

ABRIENDO ESPACIOS

Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos



La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
base para los Objetivos de Desarrollo del Milenio

ABRIENDO ESPACIOS

Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos

ABRIENDO ESPACIOS

Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos

Editora: Ylva Bergman

Consejo editorial: Julia Schalk, Silvia Sjö Dahl, Ann Svensén

Traducción al español: Isabel Vericat

Revisión: Mónica Roa

Portada: Gunnar Falk

Diseño: Thomas Östlund Produktion AB

De la edición en español: Pablo Rulfo

Impresión: Artes Gráficas Panorama, México

Reconocimientos: Financiamiento del Ministerio Sueco de Asuntos Exteriores

Agradecimientos: al Ex-embajador de Suecia Lars-Olof Edström por sus importantes consejos en el transcurso de este trabajo

Estocolmo, enero, 2005

La Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU)

La Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) es una organización no gubernamental, independiente en términos políticos y religiosos, que promueve un acercamiento sin prejuicios, tolerante y abierto a la sexualidad y la pareja. La RFSU consta de expertos, organizaciones miembros, sociedades locales y miembros privados.

La asociación dirige también una clínica que ofrece servicios de salud reproductiva. La RFSU es miembro de la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

RFSU

Apartado Aéreo 4331

SE – 102 67 Estocolmo

Tel.: +46 8 692 07 00

Fax: +46 8 653 08 23

Índice

A diez años de El Cairo – la lucha continúa	4
Prefacio de Katarina Lindahl	
CIPD – un nuevo enfoque de los temas de población	6
Metas importantes en el Programa de Acción (PA) de la CIPD	9
Reservas expresadas en la CIPD	17
La oposición – ¿quiénes son?	20
Términos polémicos	22
Argumentos políticos	37
Suecia y la CIPD	46
La Unión Europea (UE) y la CIPD	48
¿Cuáles son las convenciones y declaraciones que importan?	50
Fuentes	67

A diez años de El Cairo – la lucha continúa

HACE DIEZ AÑOS que Naciones Unidas (NU) celebró su innovadora Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo. Las necesidades y los derechos de las mujeres y los jóvenes fueron traídos al debate. Quedó claro que NU deseaba abandonar el enfoque jerárquico que muchos gobiernos habían adoptado previamente y basar las discusiones en las condiciones del individuo.

Para mí fue una experiencia estimulante seguir el proceso desde sus inicios mucho antes de la reunión hasta las negociaciones nocturnas en El Cairo. Era la primera vez que participaba en una reunión preparatoria de NU y estaba bastante confundida. Tuve dificultades para entender qué estaba pasando ¡y dónde! Las decisiones se redactaban en largas discusiones de pasillo y en reuniones que se prolongaban interminablemente. Estaba acostumbrada al sistema de las ONG suecas y me resultaba difícil entender por qué matar el tiempo dando tantas vueltas a temas importantes en discusiones interminables. “¿No podemos votar y olvidarnos de quienes no están de acuerdo?”, pregunté sentenciosamente al dirigente de la delegación sueca. Él me ex-

plicó pacientemente que el punto era conseguir el mayor acuerdo posible y hacer que los gobiernos *trabajaran por el cambio*, no simplemente ganar una votación.

Pero había una razón para el largo y prolongado proceso. Para empezar, había desacuerdo sobre más del 60 por ciento de todos los textos. Pero al usar todas las herramientas de negociación de NU, el resultado fue un documento con pocas reservas. Los textos se presentaron verbalmente –y no en papel– a través de grupos informales, de manera que nadie sintiera que se estaba comprometiendo a algo antes de que todo estuviera listo.

Las NU tienen su propio lenguaje. Palabras conocidas tienen un significado diferente. El lenguaje está lleno de códigos y referencias a lo que se ha dicho previamente y a quién lo ha definido. Todo esto era difícil de entender, pero resultaba útil porque permitía que los países se pusieran de acuerdo sobre determinados términos que podían ser interpretados de maneras diferentes. La lucha por el derecho de preferencia en la interpretación se dio con posterioridad y todavía continúa.

Hoy, diez años después, hay componentes vitales del acuerdo de El Cairo que están siendo atacados. Sin embargo, muchos gobiernos permanecen inamovibles en su voluntad de implementar estos compromisos. Esto fue obvio cuando los países asiáticos se reunieron para conmemorar el décimo aniversario de El Cairo en 2002. Frente a una fuerte oposición, los acuerdos fueron defendidos enérgicamente.

