

EXIGE DIGNIDAD



EXIGE DIGNIDAD



EXIGE DIGNIDAD

EXIGE DIGNIDAD

EXIGE DIGNIDAD



HACER REALIDAD LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



HACER REALIDAD LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

AMNISTÍA INTERNACIONAL ES UN MOVIMIENTO MUNDIAL,
FORMADO POR MÁS DE 3 MILLONES DE SIMPATIZANTES,
MIEMBROS Y ACTIVISTAS EN MÁS DE 150 PAÍSES
Y TERRITORIOS, QUE HACEN CAMPAÑA PARA ACABAR
CON LOS ABUSOS GRAVES CONTRA LOS DERECHOS HUMANOS.

NUESTRA VISIÓN ES LA DE UN MUNDO EN EL QUE TODAS
LAS PERSONAS DISFRUTAN DE TODOS LOS DERECHOS HUMANOS
PROCLAMADOS EN LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS
HUMANOS Y EN OTRAS NORMAS INTERNACIONALES
DE DERECHOS HUMANOS. SOMOS INDEPENDIENTES DE TODO
GOBIERNO, IDEOLOGÍA POLÍTICA, INTERÉS ECONÓMICO
Y CREDO RELIGIOSO.

NUESTRO TRABAJO SE FINANCIA EN GRAN MEDIDA
CON LAS CONTRIBUCIONES DE NUESTRA MEMBRESÍA
Y CON DONATIVOS.

[amnesty.org](https://www.amnesty.org)

HACER REALIDAD LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

Publicado en 2012 por Amnistía Internacional
Secretariado Internacional
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido
© Amnesty International Publications 2012

Edición en español a cargo de:
EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI)
Valderribas, 13
28007 Madrid
España
www.amnesty.org

Índice: ACT 35/006/2012 Spanish
Idioma original: inglés
Impreso por Amnistía Internacional
Secretariado Internacional, Reino Unido

Reservados todos los derechos. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida libremente por cualquier medio con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar su impacto. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones, o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, que podrá exigir el pago de un canon. Si desean solicitar un permiso, o realizar una consulta, pónganse en contacto con copyright@amnesty.org.

Fotografía de portada: En 2009, Amnistía Internacional emprendió en toda Sierra Leona una campaña sobre la cuestión de la mortalidad materna en el país y animó a la gente a reclamar activamente sus derechos y exigir rendición de cuentas de las autoridades.
© Amnistía Internacional

amnesty.org

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. EJECUCIÓN Y REVISIÓN	7
CIPD+5	8
CIPD+10	9
CIPD+15	9
CIPD+20: EL IMPERATIVO DE LOS DERECHOS HUMANOS	9
3. UNA AGENDA INACABADA	13
EQUIDAD E IGUALDAD DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN	14
SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EXHAUSTIVOS E INTEGRADOS	18
EDUCACIÓN SEXUAL EXHAUSTIVA	24
LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS	25
PARTICIPACIÓN	30
RECURSOS Y RENDICIÓN DE CUENTAS	31
4. DERECHOS HUMANOS: MARCO PARA LOS AVANCES	35
NOTAS FINALES	41



Unas mujeres hacen cola a la entrada de un centro de salud en San Juan de Ccharhuacc, localidad de la provincia de Huancavelica, en el Perú rural, septiembre de 2008.

1/INTRODUCCIÓN

“NUESTRA AGENDA SE SUSTENTA EN LA IGUALDAD DE GÉNERO. LA ATENCIÓN A ELLO NO ES UNA DISTRACCIÓN NI UNA CUESTIÓN SECUNDARIA, SINO UN MEDIO Y UN MECANISMO INEVITABLES.”

Profesora Gita Sen, *Moving Beyond 2014: A Civil Society Stakeholder Meeting*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), diciembre de 2011

La igualdad de las mujeres, su capacidad de tomar sus propias decisiones, libremente y sin coacción, es esencial en toda política efectiva sobre población y desarrollo. Más de 18 años después de que los gobiernos del mundo aprobaran un histórico Programa de Acción sobre población y desarrollo, resulta más evidente que nunca que la autonomía de las mujeres y las niñas –para, sin coacción ni violencia, decidir si, cuándo y con quién ser sexualmente activas; si y cuándo quedarse embarazadas y tener hijos, y si casarse o no– es fundamental para todo progreso efectivo.

¡Libertad! ¡Igualdad! ¡Autonomía!

Mensaje de una pancarta enarbolada por las jóvenes participantes en la manifestación del Día por la Descriminalización del Aborto en América Latina y el Caribe, Nicaragua, septiembre de 2011

En la vanguardia de las iniciativas que ponen de relieve este vínculo esencial hay mujeres y niñas de todo el mundo. Exigen que los gobiernos cumplan su compromiso de proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas, cualesquiera que sean las decisiones que tomen con respecto a la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Estos derechos humanos, establecidos en varios tratados internacionales de derechos humanos, se reafirmaron en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, Egipto. Los líderes de 179 países, en los que estaban representadas todas las regiones del mundo, aprobaron un Programa de Acción que ha contribuido a cambiar el modo de formular y ejecutar las políticas y programas de población.

Ese Programa de Acción permitió ampliar las estrechas perspectivas del debate, que estaba centrado en objetivos demográficos y métodos de planificación familiar, para aplicar un enfoque más exhaustivo a la salud sexual y reproductiva. Por primera vez, los Estados miembros de la ONU reconocieron los derechos reproductivos como derechos humanos y declararon que los principios de igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de las mujeres eran esenciales para las estrategias efectivas sobre población y desarrollo.¹ En el Programa de Acción se hace hincapié en la importancia de conseguir que las mujeres y los hombres puedan decidir, individualmente y como pareja, si, cuándo y con qué frecuencia tener hijos y tengan toda la información y los medios necesarios para hacerlo.²

CONOCE TUS DERECHOS

Todas las personas tienen derechos sexuales y reproductivos. Los Estados tienen la obligación de garantizar que, libremente, sin miedo, coacción ni discriminación, las personas pueden:

- tomar decisiones acerca de su salud, su cuerpo, su vida sexual y su identidad;
- buscar y recibir información sobre sexo, métodos anticonceptivos y servicios de salud conexos;
- decidir si tener hijos y cuándo;
- decidir si casarse o no y qué tipo de familia fundar;
- tener acceso a servicios exhaustivos e integrados de salud sexual y reproductiva; no se privará a ninguna persona de atención o información en materia de salud por ser quien es o por lo que pueda o no pueda pagar;
- vivir sin miedo a sufrir una violación u otras formas de violencia, como el embarazo, el aborto, la esterilización o el matrimonio forzados y la mutilación/excisión genital femenina.

El Programa de Acción aprobado en El Cairo en 1994 está dividido en 16 capítulos y contiene medidas centradas en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; la población y el medio ambiente; la migración interna e internacional; la prevención y control del VIH/sida; la información, la educación y la comunicación, y la tecnología, la investigación y el desarrollo.³

En los años transcurridos desde que se aprobó el Programa de Acción se han tomado algunas medidas importantes para cumplir los compromisos que se contrajeron. Sin embargo, es triste ver que los avances han sido desiguales y lentos⁴ y que, en relación en concreto con la salud sexual y reproductiva, se han producido de manera irregular, en el mejor de los casos. Por ejemplo, aunque se han registrado mejoras en servicios de salud reproductiva como la atención prenatal, en otras áreas, como el aborto seguro y la educación sexual exhaustiva, en especial, los avances han sido lamentablemente insuficientes.⁵

A menudo no se dispone de los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan desesperadamente las mujeres y las niñas porque los gobiernos no los consideran una prioridad.⁶ Incluso cuando los gobiernos elaboran programas de salud reproductiva y les asignan recursos, el impacto suele ser limitado, porque no se abordan las barreras estructurales que impiden a las mujeres tener acceso a esos servicios. En otras palabras, las iniciativas positivas se han visto menoscabadas por la continua falta de medidas de los gobiernos para abordar la discriminación y la desigualdad subyacentes.

La principal dificultad que tengo es la distancia que existe entre mi vivienda y la posta médica, tengo que caminar cerro arriba para ir a realizar mi atención y control de embarazo...no me puedo desplazar con rapidez...mi vivienda no cuenta con carreteras y tengo que caminar mucho.

Yolanda Solier Taipe, mujer indígena de Perú, embarazada de su séptimo hijo. Vivía más o menos a una hora del puesto de salud más cercano, por un camino intransitable para automóviles. Entrevista de Amnistía Internacional, Perú, 2009.

Por ejemplo, los servicios de salud suelen estar concentrados en las comunidades prósperas o las zonas urbanas, por lo que las mujeres que habitan en otras zonas viven una experiencia radicalmente distinta a la hora de conseguir los servicios que necesitan.⁷ Factores como la prevalencia de la violencia de género, incluido

el matrimonio precoz o forzado, y la falta de control sobre el uso de los servicios de planificación familiar son tan importantes al menos como la disponibilidad de servicios de salud a la hora de determinar si las mujeres y las niñas pueden salvaguardar su salud y hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos.

