).
- 88 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales a Filipinas, par. 28 (2006); Comité de los Derechos del Niño, Observaciones Finales a Nigeria, par 59(b), 2010.
- 89 Ver por ejemplo *L .C. v. Peru*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (2011); *KL v Peru*, Comité de Derechos Humanos (2005). Ver también la declaración del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW) sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en ocasión de la revisión de la Conferencia Internacional sobre Poblacion y Desarrollo, disponible en ingles (Statement of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on sexual and reproductive health and rights: Beyond 2014 ICPD review. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Fifty-seventh session. 10 – 28 February 2014).
- 90 Recomendación General no. 19 del Comité de CEDAW sobre violencia contra la mujer (1992); Caso AT v Hungría, Comité de CEDAW, párr. 9.6 (II) (g).
- 91 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Artículo 5(a).
- 92 Observaciones finales a Perú del Comité CEDAW, párr. 10, 1997.
- 93 Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos presentado al Consejo de Derechos Humanos, *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*, A/HRC/19/41, noviembre 2011; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, *Observación General 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, 2009.
- 94 Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos presentado al Consejo de Derechos Humanos, *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*, A/HRC/19/41, noviembre 2011.
- 95 Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos presentado al Consejo de Derechos Humanos, *Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género*, A/HRC/19/41, noviembre 2011.
- 96 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, *Observación General 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, párr. 32, julio de 2009.

- 97 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, *Observación General 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, párr. 32, 2009; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, *Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 18, 2000.
- 98 Caso *Toonen v. Australia*, Comité de Derechos Humanos, 1994.
- 99 Comité de Derechos Humanos, Recomendaciones Finales a México, CCPR/C/MEX/CO/5, para. 21; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*, para. 32 (establece que la identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación y que las personas transgénero, transexuales o intersexo son víctimas frecuentes de graves violaciones de los derechos humanos); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General No 14*, para. 18 (estableciendo que el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud, entre otros motivos por orientación sexual).
- 100 *Ibidem*.
- 101 Observaciones finales a los Países Bajos del Comité CEDAW, párr. 47, 2010.
- 102 Observaciones finales a Alemania del Comité contra la Tortura, párr. 20, 2011.
- 103 Ver Amnistía Internacional, «Transformar dolor en esperanza. Defensores y defensoras de Derechos Humanos en América», 2012, disponible en <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR01/006/2012/es/154b1986-d743-4a89-8245-c12a4b9d046b/amr010062012es.pdf>
- 104 La Declaración de la ONU sobre los Defensores de los Derechos Humanos, adoptada por consenso por la Asamblea General de la ONU en 1998, reconoce expresamente este derecho. Aunque la Declaración propiamente dicha no es jurídicamente vinculante, el hecho de que haya sido adoptada por consenso muestra que los Estados tienen un compromiso muy firme por hacer realidad estas garantías. Por otra parte, la Declaración contiene y desarrolla disposiciones previstas en instrumentos jurídicamente vinculantes, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
- 105 OEA/Ser.L/V/II. Doc. 66, párr. 16.
- 106 Todas estas obligaciones están recogidas en la Declaración de la ONU sobre los Defensores de los Derechos Humanos. Esta Declaración no prevé nuevos derechos, pero sí estipula las normas mínimas necesarias para posibilitar la defensa de los derechos humanos y proporciona salvaguardias específicas a las defensoras y los defensores reafirmando los. Ver Folleto Informativo N° 29 de la ONU, disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet29sp.pdf> (consultado por última vez el 14 de septiembre de 2012), pp. 23 y 24. Asimismo, estas obligaciones de los Estados han sido reafirmadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su *Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas*, 2006, OEA/Ser.L/V/II.124. Doc. 5 rev. 1, disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/defensores/defensoresindice.htm> (consultado por última vez el 14 de septiembre de 2012).



**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**

PROMSEX
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



mi CUERPO
mi TERRITORIO



Articulación Regional
de Organizaciones de la
Sociedad Civil de América Latina
y El Caribe **Calmaso**