El Cairo también fue una conferencia en la que las ONG acrecentaron su importancia. Los temas de educación sexual, centros de orientación para jóvenes y aborto nunca hubieran llegado a estar tan en primer plano si las ONG no hubieran participado. A través del debate y el cabildeo en cada país durante el proceso previo a El Cairo y durante la reunión misma, pudimos influir en el resultado final.

El Cairo nos dio las herramientas para combatir el VIH; estableció el derecho a una buena salud sexual

y al parto seguro; y fortaleció los derechos de las mujeres y los jóvenes, aunque la atención prestada al papel del hombre fue insuficiente. Sin embargo, Cairo tocó temas sensibles, destacando con frecuencia la voluntad de algunos de controlar la vida y los valores de otros. Es por esto que hemos producido este material: para reunir conocimientos y ofrecer interpretaciones de palabras y de hechos que acentúan la salud sexual y reproductiva como un derecho humano. Este material lo pueden utilizar funcionarios gubernamentales y ONG como una herramienta en la lucha para reforzar aún más nuestra posición sobre la CIPD en contra de las fuerzas conservadoras que prevalecen en la actualidad.

Katarina Lindahl

Secretaria General

Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU)

CIPD – un nuevo enfoque de los temas de población

En este capítulo se analizan los importantes cambios en el enfoque de las cuestiones de población que surgieron a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en El Cairo.

LA CONFERENCIA INTERNACIONAL sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo, Egipto, en 1994 cambió de manera fundamental el modo que tiene el mundo de contemplar las cuestiones de población. Estos temas se habían abordado previamente con objetivos demográficos en mente. El empleo de términos como “explosión de la población” y “sobrepoblación” tuvo por resultado que algunos países quisieran reducir sus tasas de nacimientos.

Pero en la carrera hacia El Cairo, el momento era el propicio para un nuevo enfoque. En los años ochenta, mujeres de todo el mundo empezaron a canalizar sus demandas a través de ONG y redes políticas. A la vez, los expertos empezaron a poner en duda la eficacia de apearse a objetivos demográficos estrictos. Había países que trataban de reducir la tasa de nacimientos mediante el castigo o la recompensa a las familias que

no lograban o sí conseguían alcanzar cuotas, acciones que eran contrarias a los derechos y necesidades del individuo. En consecuencia, expertos y representantes de organizaciones populares presentaron una solicitud previa a la CIPD. El enfoque tenía que cambiar. El objetivo pasó de centrarse primordialmente en la reducción de la fertilidad, a los derechos sexuales y reproductivos del individuo. Esto significaba que parejas e individuos deberían ser capaces de decidir el número e intervalo entre sus hijos y tener acceso a información y servicios de salud reproductiva. La igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres y los derechos de los adolescentes traerían consigo el cambio demográfico. La CIPD se convirtió en la primera conferencia internacional que reconoció explícitamente los derechos reproductivos como derechos humanos.

El trabajo preparatorio previo a El Cairo confirmó este enfoque en la mayor parte del mundo. Además, se llegó a un consenso sobre el hecho de que la amenaza no estaba en el crecimiento de la población sino en el consumo excesivo y el mal manejo de recursos sólo accesibles a los ricos. Empoderar a la gente para que rija su propia vida aliviaría la pobreza y el sufrimiento.

El hecho de que 179 países estuvieran de acuerdo sobre este enfoque partió la historia en dos. Incluso el Vaticano ratificó el documento, aunque expresó reservas sustanciales al Capítulo VII y partes del Capítulo VIII, que abordan la salud y los derechos reproductivos. Gracias a la mayor participación de las ONG, la CIPD fue la conferencia internacional más grande sobre población y desarrollo.

¿Qué tan lejos hemos llegado?

En El Cairo se aprobó un gran número de objetivos como parte integrante del PA de la CIPD. Los países se comprometieron a partir de 1994 y por los 20 años siguientes, a reducir la mortalidad materna, combatir el VIH/SIDA y mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, entre otras cosas.