La revisión de la ejecución del Programa de Acción al cabo de 20 años brinda una oportunidad clave de reafirmar la importancia de este documento histórico y de garantizar la aplicación de un enfoque exhaustivo e integrado a los derechos sexuales y reproductivos en el futuro. Las revisiones de países concretos, las recomendaciones derivadas de las consultas regionales, los estudios y todo otro resultado de la revisión de 2014 deben centrarse en la adopción de medidas de ejecución prácticas, que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

En el próximo decenio habrá que abordar importantes lagunas y dificultades políticas a fin de ejecutar el Programa de Acción de manera efectiva y hacer posible que una nueva generación de mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes reivindiquen y hagan realidad sus derechos sexuales y reproductivos. Amnistía Internacional cree que hacer realidad plenamente los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, es esencial para el cumplimiento del Programa de Acción, por lo que ha de ser una parte central de estos debates.

En este documento se expone la vinculación entre los derechos humanos y la mejora de la salud sexual y reproductiva y cómo, si se ejecuta de manera efectiva, el Programa de Acción contribuirá a hacer realidad los derechos humanos y a mejorar los indicadores de desarrollo y población. Basado en investigaciones de Amnistía Internacional, el documento pone de relieve algunas de las lagunas y dificultades de la ejecución del Programa de Acción en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Concluye con una serie de recomendaciones para poner fin a la exclusión, aumentar la participación y la rendición de cuentas y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en tanto que derechos humanos.

RECOMENDACIONES CLAVE

Amnistía Internacional insta a los Estados a garantizar lo siguiente:

- El enfoque general de las políticas y programas de población y desarrollo es la igualdad de género. Los gobiernos toman todas las medidas necesarias para abordar la discriminación en la ley, las políticas y la práctica.
- Se toman medidas efectivas para promover el empoderamiento de las mujeres y las niñas por medio de la aplicación de programas y políticas claros, dirigidos a abordar la igualdad de género y eliminar los estereotipos.
- Se reconocen plenamente los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos en la elaboración y aplicación de políticas y programas.
- Se eliminan las leyes, políticas y otros obstáculos que impidan hacer realidad los derechos sexuales y reproductivos.
- Todas las personas tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, exhaustivos e integrados, orientación, educación sexual exhaustiva e información.
- Las mujeres y las niñas pueden participar activamente en los procesos de establecimiento de prioridades, elaboración, ejecución y seguimiento en relación con los programas y políticas relativos a los derechos sexuales y reproductivos.
- Todas las personas pueden acogerse a la ley para hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos y acceder a recursos y reparaciones por violaciones de estos derechos.



Manifestación de trabajadoras domésticas por sus derechos, Yogyakarta, Indonesia.

2/EJECUCIÓN Y REVISIÓN

“LLEVAR PLENAMENTE A LA PRÁCTICA EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO SUPONE PRESTAR A LAS MUJERES SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, INCLUIDA PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SUPONE RESPALDAR LAS INICIATIVAS DE ERRADICACIÓN DE LA POBREZA. Y SUPONE IMPEDIR LAS VIOLACIONES EN LA GUERRA Y PONER FIN A LA CULTURA DE IMPUNIDAD.”

Ban Ki-moon, secretario general de la ONU, acto de conmemoración organizado con motivo del 15 aniversario de la CIPD

La CIPD es responsable de un cambio fundamental que se ha producido en las opiniones y percepciones de encargados de la elaboración de políticas de todo el mundo sobre el modo de formular y aplicar las políticas y programas de población. Ha sustituido un enfoque verticalista, basado en metas demográficas, por uno que intenta responder a las necesidades de “las parejas y las personas”.⁸

En los dos decenios siguientes a la CIPD de El Cairo de 1994 ha tenido lugar una enorme actividad en la esfera del desarrollo internacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing fueron dos hitos clave de este proceso. Además, los mecanismos internacionales de derechos humanos ha adoptado cada vez más cuestiones de la CIPD al ofrecer orientación sobre las obligaciones de derechos humanos en esta área y poner de relieve las violaciones de estos derechos por parte de los Estados.⁹

La ONU llevó también a cabo revisiones por plazos del Programa de Acción en 1999, 2005 y 2009. En todas ellas se reconoció que, aunque había habido avances en muchas áreas, la agenda de la CIPD establecida en el Programa de Acción seguía sin cumplirse. A pesar del cambio de énfasis y perspectiva con respecto a lo establecido en la CIPD de El Cairo, diversos Ministerios de Salud, organismos de la ONU y otros agentes han insistido en promover e implementar estrechas intervenciones verticalistas (por ejemplo, sobre el VIH/sida, la planificación familiar y la salud materna) y han hecho caso omiso de los

compromisos con la igualdad y la equidad de género. Tales intervenciones, que dan prioridad a algunas cuestiones de salud, distraen recursos humanos y económicos de la atención a otras causas importantes de muerte y discapacidad.

En los dos últimos decenios se ha producido también una reacción contra los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género a escala internacional, regional y nacional. Muchos Estados y agentes no estatales, a menudo bien financiados y apoyados por el Estado, han intentado limitar y obstaculizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos por consenso en El Cairo y desacreditar el Programa de Acción.¹⁰

CIPD+5

En junio de 1999, la Asamblea General de la ONU acogió una sesión especial de revisión sobre la CIPD. Estuvo precedida por una serie de reuniones centradas en los avances y las dificultades de la ejecución del Programa de Acción desde su aprobación. Se determinaron en ella unas Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD,¹¹ incluidos nuevos indicadores basados en parámetros de referencia con que medir los avances realizados en cuatro áreas clave: educación y alfabetización,¹² atención de la salud reproductiva y necesidad de anticonceptivos,¹³ reducción de la mortalidad materna¹⁴ y prevención y control del VIH/sida.¹⁵

Las revisiones de la sociedad civil pusieron de relieve que en muchos países se habían hecho muy pocos avances en los cinco primeros años en las áreas de la atención de la salud sexual, el aborto, la salud en la adolescencia y, en particular, los derechos sexuales y reproductivos.¹⁶ Los gobiernos habían descuidado las cuestiones que hacían necesaria una transformación institucional y cultural mal profunda, como el aborto.¹⁷ En las revisiones se determinó también que la oposición de gobiernos y agentes no estatales por razones de cultura y religión constituía un importante obstáculo para la ejecución plena del Programa de Acción.¹⁸

CIPD+10

En 2004, a la mitad del Programa de Acción de 20 años, la Comisión de Población y Desarrollo de la ONU llevó a cabo una revisión. Se reafirmaron en ella el Programa de Acción de la CIPD y las Medidas Clave y se reiteró que los gobiernos de todas las regiones debían renovar su compromiso, al más alto nivel político, de alcanzar las metas y los objetivos de la CIPD.¹⁹

La revisión de los 10 años reveló que, aunque algunos países habían hecho avances en algunas áreas, las principales dificultades para la ejecución persistían. Entre ellas figuraban la falta y la disminución de los recursos para salud sexual y reproductiva, la discriminación basada en el género, la aplicación de enfoques poco efectivos al VIH/sida y la falta de sistemas adecuados de recogida de datos y análisis.²⁰ La revisión puso de relieve la necesidad de contraer el compromiso de aumentar los fondos y abordar las lagunas para poder ejecutar de manera efectiva el Programa de Acción.²¹

CIPD+15

En 2009, la ONU organizó varias consultas y reuniones técnicas para revisar los avances realizados y determinar las lagunas de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD. En ellas se pusieron otra vez de relieve los lentos y desiguales avances realizados con respecto a la salud sexual y reproductiva, así como el hecho de que estos derechos seguían encontrando mucha oposición.²² Muchos países y organizaciones de la sociedad civil expresaron su preocupación por los efectos de la crisis económica en la ejecución del programa de acción en el ámbito nacional, dadas las limitaciones presupuestarias de los países en vías de desarrollo y la reducción de la ayuda al desarrollo de los países donantes.²³

CIPD+20: EL IMPERATIVO DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Asamblea General de la ONU ha encargado al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que lleve a cabo una revisión operativa de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD.²⁴ La revisión consistirá en una serie de

actividades interrelacionadas, entre ellas una encuesta global, consultas por país, consultas regionales, informes temáticos, estudios exhaustivos y reuniones de grupos de expertos. Servirá de base a dos informes –un informe global y exhaustivo sobre el estado de la población y el desarrollo y un informe del secretario general de la ONU, que recogerá los principales mensajes del informe global–, que se prepararán para el 47 periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo y el periodo especial de sesiones de la Asamblea General, previstos ambos para 2014.

La columna vertebral de esta revisión han de ser las normas de derechos humanos. Por ejemplo, es importante evaluar el grado de acceso a los servicios de que disfrutaban los grupos que sufren discriminación por motivos prohibidos en el derecho internacional, como el género y el origen étnico. Tal análisis hará necesario desglosar adecuadamente los datos recogidos por los Estados e incluir y tener en cuenta los derechos humanos en el conjunto principal de indicadores. Por ejemplo, para tener una imagen exhaustiva. Se deben incluir datos sobre el grado de participación de las personas y grupos de sectores desfavorecidos en la formulación de las políticas de salud y sobre su acceso a los procesos de seguimiento y rendición de cuentas, así como indicadores de salud pública.²⁵

Es importante también que la revisión no sea un trabajo tecnocrático y verticalista, sino un proceso en el que puedan participar de manera plena y significativa los distintos grupos afectados por las cuestiones de la CIPD, en particular las mujeres y las niñas. Para ello deben ofrecerse a los distintos grupos oportunidades de influir en el resultado de los debates de ámbito nacional, regional y mundial. Debe incluir también formación y fomento de la capacidad de participantes pertinentes, como organizaciones de la sociedad civil, autoridades gubernamentales y expertos técnicos.

PROGRAMA DE ACCIÓN – PRINCIPIOS CLAVE DE DERECHOS HUMANOS

- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. (Principio 1)
- 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, es la piedra angular de los programas de población y desarrollo. (Principio 4)
- Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo. (Principio 8)
- Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debería concebirse de tal manera que fortaleciera el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. (Principio 10)
- Todo niño tiene derecho a un nivel de vida adecuado, a la salud y a la educación, y a no sufrir descuido, explotación ni abusos. (Principio 11)



Nada más salir del quirófano, Alima tiene que quedarse tumbada en suelo porque no hay ninguna cama disponible para ella. Hospital de Yalgado, Uagadugú, Burkina Faso.

3/UNA AGENDA INACABADA

“SI BIEN NUESTROS PAÍSES HAN LOGRADO ALGUNOS ADELANTOS HACIA LOS OBJETIVOS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, PERSISTEN LAS DIFICULTADES PARA ESTABLECER DISPOSICIONES CONCRETAS Y LLEVAR PLENAMENTE A LA PRÁCTICA EL PROGRAMA.”

Declaración de Compromiso de Estambul, V Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Ejecución del Programa de Acción de la CIPD, Estambul, Turquía, 2012.

El respeto de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para la dignidad humana y para el disfrute del bienestar físico, emocional, mental y social. Sin embargo, los estereotipos de género y las normas relativas a la sexualidad y la reproducción, que son discriminatorios, están profundamente arraigados en las políticas, leyes y prácticas de los Estados y en las actitudes y prácticas en general de la sociedad.

El Programa de Acción, las Medidas Clave y varios documentos más reflejan un consenso continuo sobre la necesidad de medidas colectivas de los gobiernos, los organismos de la ONU y otras partes interesadas sobre la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos.²⁶ Sin embargo, la agenda establecida está inacabada en dos aspectos clave. En primer lugar, los Estados tienen todavía que cumplir plenamente los compromisos que han contraído. Y en segundo lugar, algunos de los compromisos establecidos en el Programa de Acción no cumplen las normas internacionales de derechos humanos, por lo que es preciso fortalecerlos. Es esencial abordar estas dos deficiencias decisivas para garantizar que una nueva generación de hombres, mujeres, adolescentes y jóvenes pueden reivindicar y hacer efectivos sus derechos sexuales y reproductivos.

EQUIDAD E IGUALDAD DE GÉNERO 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 sólo los agentes del Estado, sino también las organizaciones privadas y las personas. Tienen también que tomar medidas más generales para abordar los factores que causan o perpetúan la discriminación y garantizar que hombres y mujeres pueden disfrutar verdaderamente de sus derechos humanos con igualdad. Por tanto, los Estados tienen que determinar y abordar las razones por las que ciertos grupos de mujeres no tienen libertad de elección ni control con respecto a decisiones que afectan a su vida o no pueden acceder a la información ni los servicios de salud sexual y reproductiva adecuados y oportunos que necesitan.²⁷

La Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer dispone que los Estados deben “[m]odificar 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”.²⁸ Sin embargo, desde adolescentes a las que se niega el acceso a la educación sexual en la escuela hasta mujeres que no pueden conseguir anticonceptivos sin el consentimiento de sus esposos, en todas las regiones del mundo las mujeres y las niñas se ven privadas de sus derechos sexuales y reproductivos simplemente por su género.

La desigualdad de género es un viejo problema... las mujeres no tienen derecho a tomar decisiones importantes, ni siquiera decisiones que afectan a su vida.

Dr. Budiharja Moehamad Singgih, director general de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud, Indonesia, 2010

Lejos de combatir y erradicar la discriminación, los gobiernos mismos a menudo la fortalecen, obligando a la gente a ajustarse a estereotipos y normas discriminatorias sobre la sexualidad, las relaciones sexuales y otras formas de relación, la reproducción y la paternidad y maternidad. Esta coacción adopta múltiples formas, como obligar a las mujeres y las niñas que se quedan embarazadas a causa de una violación a llevar a término el embarazo, como ocurre en Nicaragua, donde el aborto está tipificado como delito en todos los casos.²⁹ Otro ejemplo de tal coacción es no permitir a las niñas y las mujeres decidir cuándo y con quién mantener relaciones sexuales o casarse. Las relaciones sexuales con consentimiento mutuo entre hombres y mujeres están tipificadas como delito en la legislación nacional si una de las personas que las mantiene está casada. En Aceh, la cámara legislativa provincial ha aprobado normas que regulan la aplicación de la ley islámica y que tipifican como delito que dos personas adultas no casadas se vean a solas (*khalwat*); este acto se castiga con azotes con vara.³⁰

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 dificultan o imposibilitan el acceso de las mujeres a los servicios disponibles. Ni siquiera el programa de población y desarrollo mejor elaborado y con más medios servirá para mejorar la vida de las personas si no forma parte esencial de él el compromiso legal y político de los gobiernos de garantizar la igualdad de género.

Los programas que comportarán un cambio real son los que estén concebidos atendiendo a la necesidad de capacitar y apoyar a las mujeres para que tomen decisiones. Tales programas han de garantizar que se proporciona a las mujeres la información necesaria para tomar decisiones informadas y que se aplican medidas para combatir la discriminación en la familia y entre las personas encargadas de proporcionar, concebir, poner en práctica o prestar servicios. Tiene que prestarse realmente atención no sólo a aumentar la disponibilidad de los

servicios, sino también a eliminar las barreras que encuentran las mujeres para recibirlos.

DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE

A las mujeres negras no suelen tomarnos en serio en los centros de salud; no hacen caso de nuestros síntomas.

Shafia Monroe, presidenta del Centro Internacional para el Parto Tradicional, Portland, Oregón, entrevista de Amnistía Internacional, 28 de agosto de 2008

Algunos grupos de mujeres, además de la discriminación de que son objeto por ser mujeres, sufren también múltiples formas de discriminación por otras razones, “como la raza, el origen étnico, la religión, la incapacidad, la edad, la clase, la casta u otros factores.”³¹ La discriminación múltiple e interseccional hace que las mujeres encuentren serios obstáculos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.³² Sin embargo, muchos países no reconocen su existencia ni sus efectos. Debido a ello, las experiencias y las necesidades de las mujeres de comunidades marginadas no están integradas en las estrategias nacionales para combatir la desigualdad de género y la discriminación racial, lo que hace que arraiguen aún más la discriminación y las carencias que esas mujeres sufren.

Una de las manifestaciones más terribles de discriminación interseccional es el gran número de mujeres que mueren en el mundo durante el embarazo o en el parto: unas 800 al día.³³ Por cada mujer que muere, otras 20 soportan sufrimientos durante toda la vida como consecuencia de lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades debidas al embarazo, al parto o a abortos no seguros.³⁴ Se calcula que, en todo el mundo, 10 millones de mujeres que sobreviven al embarazo sufren lesiones.³⁵

La mayoría de las lesiones y muertes maternas son evitables; las intervenciones necesarias en materia de atención de la salud para salvar la vida de las mujeres son bien conocidas. Sin embargo, los gobiernos no ofrecen a las mujeres la información ni los servicios que necesitan. Los sistemas de atención de la salud de muchos países suelen ser inaccesibles para las mujeres y las niñas que viven en la pobreza o son de comunidades rurales o indígenas y no tienen dinero ni

medios de transporte para desplazarse hasta los centros de salud. Pero el acceso a los servicios de salud, aunque vital, es sólo parte de la solución necesaria para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas. Toda solución verdadera tiene que abordar las causas básicas que impiden a las mujeres tomar decisiones sobre su salud y decidir si quedarse o no embarazadas y cuántos hijos tener y cuándo.

En el Programa de Acción se hace hincapié en el gran número de mujeres que mueren durante el embarazo o el parto y se pide a los países que garanticen que en 2015 se habrá conseguido una reducción significativa de la mortalidad materna. También se refleja en él el consenso existente entre los gobiernos sobre la cuestión de que la maternidad segura está intrínsecamente unida a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.³⁶ A pesar de este reconocimiento aparente del hecho de que abordar las causas básicas, incluida la discriminación, es parte esencial de toda estrategia efectiva de reducción de la mortalidad materna, los gobiernos tienden a emprender en materia de salud limitadas reformas, que no abordan los factores subyacentes a las lesiones y muertes maternas. Si no se abordan estas cuestiones estructurales de derechos humanos y los abusos conexos, el compromiso del Programa de Acción, aún cumpliéndose, se ejecutará de una manera que ocultará los avances desiguales, la discriminación e incluso los retrocesos.

Las investigaciones de Amnistía Internacional sobre la salud materna en Sierra Leona han puesto de relieve la relación entre los altos niveles de discriminación contra las mujeres y las niñas y el elevado riesgo de muerte o enfermedad relacionadas con el embarazo. Por ejemplo, revelan cómo el hecho de que el gobierno no haga respetar la edad legal mínima para el matrimonio suele dar lugar a casamientos de niñas de tan sólo 10 años. En estos matrimonios, es frecuente que la niña no pueda tomar en absoluto decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y sufra embarazo precoz y falta de acceso a educación e información.³⁷

En el norte de Nigeria, Amnistía Internacional vio que, debido a leyes que tipifican como delito las relaciones sexuales fuera del matrimonio, las mujeres que se quedan embarazadas de un hombre no reconocido como su esposo, están expuestas a ser procesadas.³⁸ A causa de estas leyes y de las actitudes sociales que reflejan y consagran, algunas mujeres no pueden solicitar la atención de la salud que necesitan.