El año 2004 marca la mitad del camino. La agenda de El Cairo se está poniendo en práctica poco a poco. Más de 90 por ciento de los países han introducido políticas o programas, o han aprobado legislación para alcanzar estos objetivos.¹ Por ejemplo, aunque Irán permanece dentro de las leyes del Islam, las autoridades proporcionan información a los jóvenes y se insta a los hombres a que se hagan responsables de su sexualidad.² Uganda ha logrado reducir el número de nuevas infecciones de VIH/SIDA. Sudáfrica ha cambiado finalmente su enfoque y el gobierno va a empezar a proveer medicamentos antiretrovirales a personas que viven con VIH/SIDA. En todo el mundo la gente ahora sabe más sobre cómo protegerse contra infecciones transmisibles sexualmente. Además, el mundo en desarrollo ha aumentado el uso de anticonceptivos de 10 por ciento a mitad de los años sesenta a casi 60 por ciento en la primera década del 2000.³

Los objetivos de la CIPD se centran claramente en las necesidades y los derechos del individuo. Tener el control de su sexualidad y fertilidad permite a las personas elegir cómo vivir su vida. Esta libertad de elección ha de aplicarse también a mujeres y adolescentes. Sus vidas ya no han de estar regidas por hombres.

1 Véase *Report of the Secretary-General on the review and appraisal of the progress made in achieving the goals and objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Commission on Population and Development, 37ava sesión, 31, Doc. N.U. E/CN.9/2004/3 (2004).

2 Greene Margaret E., Zohra Rasekh et al. *In this Generation, Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World*, Population Action International, 2002.

3 FNUAP. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*, 2002.

Pero estos objetivos distan mucho de haberse cumplido a cabalidad. En muchas ocasiones la esterilización voluntaria, la anticoncepción de emergencia y el aborto seguro están prohibidos o son de difícil acceso. Hay mujeres que mueren porque se les niega la información y el acceso a formas de controlar su reproducción. Más de 350 millones de mujeres no tienen

acceso en la actualidad a anticonceptivos seguros y efectivos.⁴ Hay fuerzas poderosas que niegan a las mujeres y a los jóvenes el derecho a su sexualidad. Quienes promueven los derechos de las mujeres y los jóvenes se sienten frustrados con frecuencia cuando se dejan de lado los derechos reproductivos para dar cabida a tradiciones religiosas y culturales.



4 *Ibid.*

Metas importantes en el Programa de Acción (PA) de la CIPD

El Programa de Acción (PA) que se aprobó en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994 estipula una serie de objetivos y acciones relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Este capítulo destaca las metas más importantes y polémicas de acuerdo con la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU), seguidas de una breve explicación.

EL PA DE LA CIPD fue el primer documento internacional en afirmar explícitamente el concepto de derechos reproductivos. Provee un plan de acción de 20 años acordado por 179 países. En julio de 1999 hubo una revisión de los cinco primeros años. El documento que resultó, *Acciones clave para la ulterior implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+5)*,¹ reafirmó los principios acordados en 1994. Algunos objetivos fueron incluso más lejos y se agregaron metas específicas sobre prevención de VIH/SIDA. Justo antes del nuevo milenio, miembros de NU reafirmaron su compromiso para trabajar por el desarro-

llo sostenible y la eliminación de la pobreza. Estas metas fueron incluidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la mayoría de los cuales han de lograrse para el año 2015. Ninguno de estos ODM menciona explícitamente la salud ni los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), pero es indiscutible que los SDSR son fundamentales para lograr metas como la igualdad de género y la reducción de la mortalidad materna, del VIH/SIDA y de la pobreza. La lista que sigue a continuación, contiene una selección de las metas más importantes del PA de acuerdo con la interpretación de la RFSU. Después de cada título se incluyen los párrafos de objetivos y acciones del

1 Acciones Clave para la Ulterior Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, N.U. GAOR, 21ava sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, 30 de junio-2 de julio, 1999, Doc. N.U. A/S-21/5/Add. I (1999) [en adelante CIPD+5 Documento de Acciones Clave].

PA pertinentes, junto con los párrafos relevantes de la CIPD+5 y de los ODM, y también disposiciones de otros documentos internacionales. Los nombres completos de los documentos internacionales se pueden encontrar en el capítulo “¿Cuáles son las convenciones y declaraciones que importan?”.

Aquí nos referimos colectivamente a las fuerzas conservadoras que están contra algunos de los objetivos del PA como *la oposición* (véase el capítulo *La oposición – ¿quiénes son?*).

Los derechos de los adolescentes

“Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.”

Parágrafo 7.45 del PA

Este artículo reconoce a los adolescentes el derecho a la educación sexual, la anticoncepción y el aborto. Reconocer los derechos de los jóvenes a la información, educación y servicios para salvaguardar su salud sexual y reproductiva es innovador. Sin embargo, este párrafo contiene concesiones a la oposición porque resalta el respeto por los valores culturales y las creencias religiosas, y restringe los cambios legales a los que sean necesarios (véase el capítulo *Términos polémicos*). El PA también restringe los derechos de los adolescentes cuando reconoce los derechos de los padres, sus obligaciones y responsabilidades. No obstante, el párrafo sigue estipulando la prestación de servicios de salud reproductiva a jóvenes sin el consentimiento de los padres, preservando así su derecho a la intimidad y la confidencialidad. El personal de las instituciones de salud debe tratar a los jóvenes con respeto y ha de ser capaz de proporcionarles información que los empodere para protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados, por ejemplo. La tasa de embarazo adolescente es más baja en los países donde los jóvenes tienen acceso a educación sexual y servicios de salud reproductiva que en los países donde no lo tienen. Un estudio del Allan Guttmacher Institute compara el embarazo adolescente en Francia, Suecia, el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. La tasa de embarazo adolescente en el grupo de edad 15-19 en Francia y Suecia es de 20 y 25 mujeres por cada 1,000 respectivamente. Esta cifra es dos veces más alta en el Reino Unido y cuatro veces más alta en Estados Unidos (84 por cada 1,000). Estas discrepancias no se pueden explicar sólo por los diferentes niveles de actividad sexual, ya que los países en cuestión muestran aproximadamente las mismas cifras para ese indicador. La explicación es más bien que las jóvenes en

Estados Unidos usan menos anticonceptivos que en los otros países.² Los jóvenes necesitan acceso a información y asesoramiento para poder usar anticonceptivos correctamente y así reducir los embarazos adolescentes.

PA de la CIPD: 6.11, 6.15, 7:41-48

ODM: 3, 4, 5 y 6

Acceso a información y servicios de salud reproductiva

“Los objetivos son... asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios.”

Parágrafo 7.5 (a) del PA

“Todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.”

Parágrafo 7.6 del PA

“Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial

atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población... deberían, en todo caso para el año 2015, tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos.”

Parágrafo 7.16 del PA

Acceso a *servicios* significa la gama completa de servicios de atención a la salud reproductiva, incluidos los cuidados relacionados con el embarazo, la prevención y el tratamiento de ITS, y el acceso a anticonceptivos y al aborto seguro allí donde sea legal.³ Los gobiernos deben garantizar que las mujeres estén incluidas en el diseño y la implementación de programas de salud sexual y reproductiva. También es importante que los servicios se dirijan a hombres, adolescentes, migrantes y víctimas de violencia sexual y física.⁴

Lo anterior es particularmente importante para las jóvenes, que corren el riesgo de contraer enfermedades y tener embarazos no deseados porque no saben cómo protegerse a sí mismas. Las personas que tienen acceso a anticonceptivos, servicios de salud reproductiva y una atención a la maternidad de calidad, pueden ejercer control sobre su propia sexualidad, decidir si quieren tener hijos y cuándo, cuántos y con quién, y

2 Darroch Jacqueline E. et al., *Differences in Teenage Pregnancy Rates Among Five Developed Countries : The Roles of Sexual Activity and Contraceptive Use*. The Alan Guttmacher Institute, Family Planning Perspectives, volumen 33, número 6, noviembre/diciembre 2001.

3 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994, 7.6, 7-23(f); 7.31-7.33, 8.8, 8.17, 8.25 Doc. N.U. A/CONF.171/13, (1994) [en adelante *Programa de Acción de la CIPD*].

4 *Ibid.*, 4.8, 4.9, 4.20, 7.7-7.9 y 7.11.

pueden dar a luz en un espacio seguro. Uno de los objetivos estipulados en la CIPD+5 es que para el año 2005, 80 por ciento de todos los partos cuenten con ayuda de personal capacitado. Para 2015, esta cifra debe alcanzar 90 por ciento. La CIPD+5 también estipula que la brecha entre uso de anticonceptivos y la necesidad de planificación familiar se ha de cerrar 50 por ciento para 2005, 75 por ciento para 2010 y 100 por ciento para 2015.

Todo lo anterior es necesario para lograr mejoras significativas y mensurables en la vida de las personas, incluidas las que se establecieron en los ODM.