Los gobiernos deben abordar con urgencia la injusticia y la discriminación de que son objeto las mujeres y las niñas. Para ello deben tomar medidas como el seguimiento y la evaluación basados en datos desglosados, la evaluación y revisión de políticas y la reforma jurídica. Las medidas efectivas hacen necesarias también iniciativas más generales para eliminar las actitudes y las costumbres y otras prácticas basadas en la condición desigual de las mujeres.

SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EXHAUSTIVOS E INTEGRADOS

Según el Programa de Acción, los servicios exhaustivos de salud sexual y reproductiva deben abarcar, entre otras cosas, lo siguiente: atención ginecológica, todas las formas de anticoncepción segura y efectiva, aborto seguro y atención de sus consecuencias, atención materna y prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las infecciones (incluido el VIH/sida), el cáncer de mama y el aparato reproductor y la infertilidad. Tienen que ser servicios integrados y completos, que se adapten a las necesidades de las mujeres durante todo su ciclo vital y con remisiones efectivas.³⁹ Un aspecto importante es que en el Programa de Acción se reconoce inequívocamente que las metas y cuotas establecidas en materia de población no deben determinar si se prestan servicios ni cómo prestarlos y que no se debe coaccionar de ninguna manera a nadie en relación con su sexualidad y su vida reproductiva.⁴⁰

Los servicios de salud sexual y reproductiva deben prestarse teniendo en cuenta la calidad de la atención y reconociendo plenamente los derechos humanos. Los enfoques selectivos –por ejemplo, los que incluyen la prevención del embarazo no deseado, pero no se ocupan de los abortos no seguros– violan derechos humanos y tienen consecuencias perjudiciales en lo que a la salud y la capacidad decisoria y la autonomía de la persona se refiere. Asimismo, los enfoques que excluyen a algunos grupos –por ejemplo, a las niñas y las jóvenes, a quienes no estén casados o a las personas lesbianas, gays, bisexuales o transgénero– violan derechos humanos.⁴¹

Hay datos que indican claramente que la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva mejora la salud de las mujeres, al animarlas a hacer mayor uso de ellos.⁴² Los servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil, por

ejemplo, deben estar integrados: las mujeres necesitarán de ambos en distintos momentos de su vida reproductiva.⁴³ La decisión de cuándo, dónde y a quién ofrecer servicios específicos como parte de un conjunto integrado debe estar basada en datos científicos. Se deben tener en cuenta las necesidades de prevención y tratamiento identificadas y asignar recursos de acuerdo con las prioridades establecidas.⁴⁴

El acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, exhaustivos e integrados y a orientación e información sigue siendo algo difícil de conseguir para muchas mujeres y niñas en todo el mundo. Pese a la existencia de claros datos sobre salud pública y a las obligaciones contraídas en materia de derechos humanos, gobiernos, organismos de la ONU y otros agentes continúan promoviendo y aplicando programas limitados, selectivos y verticalistas. Debido a ello, los programas de los gobiernos se centran fundamentalmente en alcanzar objetivos y metas, más que en fortalecer los sistemas de salud y abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. La experiencia demuestra en todo el mundo que promover esta estrecha perspectiva puede dar lugar a graves violaciones de los derechos de las mujeres. La imposición de medidas coactivas de planificación familiar, como la esterilización forzada, es un ejemplo de tales violaciones.⁴⁵

Incluso cuando las leyes y políticas se centran en mejorar los resultados en salud pública –por ejemplo, en reducir la mortalidad materna–, en muchos casos se ignoran o no se abordan adecuadamente cuestiones consideradas política o culturalmente delicadas, como el uso de anticonceptivos y los servicios de aborto seguro. Este hecho es causa a menudo de violaciones de los derechos humanos de las mujeres y de leyes y políticas ineficaces. En Indonesia, por ejemplo, la Ley de Desarrollo de la Población y la Familia (No.52/2009) y la Ley de Salud (No.36/2009) disponen que sólo puede darse acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a las parejas casadas legalmente.⁴⁶

Es muy tabú que una persona que no esté casada busque anticonceptivos... se considera que está buscando sexo libre.

Activista de los derechos humanos, Indonesia, marzo de 2010

Los gobiernos deben tomar medidas urgentes para garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, exhaustivos e integrados y a orientación e información a las mujeres y las adolescentes. Deben también garantizar que estos servicios se prestan sin coacción, atendiendo a la calidad de la atención, con respeto de los derechos humanos y de acuerdo con el Programa de Acción de la CIPD.

BARRERAS A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las desigualdad de género en la atención de la salud es considerable y generalizada. En Sierra Leona las mujeres no tienen el mismo acceso a los servicios básicos de salud ni las mismas oportunidades de protección, promoción y mantenimiento de la salud.

Informe no oficial al CEDAW sobre Sierra Leona, 38 período de sesiones, 2007

En el Programa de Acción se reconoce que los gobiernos deberían: “obrar de modo que resultara mas fácil para las parejas y las personas asumir la responsabilidad de su propia salud reproductiva eliminando las barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias innecesarias a la información y al acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia”.⁴⁷ Esta recomendación se ha reiterado en varios documentos más, siendo el más reciente de ellos la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, del secretario general de la ONU. En ésta se insta a los gobiernos e instancias normativas a:

*Sancionar o enmendar las leyes y políticas congruentes con los principios de los derechos humanos, vinculando la salud de mujeres y niños con otras áreas (enfermedades, educación, agua y saneamiento, pobreza, nutrición, equidad de género y empoderamiento).*⁴⁸

Sin embargo, en muchos países las mujeres y las niñas continúan encontrando múltiples barreras que impiden hacer realidad sus derechos sexuales y reproductivos. Abarcan desde barreras normativas y legales, hasta obstáculos sociales, culturales, económicos y estructurales. Por ejemplo, en Perú, las

investigaciones llevadas a cabo por Amnistía Internacional en 2009 mostraron que las mujeres que vivían en la pobreza o en comunidades rurales o indígenas encontraban barreras específicas en el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva. Algunas solían tener un acceso limitado a la atención de la salud, en general, y a servicios gratuitos de salud, en particular, por carecer de documentos de identidad o por falta de información. Las barreras lingüísticas y las actitudes discriminatorias de algunos profesionales de la salud ponían más obstáculos aún a las mujeres indígenas a la hora de conseguir los servicios que necesitaban y a que tenían derecho.⁴⁹

En Burkina Faso, Amnistía Internacional vio que la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva y el acceso a ellos seguían siendo muy limitados, especialmente en las zonas rurales. A pesar de las políticas gubernamentales sobre este problema, las mujeres continuaban encontrando múltiples barreras sociales, culturales y estructurales al intentar acceder a estos servicios, lo que daba lugar a un elevado número de embarazos precoces, inoportunos y no deseados.⁵⁰ Enfrentadas a un embarazo no deseado, muchas mujeres, especialmente las jóvenes solteras, recurren al aborto clandestino y no seguro, con peligro para la vida.⁵¹

Las barreras a los servicios reflejan a menudo disparidades entre distintos grupos de la sociedad y afectan a la salud sexual y reproductiva tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Por ejemplo, las investigaciones llevadas a cabo por Amnistía Internacional en Estados Unidos en 2010 pusieron de relieve la existencia de discriminación generalizada y muy arraigada en el acceso a los servicios de salud materna. A pesar de la gran cantidad de fondos asignados a la salud materna, las mujeres, en particular las de bajos ingresos, continúan encontrando diversas barreras legales, sociales, culturales, económicas y de otros tipos a la hora de conseguir los servicios que necesitan.⁵²

Esta deficiencia se atribuye a veces a la falta general de recursos. Sin embargo, en muchos países la causa del problema suele ser, no la falta de recursos, sino el hecho de que no se dé prioridad a la salud sexual y reproductiva y no se distribuyan los servicios equitativamente. Si los gobiernos no toman medidas urgentes para eliminar estas barreras, los derechos sexuales y reproductivos seguirán siendo una promesa incumplida para millones de mujeres y niñas.

EL ABORTO Y SU TIPIFICACIÓN COMO DELITO

En el Programa de Acción se reconoce que los servicios de salud reproductiva han de abarcar el aborto y la atención de sus consecuencias.⁵³ Se insta a los gobiernos y otros agentes a “incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de mas amplios y mejores servicios de planificación de la familia”. Asimismo, se señala: “En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas”.⁵⁴

Este texto, resultado de arduas negociaciones, fue un término medio, aceptable para todas las partes, por lo que no cumple las normas internacionales de derechos humanos. Tales normas exigen a los gobiernos que revisen la leyes que contengan medidas punitivas contra las mujeres que hayan tenido abortos ilegales.⁵⁵ También les instan a facilitar el aborto seguro y legal al menos en los casos en que la mujer se haya quedado embarazada a causa de una violación, agresión sexual o incesto o en que el embarazo entrañe riesgo para la vida o la salud de la mujer. Sin embargo, muchos gobiernos incumplen de manera persistente esta obligación.

Tenía una amiga que se quedó embarazada cuando estaba en “kelas 2” [grado de enseñanza secundaria]... intentó abortar con unos medicamentos caducados cuanto estaba de 40 días, pero no lo consiguió... al final el bebé nació con complicaciones... Ahora su hijo no camina ni habla bien.

Detty, empleada doméstica de 18 años, Indonesia, 2010

La CIPD reconoce que los servicios de salud sexual y reproductiva exhaustivos abarcan el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro y a la atención de sus consecuencias. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que cuanto más restrictiva es la legislación sobre el aborto, mayor es la probabilidad de que éste no sea seguro y cause la muerte.⁵⁶ A pesar de esta clara advertencia, los gobiernos continúan imponiendo restricciones al acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro, y en algunos países han prohibido totalmente el aborto en todos los casos.

En Nicaragua, el aborto se tipifica como delito en todos los casos, incluso cuando la mujer es superviviente de violación o incesto, en virtud de una legislación que entró en vigor en 2008. Debido a esta legislación, las supervivientes de violación deben llevar su embarazo a término o someterse a un aborto ilegal y no seguro, con el consiguiente riesgo de ser encarceladas si las descubren. En Nicaragua, la gran mayoría de las niñas embarazadas a causa de violación o incesto tienen sólo entre 10 y 14 años. La ley les niega sus derechos humanos y pone su salud y su vida en peligro como consecuencia de abortos clandestinos y no seguros o de embarazos y partos a muy temprana edad. Debido a la ley, también están expuestos a ser condenados a prisión los profesionales de la salud que causen sin querer daños al feto, incluso si lo hacen al atender a una mujer cuya vida corre peligro. Las mujeres y las niñas que hayan sufrido un aborto no provocado también están expuestas a ser sancionadas.⁵⁷

¿Y qué sucede con las niñas embarazadas a causa de violación, y que viven en la pobreza? No tienen otra elección [legal] que dar a luz.

Profesional de la salud de un centro de apoyo psicosocial a supervivientes de violencia sexual, entrevista de Amnistía Internacional, Nicaragua, octubre de 2008

En un informe reciente, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud examinó los efectos de las leyes que sancionan o restringen de algún modo el aborto, la conducta durante el embarazo, los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, y la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva. Señaló que tales restricciones suelen ser discriminatorias por naturaleza y violan el derecho a la salud, al limitar el acceso a bienes, servicios e información de calidad.⁵⁸ El relator especial destacó además lo siguiente: “*la aplicación de esas leyes para obtener determinados resultados en el ámbito de la salud pública resulta a menudo ineficaz y desproporcionada*”.⁵⁹

Gobiernos de todo el mundo se han comprometido a reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento para 2015 y a garantizar el acceso universal a la salud reproductiva.⁶⁰ La tipificación del aborto como delito va en contra de estas iniciativas.

Los gobiernos deben tomar, por tanto, medidas urgentes para revisar y reformar todas las leyes que tengan la finalidad o el efecto de imponer sanciones punitivas a las mujeres y las niñas por haber tenido un aborto. Deben también garantizar que

las mujeres y las niñas reciben información sobre el acceso a servicios de aborto seguro y legal y que se forma a los profesionales de salud en materia de aborto seguro y atención de las consecuencias del aborto.

EDUCACIÓN SEXUAL EXHAUSTIVA

La Comisión de Población y Desarrollo de la ONU ha instado reiteradamente a los gobiernos a que “impartan a los jóvenes una educación amplia en sexualidad humana, salud sexual y reproductiva e igualdad entre los géneros, y los enseñen a vivir su sexualidad de manera positiva y responsable”.⁶¹

Sin embargo, los programas que capacitan a las mujeres, particularmente a las adolescentes y las jóvenes, animándolas a conocer su cuerpo y ejercer sus derechos, siguen siendo muy poco comunes.⁶² Según cálculos de la ONU, la gran mayoría de las personas adolescentes y jóvenes no tienen aún acceso a los servicios exhaustivos de salud sexual y reproductiva y la educación sexual que necesitan para tener una vida sana.⁶³

Los datos demuestran que impartir a las personas jóvenes educación sexual exhaustiva⁶⁴ —es decir, información sobre la sexualidad y la salud reproductiva adecuada para su edad, científicamente precisa y basada en los derechos— resulta efectivo para mejorar su salud.⁶⁵ Sin embargo, son poquísimas las personas jóvenes que reciben preparación adecuada. Esta carencia las deja expuestas a sufrir coacción, abusos, explotación, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.⁶⁶ En el *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010* se indicaba que en el grupo de jóvenes de entre 15 y 24 años, en el que se dan el 45 por ciento de todas las infecciones nuevas por VIH, sólo el 40 por ciento tenían conocimientos precisos sobre la transmisión del VIH.⁶⁷

En algunos países, el gobierno se vale de legislación penal y de otras medidas punitivas para controlar el acceso a la educación y la información sobre la sexualidad. Las investigaciones llevadas a cabo por Amnistía Internacional en Indonesia ha puesto de relieve cómo las leyes con disposiciones que penan proporcionar información sobre la prevención y la interrupción del embarazo hacen que a las adolescentes les resulte sumamente difícil recibir la educación e información que necesitan en materia de salud sexual y reproductiva.⁶⁸

En el 45 período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, los Estados miembros de la ONU acordaron un conjunto de medidas para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Entre otras cosas, decidieron prestar plena atención a satisfacer las necesidades que tienen los jóvenes de servicios, información y educación en materia de salud reproductiva, con respeto pleno de su intimidad y confidencialidad y sin sufrir discriminación, y a impartirles educación exhaustiva y basada en hechos sobre la sexualidad humana, la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y la igualdad de género para que puedan desarrollar su sexualidad de manera responsable y positiva.⁶⁹ Los gobiernos deben cumplir con urgencia este compromiso y garantizar que las personas jóvenes tienen acceso a una educación sexual exhaustiva y basada en hechos.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS

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 éstos 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.

CIPD, Programa de Acción, párr. 7.3

En el Programa de Acción se establecen los derechos sexuales y reproductivos derivados de otros derechos humanos, como el derecho a la salud y a no sufrir discriminación. Por consiguiente, la CIPD no crea nuevos derechos humanos internacionales, sino que establece que en todos los aspectos de los programas de población y de desarrollo deben respetarse los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

Sin embargo, la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y el reconocimiento internacional de los derechos sexuales como derechos humanos siguen siendo en gran medida una agenda inacabada. Se han hecho algunos avances notables de ámbito nacional, regional e internacional.⁷⁰ Sin embargo, en los últimos 20 años ha habido a menudo una intensa reacción en contra por parte de gobiernos y agentes no estatales.⁷¹

En Indonesia, por ejemplo, Amnistía Internacional ha determinado que ni siquiera en situaciones de peligro para la vida se permite a las mujeres el acceso a servicios de aborto legal sin el consentimiento de su esposo.⁷² En Burkina Faso, Amnistía Internacional ha recogido numerosos testimonios de mujeres a las que se ha negado el derecho a decidir si utilizar anticonceptivos. En muchos casos, el esposo y los varones de las familia se oponían al uso de anticonceptivos y criticaron a los profesionales médicos por proporcionar asesoramiento y productos anticonceptivos a la mujer.⁷³

Después de siete embarazos y cinco hijos vivos, le dije a mi esposo que quería utilizar métodos anticonceptivos, pero se negó y me dijo que si lo hacía tendría que regresar a casa de mi madre. Así que tuve que obedecerlo.

Entrevista de Amnistía Internacional a una mujer de Ouagadougou, Burkina Faso, marzo de 2009

Hacen 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 mujeres, adolescentes y jóvenes pueden ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva.

LOS DERECHOS SEXUALES

Los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos en legislaciones nacionales y en normas internacionales de derechos humanos. Incluyen el derecho de toda persona a no sufrir coacción, discriminación ni violencia a la hora de:

- gozar del derecho al más alto nivel posible de salud sexual, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva
- buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad
- recibir educación sexual
- hacer que se respete su integridad física
- elegir a su pareja
- decidir si quiere mantener relaciones sexuales o no
- mantener relaciones sexuales consentidas
- contraer matrimonio de mutuo acuerdo
- decidir si tener hijos y cuándo
- tener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad.

CIPD, Programa de Acción, párr. 7.34

El Programa de Acción contiene importantes referencias a la sexualidad y al género, así como a la relación entre ellos. También se reconoce en él que la violencia sexual basada en el género y los esfuerzos por controlar la sexualidad de las mujeres afectan a la sexualidad de las mujeres y a su condición social.⁷⁴ Otra importante característica del Programa de Acción es el reconocimiento de que la salud reproductiva abarca tener una vida sexual segura y satisfactoria y de que el

objetivo de la salud sexual 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”.⁷⁵ Sin embargo, en el Programa de Acción no se reconocen explícitamente los derechos sexuales, ni siquiera el derecho a la diversidad de la expresión y la orientación sexuales.⁷⁶ En la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 se intentó abordar esta laguna:⁷⁷

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96.

Sin embargo, esta postura encontró una fuerte oposición, y, a pesar del intenso trabajo de campaña de grupos de defensa de los derechos humanos y de la salud de las mujeres, cinco años más tarde los intentos de incluir los “derechos sexuales” y la “orientación sexual” en las Nuevas Medidas e Iniciativas para la Aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Documento de Revisión de Beijing+5) fracasaron.⁷⁸ Lo mismo ha ocurrido luego en otros documentos y resoluciones de ámbito internacional,⁷⁹ mientras que, a escala nacional, la protección de los derechos sexuales en la legislación y en la práctica continúa siendo problemática.