PA de la CIPD: 7.5, 7.6, 7.14 – 7.26.

ODM: 1, 2, 4, 5 y 6.

Acceso al aborto seguro

“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes 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 más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local

de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.”

Parágrafo 8.25 del PA

Esta fue la primera vez que en un documento internacional de esta categoría se señalaban los abortos inseguros como una de las principales causas de mortalidad materna. Cada año, se realizan 20 millones de abortos inseguros en el mundo, y cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo. En algunos lugares, hasta 50 por ciento de la mortalidad materna es resultado del aborto inseguro.⁵ En total, se calcula que 14 por ciento de toda la mortalidad materna en el mundo se debe al aborto inseguro.⁶ En la CIPD+5, se amplió el texto sobre aborto agregando que cuando el aborto es legal, se debe capacitar al personal de atención a la salud y equiparlo para garantizar que los abortos sean asequibles y se den en condiciones seguras.⁷ A pesar de que a las mujeres les afecta gravemente la falta de acceso al aborto seguro, el tema del aborto es enormemente polémico. En la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing en 1995, países de todo el mundo acordaron que *considerarían* la revisión

5 Ogotu Monica, Peter Odongo, *Midlevel Provider's Role in Abortion Care*, Kenya Country Report, A Paper for the Conference “Expanding Access: Midlevel Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care”, Sudáfrica, 2-6 de diciembre 2001.

6 FNUAP, *Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity*.

7 CIPD+5 Documento de Acciones Clave, *supra* nota 1, 63(iii).

de las leyes que castigan a las mujeres por someterse a abortos ilegales.⁸ Uno de los ODM es reducir dos tercios la mortalidad materna para 2015.

PA de la CIPD: 8.25

CIPD+5: 63(iii)

ODM: 5

CCMM: 106(k)

La responsabilidad de los hombres

“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 y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo.”

Principio 4 del PA

“Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia... Las responsabilidades del hombre en la vida familiar deben incluir la educación de los niños desde la más tierna infancia.”

Párrafo 4.27 del PA

Por primera vez en un contexto internacional importante, el PA estipuló explícitamente que los hombres deben asumir la responsabilidad de su propio comportamiento sexual, su fertilidad, la transmisión de ITS y la

salud y bienestar de su pareja e hijos. Pero la responsabilidad del hombre abarca mucho más. Los esfuerzos que hacen los hombres por controlar la sexualidad de las mujeres mediante actos de violencia doméstica, violación y mutilación genital femenina (MGF), repercuten en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y en su condición de igualdad en el seno de la sociedad. La igualdad de género también forma parte de la responsabilidad de los hombres y es un prerrequisito para cambiar la vida de mujeres y jóvenes. Los hombres jóvenes deben ser población objetivo de educación sexual y de educación sobre equidad de género. Ellos también necesitan tener acceso a información y servicios, incluido el acceso al condón masculino. Es necesario compartir la responsabilidad entre hombres y mujeres para poder alcanzar los ODM (véase el capítulo sobre *Argumentos políticos*).
PA de la CIPD: 4.24-4.27, 4.29, 7.41, 8.22, 8.27
ODM: 4 y 6

Violencia contra las mujeres

“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 y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales...”

Principio 4 del PA

8 Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, China, 4-15 septiembre 1995, 106(k), Doc. N.U. A/CONF.177/20(1995) [en adelante *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción*].

El PA reconoce que la violencia sexual con base en el género y los intentos de controlar la sexualidad de las mujeres repercuten tanto en su salud como en su condición de iguales dentro de la sociedad. Los gobiernos deberían impedir prácticas dañinas como la MGF y también promover el respeto por las mujeres y niñas a través de programas educativos. Las víctimas de abuso y violencia sexual deberán recibir apoyo y poder demandar en juicio a los responsables.⁹ El PA reconoce que las mujeres que son violadas y sometidas a otras formas de violencia sexual tienen un riesgo mayor de quedar infectadas con VIH u otras ITS. Es necesario mejorar la igualdad de género y eliminar la violencia contra las mujeres para lograr su empoderamiento, uno de los ODM.