El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha expresado su preocupación por que las mujeres lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexos sean “víctimas de abusos y maltratos por parte de los proveedores de servicios de salud.”⁸⁰ Las prácticas y actitudes homófobas, sexistas y tránsfobas de las instituciones y el personal de atención de la salud disuaden a veces a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexos de solicitar los servicios. Esto tiene a su vez un efecto negativo en los esfuerzos por abordar los motivos de preocupación en materia de salud, incluidos los relativos al VIH/sida.⁸¹

Amnistía Internacional ha documentado brutalidad policial contra mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero en muchos países. En Estados Unidos, al igual que en otras partes, la violencia contra estas mujeres forma parte de un marco más general de violencia contra las mujeres que se apartan de los códigos aceptados de conducta sexual y presentación del género. Las investigaciones de Amnistía Internacional han revelado que la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género hace que a menudo se culpe a las propias mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero de la violencia dirigida contra ellas. La violencia es vista por quienes la cometen y por muchos funcionarios encargados de hacer cumplir la ley como un “castigo” merecido por no seguir las convenciones sociales.⁸²

Simplemente piensan que me lo he hecho yo... Creo que lo que dicen es que, como he decidido tener este aspecto, me lo merezco o algo así. Es como si, si quiero parecer un chico, me tienen que atizar como a un chico.

Entrevista de Amnistía Internacional con una mujer lesbiana agredida por cuatro hombres, que la hirieron con cuchillas de afeitar, Estados Unidos, 2005

Cuando se niega a las niñas el derecho a determinar libremente su identidad de género o su orientación sexual también puede verse afectado el acceso a la educación. En 2006 se expulsó a 12 jóvenes estudiantes de un centro educativo de Camerún tras ser acusadas de lesbianismo. Un tribunal de Duala impuso sendas condenas condicionales de tres años de cárcel y una multa a tres de las estudiantes y a una amiga, una joven jugadora de fútbol, y después quedaron en libertad. El tribunal ordenó que fueran encarceladas durante seis meses si se las hallaba practicando “actos homosexuales”.⁸³

La información y los servicios de salud sexual y reproductiva continúan estando centrados en la experiencia y las necesidades de quienes se ajustan a los papeles de género establecidos. El acoso, la exclusión, la discriminación y otros abusos sufridos por pacientes a manos de personal de atención de la salud debido a su identidad o su orientación sexual real o aparente siguen siendo un problema grave en muchos países, que refleja la falta de reconocimiento de distintas orientaciones sexuales e identidades de género en la información y los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos.⁸⁴

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 discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

Programa de Acción, principio 4⁸⁵

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, incluso en materias relativas a su salud.⁸⁶ En el Programa de Acción se reafirma este derecho con respecto a la salud sexual y reproductiva, así como la necesidad de hacer participar en la elaboración y modificación de las leyes, políticas y prácticas a quienes se ven afectados directamente, incluidas las personas excluidas a causa de discriminación, coacción o violencia.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que, en general, la participación de las mujeres en el gobierno en el plano de las políticas sigue siendo baja. Aunque se han hecho avances significativos en algunos países, en muchos otros la participación de las mujeres incluso se ha reducido.⁸⁷ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 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).⁸⁸

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 está asegurada, el sistema de salud es más sensible a las necesidades de las mujeres. Por ejemplo, en Nepal, un ensayo controlado de intervención participativa y basada en la comunidad en zonas rurales mostró que la probabilidad de haber recibido atención prenatal, haber dado a luz en un centro de salud y en presencia de auxiliares con capacitación o asistentes médicos estatales y haber utilizado material para

partos en casa limpio o una cuchilla hervida para cortar el cordón umbilical era mayor entre las mujeres que habían participado en el ensayo que entre las demás.⁸⁹

RECURSOS Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Tengo incontables preguntas para las que probablemente nunca conseguiré respuestas.

Joseph LaGrew, esposo de Trudy LaGrew, muerta por complicaciones del parto tres meses y medio después de haber dado a luz, entrevista de Amnistía Internacional, Estados Unidos, 2009

La rendición de cuentas y el acceso a recursos efectivos por violaciones de derechos sexuales y reproductivos son poco frecuentes. Por ejemplo, en muchos países no hay estructuras efectivas para presentar denuncias cuando se niegan información o servicios de salud sexual y reproductiva. Cuando existen tales estructuras, las personas especialmente expuestas a verse privadas de sus derechos no tienen la información ni los recursos económicos necesarios para presentar una denuncia.

Todas las víctimas de violaciones de derechos humanos tienen derecho a un recurso efectivo y a una reparación.⁹⁰ 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.⁹¹ Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, toda víctima de violación del derecho a la salud ha de tener acceso a recursos judiciales u otros recursos adecuados tanto en el plano nacional como en el internacional.⁹² 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.⁹³

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.⁹⁴

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. Existen lagunas concretas en la información sobre las cuestiones consideradas delicadas, que comportan estigma social o que se tratan como delitos, como el acceso a la información y los servicios de aborto cuando éste es ilegal. Hay una necesidad urgente de elaborar estadísticas y reunir datos no sólo sobre las intervenciones en materia de salud, sino también sobre otras cuestiones de salud sexual y reproductiva, como la violencia sexual, la mutilación/excisión genital femenina y el matrimonio precoz. Tal información es esencial para que los gobiernos evalúen con precisión hasta qué punto se están negando derechos y determinen el objeto de las intervenciones en consecuencia. El desglose de los datos contribuye a garantizar que la discriminación y la exclusión no quedan ocultas en las estadísticas nacionales. También puede ser de utilidad:

- revelar las distintas necesidades y derechos de grupos específicos, como las personas adolescentes y jóvenes, y evaluar si se satisfacen y qué otras medidas legales y normativas son necesarias para respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos;
- determinar la necesidad de medidas especiales de carácter temporal específicas en favor de ciertos grupos,⁹⁵ como aquellos para los que la experiencia de coacción y violencia del Estado en relación con la salud reproductiva constituye históricamente un obstáculo para acceder a información y servicios en materia de salud;⁹⁶
- aumentar en el plano nacional la rendición de cuentas por la prestación de servicios.

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 mundiales como la revisión CIPD+20 deben dar lugar a verdadera rendición de cuentas, incluido un marco para seguir los avances realizados en la ejecución. Tal rendición de cuentas no debe estar limitada a una vigilancia de los indicadores basada en datos, sino que tiene que consistir también en rendición de cuentas en materia de derechos humanos, que abarque el acceso a vías de recurso de las personas cuyos derechos sexuales y reproductivos se hayan violado. Aunque ha habido avances a la hora de entender las intervenciones técnicas, la sensibilización sobre los aspectos del derecho a la salud sexual y reproductiva relativos a los derechos humanos sigue siendo muy limitada. Este hecho resta valor a los mecanismos y foros de rendición de cuentas y participación, que deberían desempeñar una función decisiva a la hora de abordar las razones por las que las mujeres y las niñas no tienen acceso a información y servicios o se ven privadas de la capacidad para tomar decisiones y de autonomía. Las mujeres y las niñas han de poder hacer rendir cuentas a sus gobiernos por violaciones de derechos humanos.



Jóvenes manifestándose en Managua, Nicaragua, el Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, 28 de diciembre de 2011.

4/DERECHOS HUMANOS: MARCO PARA LOS AVANCES

“NUESTRA VISIÓN ES [...] QUE TODA PERSONA TENGA DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, TODO EMBARAZO SEA DESEADO, TODO NACIMIENTO SEA SEGURO, TODA PERSONA JOVEN TENGA LA EDUCACIÓN Y LOS SERVICIOS NECESARIOS PARA CRECER SANA, TODA NIÑA SEA TRATADA CON DIGNIDAD Y RESPETO Y LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DEBA Y PUEDA ACABAR.”

Dr. Babatunde Osotimehin, director ejecutivo del UNFPA

Las estrategias, programas y políticas de salud sexual y reproductiva han de estar basados en la igualdad de género y los derechos humanos. Deben garantizar que toda persona puede ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva sin sufrir discriminación, violencia ni coacción. Este derecho debe protegerse por ley, y, en particular, la legislación nacional no debe violarlo imponiendo barreras que impidan a las personas ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

La revisión y evaluación del Programa de Acción brinda la oportunidad de valorar los logros realizados, abordar las dificultades que aún persisten y elaborar un marco creíble para hacer un seguimiento de los avances futuros. Amnistía Internacional pide a todos los gobiernos que reafirmen su compromiso de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, expresos en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Los gobiernos y los organismos de la ONU deben garantizar que las revisiones de país y regionales ofrecen una imagen exhaustiva del grado de cumplimiento de estas obligaciones, así como medidas concretas para abordar las lagunas en la ejecución.

Amnistía Internacional insta a todos los gobiernos y demás agentes pertinentes a que apliquen con carácter urgente las recomendaciones siguientes:

Incluir a las personas excluidas

Los Estados deben garantizar que sus esfuerzos por ejecutar el Programa de Acción son inclusivos, van dirigidos a poner fin a la discriminación y a garantizar la igualdad de género y dan prioridad a los grupos más desfavorecidos. Con tal fin deben:

- Adoptar medidas efectivas para poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres, incluidas las lesbianas, bisexuales y transgénero, y promover el empoderamiento de las mujeres mediante la aplicación de programas y políticas claros, centrados en la igualdad de género y la eliminación de los estereotipos.
- Abolir todas las leyes y políticas que tengan el efecto o la finalidad de menoscabar o anular la igualdad de las mujeres ante la ley debido a su género, orientación sexual, identidad de género, raza, edad, lengua, etnia, identidad indígena, cultura, religión o discapacidad. Abolir, en particular, todas las leyes y políticas que menoscaben o anulen la igualdad de las mujeres dentro de la familia o perjudiquen los derechos de las mujeres que sufren violencia de género.
- Recoger datos sobre la realización de los derechos sexuales y reproductivos, que estén desglosados atendiendo al género y a otros grupos que se determine que sufren discriminación. Utilizar estos datos como base en la elaboración y evaluación de todos los programas relacionados con el Programa de Acción.
- Revisar la asignación de recursos para salud sexual y reproductiva, incluidos los disponibles a través de asistencia internacional, a fin de garantizar que coincide con la asignación de prioridades a los grupos desfavorecidos.

Garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Los gobiernos deben garantizar el pleno reconocimiento y aplicación, mediante políticas y programas, de las normas jurídicas existentes e incipientes. Con tal fin deben:

- Tomar medidas legales, normativas y de otros tipos para garantizar que las mujeres y las niñas están capacitadas para tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su vida reproductiva.
- Aplicar programas con que garantizar que todas las personas, en particular las mujeres y las niñas, conocen su cuerpo y pueden ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente mediante educación sexual exhaustiva.
- Revisar y reformar las leyes, políticas y directrices que impongan sanciones punitivas por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Aplicar una estrategia de ámbito nacional y duración definida para garantizar el acceso universal a servicios de calidad, exhaustivos e integrados y a orientación e información en materia de salud sexual y reproductiva a las mujeres y las adolescentes en toda su diversidad, respetando sus derechos humanos y haciendo hincapié en la equidad.
- Garantizar que todos los órganos del gobierno, la cámara legislativa y el poder judicial conocen y contraen el compromiso institucional de cumplir las normas internacionales de derechos humanos sobre los derechos sexuales y reproductivos, incluso impartiendo a los miembros de la cámara legislativa y el poder judicial formación sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Garantizar que la revisión CIPD+20 incluye una evaluación de la aplicación de las recomendaciones formuladas por los órganos internacionales de vigilancia de los derechos humanos en relación con las obligaciones de los gobiernos con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Reparar el déficit de rendición de cuentas

Los gobiernos deben garantizar que las personas pueden acogerse a la ley para hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos y acceder a recursos por todas las violaciones de estos derechos. Con tal fin deben:

- Eliminar las barreras legales, normativas y de otras clases que impidan a las mujeres y las niñas el acceso a la justicia y a vías de recurso efectivo.
- Encargar a los órganos nacionales de vigilancia de los derechos humanos, así como a los órganos reguladores cuasijudiciales, que vigilen las violaciones de derechos sexuales y reproductivos y atiendan las denuncias, y garantizar que tienen capacidad para hacerlo de manera efectiva.
- Aumentar la vigilancia y supervisión por parte de los órganos parlamentarios de los esfuerzos por ejecutar el Programa de Acción, en particular para garantizar que son coherentes con los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
- Contraer el compromiso de aumentar el escrutinio de la realización de los derechos sexuales y reproductivos ratificando los protocolos facultativos de los tratados de derechos humanos que proporcionan acceso a mecanismos de denuncia, en particular los del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Garantizar la participación

Los gobiernos deben ofrecer oportunidades de participación. Debe prestarse especial atención a la necesidad de capacitar a las mujeres y las niñas para que participen en los procesos de establecimiento de prioridades, planificación, ejecución y seguimiento en relación con los programas y políticas relativos a los derechos sexuales y reproductivos. Con tal fin deben:

- Garantizar la disponibilidad, en un formato accesible, de información sobre los esfuerzos en curso y previstos para ejecutar el Programa de Acción.

- Ofrecer oportunidades para la participación significativa y en condiciones de igualdad de todas las personas afectadas por programas concretos, en especial de las mujeres y las niñas, en los procesos de establecimiento de prioridades, planificación, ejecución y seguimiento.

- Ofrecer oportunidades para la participación significativa de las mujeres y las niñas en los procesos nacionales, regionales e internacionales de revisión de la CIPD.

- Respetar el derecho a la libertad de expresión, información, reunión y asociación para que las personas puedan participar en los esfuerzos por ejecutar el Programa de Acción y hacer rendir cuentas a los gobiernos.

Lanzamiento de la campaña de Amnistía Internacional para reducir la mortalidad materna en Sierra Leona, 23 de septiembre de 2009.

© Amnistía Internacional

**END MATERNAL MORTALITY
IN SIERRA LEONE**

MATERNAL HEALTH
IS A HUMAN RIGHT

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



NOTAS FINALES

1 Adrienne Germain y Rachel Kyte, *The Cairo Consensus: The Right Agenda for the Right Time*, Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, Nueva York, 1995.

2 División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, A/Conf.171/13, 18 de octubre de 1994, anexo, Programa de Acción, principio 8.

3 División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, caps. III-XV.

4 Declaración de Compromiso de Estambul, *Cumplir lo prometido – Medir los resultados*, Estambul, 2012, disponible en <http://www.ipci2012.com/userfiles/IPCI%202012%20Istanbul%20Statement%20of%20Commitment-Spanish.pdf> (consultada en mayo de 2012).

5 Gita Sen, *Status of the ICPD Agenda: the Present*, V Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), Estambul, mayo de 2012.

6 Por ejemplo: Amnistía Internacional, *La prohibición total del aborto en Nicaragua: la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados* (Índice: AMR 43/001/2009), y Amnistía

Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010).

7 Amnistía Internacional, *Desigualdades mortales: mortalidad materna en Perú* (Índice: AMR 46/002/2009).

8 Jyoti Shankar Singh, *Creating a New Consensus on Population*, Earthscan, 2009, p.1.

9 Véanse, por ejemplo, Consejo de Derechos Humanos de la ONU, La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos, Res. 11/8, 2009; Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general No. 24, 20 periodo de sesiones, 1999, y Asamblea General de la ONU, *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/66/254.

10 Mujeres por los Derechos Humanos de las Mujeres, *Analysis of 56th Session of the UN Commission on Status of Women*, Nueva York, 2012; IWHC /DAWN/AI/RESURJ, *Analysis of the 45th Session of the UN Commission on Population and Development*, Nueva York, 2012. Véanse también, por ejemplo, Consejo de Derechos Humanos de la ONU, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Sr. Anand Grover, Adición, Misión a Polonia, A/HRC/14/20/Add.3,

y Amnistía Internacional, *Nicaragua: Ni siquiera cuando está en juego su vida* (Índice: AMR 43/004/2009).

11 UNFPA, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD+5, disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/1999/key_actions_sp.pdf (consultada en mayo de 2012).

12 UNFPA, Medidas clave, párrs. 34 y 35.a.

13 UNFPA, Medidas clave, párrs. 53 y 58.

14 UNFPA, Medidas clave, párr. 64.

15 UNFPA, Medidas clave, párr. 70.

16 Sonia Correa, *First Words*, disponible en <http://www.dawnnet.org/resources-books.php?id=85> (consultada en mayo de 2012).

17 Sonia Correa, *First Words*, p. 3.

18 Sonia Correa, *First Words*, p. 4.

19 UNFPA, *ICPD at 10: The Word Affirms Cairo*, UNFPA, Nueva York, 2004.

20 UNFPA, *ICPD at 10*, 2004. Véase también Canadian's for Choice, *Tenth Anniversary of the Cairo Agenda*, otoño de 2004.

21 Canadian's for Choice, *Tenth Anniversary of the Cairo Agenda*, otoño de 2004.

22 Angela Collet, *Advocating for Full Sexual and Reproductive Health and Rights: Still an Uphill Battle*, DAWN, octubre de 2009.

23 UNFPA, *Looking Back and Moving Forward*, UNFPA, Nueva York, 2009.

24 Resolución 65/234 de la Asamblea General de la ONU, 2010.

25 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt,

Doc. ONU E/CN.4/2006/48, pp. 15 y 16.

26 Gita Sen, *Status of the ICPD Agenda: the Present*, mayo de 2012.

27 Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos, A/HRC/14/39, 2010, párr. 21.

28 Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 18 de diciembre de 1979.

29 Amnistía Internacional, *La prohibición total del aborto en Nicaragua: la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados* (Índice: AMR 43/001/2009).

30 Amnistía Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010).

31 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Recomendación general No. 25, *supra* nota 12, párr. 12. Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 16, (34 período de sesiones, 2005), Doc. ONU E/C.12/2005/4, párr. 3.

32 Amnistía Internacional, *Desigualdades mortales: mortalidad materna en Perú* (Índice: AMR 46/002/2009).

33 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Tendencias en la mortalidad materna 1990-2010*, cálculos realizados por la OMS, UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra, OMS, 2011.

34 Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008.