PA de la CIPD: principio 4, principio 9, 4.1, 4.4(e), 4.5, 4.9, 4.10, 4.21, 4.22, 4.23, 4.27, 7.6, 7.11, 7.34, 7.35, 7.38-7.40
ODM: 3, 4, 5 y 6

Reducir la propagación y los efectos del VIH/SIDA

“La pandemia del SIDA debería controlarse mediante un enfoque multisectorial en que se prestara suficiente atención a sus ramificaciones socioeconómicas, incluida la pesada carga que impone a la infraestructura sanitaria y a los ingresos de los hogares, su efecto negativo sobre la fuerza de trabajo y la productividad, y el aumento del número de niños huérfanos.

Los planes y estrategias nacionales multisectoriales para hacer frente al SIDA deberían integrarse en las estrategias de población y desarrollo.”

Parágrafo 8.30 del PA

Este artículo convoca a todos los países a hacer esfuerzos para detener la propagación del VIH/SIDA proporcionando información, asesoramiento, condones y medicamentos para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. El PA también destaca el hecho de que las mujeres y las niñas son más vulnerables a las ITS, incluido el VIH/SIDA; y acentúa la importancia de satisfacer sus necesidades. También establece el reto que enfrentan los gobiernos para eliminar la discriminación relacionada con el VIH y proteger los derechos humanos de personas que viven con el virus. En la CIDP+5, se insistió aún más en los esfuerzos por combatir el VIH. Se reconoció que la juventud constituye un grupo especialmente vulnerable y que debería tener acceso a información, asesoramiento y anticonceptivos.¹⁰

El PA de la CIPD pide que los condones y medicamentos para la prevención y el tratamiento de las ITS sean más disponibles y asequibles.¹¹ A pesar de la abstinencia promovida en muchos países (véase capítulo sobre *Términos polémicos*), los seres humanos siguen sexualmente activos y necesitan por tanto información y servicios comprensivos sobre cómo protegerse a sí mismos.

9 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 3, 4.1, 4.4, 4.9, 4.13, 4.18, 4.19 y 4.22-4.23; véase también 7.34-7.35 y 7.39-7.40.

10 CIDP+5 Documento de Acciones Clave, *supra* nota 1, 70.

11 CIPD Programa de Acción, *supra* nota 3, 8.35.

La mitad de todas las nuevas infecciones de VIH ocurre en personas entre 15 y 24 años y la mayoría de ellas son niñas.¹² La OMS calcula que aproximadamente 330 millones de ITS nuevas ocurren cada año y alrededor de 111 millones de éstas afectan a personas jóvenes menores de 25 años.¹³ Una de las metas de la CIPD+5 es que para 2005, 90 por ciento de todas las mujeres y hombres jóvenes entre 15 y 24 años de edad tengan acceso a la información, educación y servicios que desarrollen las habilidades vitales necesarias para reducir su vulnerabilidad al VIH (aumentando a 95 por ciento en 2010). La meta es reducir el número de jóvenes infectados de VIH 25 por ciento para el año 2010. Esto coincide con uno de los ODM.

PA de la CIPD: 7.29, 7.31-7.33, 8.28-8.35

ODM: 1, 2, 3, 4 y 6

CIPD+5: 67-72

Una definición integral de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR)

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”

Parágrafo 7.2 del PA

“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.”

Parágrafo 7.3 del PA

Por primera la vez la comunidad internacional acordó definir de manera amplia la salud reproductiva. La definición incluye el importante reconocimiento de que la salud reproductiva no es sólo una cuestión de salud sino que también es una cuestión de derechos humanos que ha sido reconocida en documentos internacionales, incluidos tratados legalmente vinculantes. El PA reconoció el derecho de individuos y parejas a elegir por sí mismos si, cuándo y con qué frecuencia quieren tener hijos. La definición también abarca el derecho de las personas a tener acceso a “servicios de salud reproductiva” (véase también *Términos polémicos*), incluidos métodos de regulación de la fertilidad allí donde éstos no vayan contra la ley. Esta definición fue reafirmada en la CIPD+5, en la que se acordó que la salud reproductiva no se puede medir únicamente en función de cuántas personas usan anticonceptivos. Factores como el VIH/SIDA, las ITS y la mortalidad materna también han de ser tomados en consideración.¹⁴ En la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (CCMM) en 1995, 189 países reafirmaron esta amplia definición de salud reproductiva y ampliaron la

12 FNUAP, *State of the World Population*, 2003.

13 OMS, Boletín, *Young People and Sexually Transmitted Diseases*, 1997.

14 CIPD+5 Documento de Acciones Clave, *supra* nota 1, p. 52.

cuestión del aborto instando a los países a que *consideraran* la revisión de las leyes que castigan a las mujeres por someterse a abortos ilegales.¹⁵

Aunque el PA no reconoce los *derechos sexuales*, los países convinieron en proporcionar condiciones para una vida sexual segura. No obstante, en 1995 en Beijing, la comunidad internacional se las arregló para reconocer la existencia de derechos sexuales sin emplear el término exacto (véase el capítulo sobre *Términos polémicos*). La definición de salud y derechos reproductivos no puede estar completa si excluye los

derechos sexuales. Los derechos sexuales abarcan los derechos de mujeres, jóvenes y personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transgeneristas (LGBT) a tomar decisiones respecto a su propia sexualidad (véase derechos sexuales/orientación sexual en el capítulo sobre *Términos polémicos*).

PA de la CIPD: principio 8, 7.2, 7.3, 7.5-7.9, 7.11, 7.23, 7.30-7.33, 7.36-7.38, 7.45-7.48, 8.8, 8.17, 8.22-8.27

ODM: 1, 2, 5, 6

CIPD+5: 3, 52

CCMM: 95, 106(k)

15 *Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, supra* nota 8, 106(k).

Reservas expresadas en la CIPD

En este capítulo se discuten las reservas expresadas por muchos países sobre ciertos conceptos y artículos del Programa de Acción (PA) de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Bajo cada concepto se encontrará el artículo correspondiente del PA, las razones de las reservas y una lista de los países que las expresan.

EN LA CIPD DE EL CAIRO en 1994, 179 países llegaron a un consenso sobre un PA con la intención de que sirviera de guía para la elaboración de políticas a nivel nacional sobre población y desarrollo para los próximos veinte años. Después de muchas discusiones, una serie de países optaron por expresar reservas con respecto a algunas disposiciones y artículos del PA.

Los países que expresaron reservas eran en general países latinoamericanos de mayoría católica, países musulmanes y el Vaticano.¹ El Vaticano es un Estado por derecho propio y tiene calidad de observador en las NU como la Santa Sede. La mayor parte de las

reservas fueron el resultado de la inconformidad de algunos países con ciertas palabras y frases relacionadas con cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos. Algunos países también tuvieron la sensación de que el lenguaje usado estaba en conflicto con sus leyes internas y por lo tanto no lo podían aceptar. Estos países hicieron referencia a la introducción del capítulo II del PA, que estipula que cada país conserva sus derechos soberanos en la implementación del PA, que ha de llevarse a cabo con pleno respeto por las diferentes religiones y culturas.

La lista a continuación indica los países que expresaron reservas sobre cuestiones relacionadas con

1 Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre 1994, publicación de Naciones Unidas Ventas n. 95 X111.18A/CONF.171/13, (1994).

salud sexual y reproductiva en El Cairo.² Los países que expresaron reservas en la CIPD en 1994 fueron: Afganistán, Argentina, Brunei Darussalam, Djibouti, Ecuador, Egipto, El Salvador, Emiratos Árabes Unidos, Guatemala, Honduras, Irán, Jordania, Libia, Malta, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Sede y Yemen.

Cambio de posición de los países latinoamericanos y EU

En los diez años siguientes a la aprobación del PA de la CIPD, muchos países han cambiado de posición sobre estos temas. Por ejemplo, muchos de los países latinoamericanos que expresaron reservas suscribieron un lenguaje mucho más progresista sobre cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos en Nueva York, durante la revisión de los cinco años de implementación del PA de la CIPD en 1999. Estos países continúan tomando posiciones progresistas sobre estos temas. Por el contrario, Estados Unidos –que en El Cairo fue una fuerte voz progresista– se ha unido a los estados más conservadores en las conferencias internacionales a partir de 2001. Desde que los republicanos y George W. Bush llegaron al poder (2001), las administraciones estadounidenses han tratado de dar marcha atrás en las conferencias internacionales y de encontrar aliados en otros países conservadores. A pesar de los grandes esfuerzos por poner un alto a la reafirmación del PA, esos intentos no habían tenido éxito a fines de 2004.

Un análisis más a fondo de la controversia en torno a algunos términos se puede encontrar en el capítulo sobre “*Términos polémicos*”.

Aborto

Varios países señalaron que no entendían que ciertos términos, como “regulación de la fertilidad”, “salud reproductiva”, “derechos reproductivos” o “planificación familiar”, incluyeran el aborto.