35 UNICEF, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, 2008.

- 36** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 8.26.
- 37** Amnistía Internacional, *Fuera de su alcance: el precio de la salud materna en Sierra Leona*, (Índice: AFR 51/005/2009).
- 38** Amnistía Internacional, *The Death Penalty and Women under the Nigeria Penal Systems* (Índice: AFR 44/004/2004).
- 39** Para la gama completa de servicios de salud sexual y reproductivos que se reconocen, véase el Programa de Acción, párr. 7.6.
- 40** Jyoti Shankar Singh, *Creating a New Consensus on Population*, Earthscan, 2009, p.73.
- 41** Amnistía Internacional, *Fuera de su alcance: El precio de la salud materna en Sierra Leona* (Índice: AFR 51/005/2009); Amnistía Internacional, *La prohibición total del aborto en Nicaragua: la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados* (Índice: AMR 43/001/2009); Amnistía Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010), y Amnistía Internacional, *'I am at the lowest end of all': Rural women living with HIV face human rights abuses in South Africa*, AFR 53/001/2008 (resumen en español: "Soy quien menos cuenta": Las mujeres de entornos rurales que viven con el VIH sufren abusos contra los derechos humanos en Sudáfrica, AFR 53/003/2008).
- 42** G. Schierhout, S. Fonn, "The integration of primary health care services: a systematic literature review", Durban: Health Systems Trust, mayo de 1999.
- 43** Marge Berer, "Editorial: Integration of Sexual and Reproductive Health Services: A Health Sector Priority", *Reproductive Health Matters* 2003; 11(21): 6-15, p.7.
- 44** Marge Berer, "Editorial: Integration of Sexual and Reproductive Health Services: A Health Sector Priority", p.7.
- 45** *Observer*, "UK Aid Helps to Fund Forced Sterilisation of India's Poor", 16 de abril de 2012, disponible en <http://www.guardian.co.uk/world/2012/apr/15/uk-aid-forced-sterilisation-india?fb=ative&CMP=FBCNETTXX9038> (consultada en mayo de 2012).
- 46** Amnistía Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010), p. 23.
- 47** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 7.20.
- 48** Secretario general de la ONU, *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños*, 2010, Llamamiento a la acción, p. 18. <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>
- 49** Amnistía Internacional, *Desigualdades mortales. Mortalidad maternal en Perú* (Índice: AMR 46/002/2009).
- 50** Amnistía Internacional, *Giving life, risking death: Maternal mortality in Burkina Faso* (Índice: AFR 60/001/2009).
- 51** Amnistía Internacional, *Giving life, risking death: Maternal mortality in Burkina Faso* (Índice: AFR 60/001/2009), p. 26.
- 52** Amnistía Internacional, *Maternidad: peligro de muerte*. La crisis de la asistencia a la salud materna en Estados Unidos (Índice: AMR 51/007/2010).
- 53** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 7.6.
- 54** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 8.25.
- 55** Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/>

beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf (consultada en mayo de 2012).

56 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, día de debate general sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, 26 de noviembre de 2010, comentarios de la OMS, párr. 55.

57 Amnistía Internacional, *La prohibición total del aborto en Nicaragua: la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados* (Índice:AMR 43/001/2009).

58 Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011, A/66/254, resumen.

59 Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2011, A/66/254, resumen.

60 Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivo 5.

61 Comisión de Población y Desarrollo, informe sobre el 43° período de sesiones, E/CN.9/2010/9, párr. 12.

62 Gita Sen, *Status of the ICPD Agenda: the Present*, mayo de 2012.

63 Comisión de Población y Desarrollo, informe del secretario general de la ONU a la Comisión, 2012, E/CN.9/2012/5.

64 Se entiende por educación sexual exhaustiva la información adecuada a la edad y médicamente precisa sobre la sexualidad y la salud reproductiva. Abarca la educación y la orientación a las personas adolescentes y jóvenes sobre las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra adolescentes, la conducta sexual responsable, las prácticas responsables de planificación de la familia, la vida familiar, la salud

reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por VIH y la prevención del sida (Programa de Acción, párr. 7.47). La educación sexual exhaustiva debe estar basada en los derechos, ser adecuada a la edad y ser médicamente precisa.

65 UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*, París, UNESCO, 2009, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>; véase también UNFPA, *Comprehensive Sexuality Education: advancing human rights, gender equality and improved sexual and reproductive health*, UNFPA, 2010.

66 UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*, 2009, prólogo.

67 UNESCO, *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*, 2009, prólogo.

68 Amnistía Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010), p. 30.

69 Comisión de Población y Desarrollo, resolución sobre adolescentes y jóvenes, 45 período de sesiones, abril de 2012, párr. 26.

70 Véanse, por ejemplo, *Naz Foundation v. Government of National Capital Territory of Delhi*, 16 Delhi Law Times 277, Tribunal Superior de Delhi, 2009; Comisión de la Unión Africana, *Plan de Acción de Maputo sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, 2006, y Comisión de Población y Desarrollo, resolución sobre adolescentes y jóvenes, 45 período de sesiones, abril de 2012.

71 Véase por ejemplo, *Mujeres por los Derechos Humanos de las Mujeres*, *Analysis of 56th*

- Session of the UN Commission on Status of Women*, Nueva York, 2012.
- 72** Amnistía Internacional, *Left without a choice: Barriers to reproductive health in Indonesia* (Índice: ASA 21/013/2010), p. 34.
- 73** Amnistía Internacional, *Giving life, risking death: Maternal mortality in Burkina Faso* (Índice: AFR 60/001/2009), p. 33.
- 74** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 7.35.
- 75** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, párr. 7.2.
- 76** Pinar Ilkcaracan y Susie Jolly, *Gender and Sexuality: Overview Report*, IDS, 2007, p. 15.
- 77** Rosalind Petchesky, *Global Prescription: Gendering Health and Human Rights*, Zed Books, 2003, p. 38.
- 78** Rosalind Petchesky, *Global Prescription*, 2003, p. 38.
- 79** Mujeres por los Derechos Humanos de las Mujeres, *Analysis of 56th Session of the UN Commission on Status of Women*, Nueva York, 2012; IWHC/DAWN/AI/RESURJ, *Analysis of the 45th Session of the UN Commission on Population and Development*, Nueva York, 2012.
- 80** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los 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, 2012, párr. 56.
- 81** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los 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, 2012, párr. 56.
- 82** Amnistía Internacional, *Stonewalled: Police abuse and misconduct against lesbian, gay, bisexual and transgender people in the USA* (Índice: AMR 51/122/2005).
- 83** <http://www.amnesty.org/es/library/asset/ACT77/005/2010/es/00ee4a5c-f796-4154-bcc9-04c3b6ae4824/act770052010es.pdf>
- 84** Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los 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, 2012, párr. 56.
- 85** División de Población de las Naciones Unidas, Programa de Acción, 1994, principio 4.
- 86** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 17, HRI/GEN/1/Rev.9/(Vol I), 2008.
- 87** CEDAW, Recomendación general N° 23: vida política y pública, 16 periodo de sesiones, 1997, párr. 24.
- 88** CEDAW, Recomendación general N° 23, párr. 25.
- 89** Helen Potts, *Participation and the right to the highest attainable standard of health*, University of Essex, Human Rights Centre, 2008.
- 90** Artículo 2.3 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); artículo 13 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; artículo 6 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; artículo 8 de la 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 el Programa de Acción de Viena; artículos 13, 160-162 y 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 sobre los Defensores de los Derechos Humanos; artículo 13 del Convenio Europeo de Derechos Humanos; artículos 7.1.a y 25 de Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; artículo 7.1.a de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y artículo 9 de la Carta Árabe de Derechos Humanos.

91 Artículo 2 del PIDCP; artículo 2 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; artículo 2 de la CEDAW; artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño; artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y artículo 1 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Véanse Observación general N° 31, La índole de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto, 26 de mayo de 2004, CCPR/C/21/Re v.1/Add.13, párr. 16; Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Loayza Tamayo, reparaciones y costas, sentencia de 27 de noviembre de 1998, serie C No. 42, párr. 164. y caso Suárez Rosero, reparaciones y costas, sentencia de 20 de

enero de 1999, serie C No 44, párrs. 97-99; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, causa *X and Y v the Netherlands*, sentencia de 26 de marzo de 1985, y Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, caso *The Social and Economic Rights Action Center and the Center for Economic and Social Rights v Nigeria*, comunicación 155/96 (30 periodo ordinario de sesiones, octubre de 2001), párrs. 44-48.

92 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párr. 59.

93 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párr. 59.

94 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 de la Asamblea General, de 16 de diciembre de 2005, párr. 18.

95 CEDAW, Recomendación general No. 25, A/59/38, parte I; CEDAW/C/2004/I/WP.1/Rev.1.

96 Amnistía Internacional, *Deficiencias fatales. Las barreras a la salud materna en Perú* (Índice: AMR 46/008/2009).

HACER REALIDAD LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

En 1994, los gobiernos del mundo aprobaron un histórico Programa de Acción sobre población y desarrollo. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, Egipto, reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos y declaró que los principios de igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres eran esenciales para las estrategias efectivas sobre población y desarrollo.

Desde entonces se han tomado algunas medidas importantes para cumplir los compromisos que se contrajeron. Sin embargo, ahora que va a realizarse la revisión de los 20 años transcurridos, es triste ver que los avances han sido desiguales y lentos y que, en relación en concreto con la salud sexual y reproductiva, se han producido de manera irregular, en el mejor de los casos.

Basado en investigaciones de Amnistía Internacional, este documento informativo pone de relieve la necesidad de garantizar que las normas de derechos humanos constituyen la columna vertebral de la revisión y de los planes de ejecución futura. El documento concluye con una serie de recomendaciones para poner fin a la exclusión, aumentar la participación y la rendición de cuentas y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en tanto que derechos humanos. El respeto de los derechos sexuales y reproductivos es fundamental para la dignidad humana y para el disfrute del bienestar físico, emocional, mental y social. Amnistía Internacional pide a los gobiernos que reafirmen su compromiso de respetar, proteger y hacer efectivos estos derechos humanos.

Índice: ACT 35/006/2012
Junio de 2012

AMNISTÍA
INTERNACIONAL