Planificación familiar

La Santa Sede objetó el término “planificación familiar”, donde se refiere a métodos modernos de anticoncepción o aborto, indicando que los únicos métodos de planificación familiar aceptables para ellos son los métodos naturales. Otros países se unieron a la Santa Sede haciendo la observación de que ellos no consideraban que el término “planificación familiar” incluyera el aborto.

Igualdad de género

Un par de países expresaron reservas sobre el lenguaje usado en el tema “derechos de herencia”, observando que la implementación del PA en este sentido sería incongruente con la ley islámica *sharía*.

Individuos

Varios estados introdujeron reservas sobre el uso del término “individuos” en relación con la toma de decisiones reproductivas, cuando esto pudiera incluir a personas que no están casadas.

■
2 *Ibid.*

Salud reproductiva y derechos reproductivos

Varios países expresaron reservas sobre esos términos observando que en su interpretación, ellos no incluían el aborto. Estos hicieron constar que el concepto de derechos reproductivos va en contra de la *sharía* islámica.

Derecho a la vida

Los estados que presentaron reservas al respecto interpretan que el *derecho a la vida* inicia en el momento de la concepción.

Conducta sexual

Se considera que este concepto no está de acuerdo con la ley islámica de la *sharía*.

Salud sexual

Como la salud reproductiva, los estados que expresaron reservas a este término no consideraron que incluyera el aborto.

Derechos sexuales

Algunos estados expresaron reservas sobre una interpretación de este término que incluyera el aborto, aunque el término nunca se usó en el PA de la CIPD.

Educación sexual/sexualidad

Algunos países consideraron que la educación sexual no se debía impartir fuera de la familia.

Maternidad segura

El término “maternidad segura” fue rechazado sobre la base de que su interpretación podría incluir el aborto; se hizo una reserva general sobre el término.

Otras uniones, tipos de familia, diversas formas de familia, parejas

Se tuvo la sensación de que estos conceptos transgredían el núcleo de la familia o incluían a personas del mismo sexo.

La oposición - ¿quiénes son?

En este capítulo se describe brevemente a los opositores más fieros de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDRS) en las negociaciones internacionales.

Oposición en las Naciones Unidas (NU)

“Haré todo lo que esté en mi poder para restringir los abortos”, dijo George Bush en *The Dallas Morning News* en 1994, sentando con ello su posición sobre el aborto en términos nada ambiguos.

Con el Presidente Clinton (1993-2001), Estados Unidos contribuyó a que los derechos sexuales y reproductivos avanzaran. Pero hoy en día, con el Presidente Bush (2001-), prevalece una actitud diferente. Estados Unidos es uno de los más fieros opositores de los derechos reproductivos en su país, en conferencias internacionales y en sus políticas de ayuda exterior. Por ejemplo, agrega condiciones al dinero que asigna para ayuda exterior, incluidos programas de prevención de VIH/SIDA. Una tercera parte del financiamiento para la prevención del VIH/SIDA debe canalizarse para financiar proyectos que fomenten la abstinencia

sexual. El dinero de la ayuda de EU no puede ir a organizaciones que provean asesoramiento o servicios de aborto, ni siquiera en países donde el aborto es legal. Las organizaciones tampoco están autorizadas a promover el derecho de las mujeres a tener abortos seguros y legales. Esta regla es conocida como la *ley mordaza global* puesto que impide que las organizaciones no gubernamentales (ONG) promuevan y defiendan el aborto. Es importante notar que la *ley mordaza* viola la libertad de expresión que está garantizada por la Constitución de los EU. El Presidente Bush también ha designado a reconocidos antiabortistas en posiciones clave de su gobierno. En varias conferencias internacionales recientes, Estados Unidos ha tratado de reformar documentos y disposiciones que en 1994 obtuvieron consenso mundial en El Cairo. Sin embargo, sus intentos han sido relativamente un fracaso.

El Vaticano también lleva a cabo un intenso cabildeo contra los derechos reproductivos. El Vaticano tiene vínculos diplomáticos con varios estados y tiene estatus de observador en las NU. El Vaticano cabildea en conferencias de NU para tratar de convencer a los países de que expresen reservas sobre disposiciones en SDSR. El Papa actual, Juan Pablo II, se ha opuesto claramente al uso del condón. Esto tiene efectos devastadores en la protección contra el VIH/SIDA y otras ITS. Además el Vaticano no acepta la ampliación del concepto de familia y tampoco está de acuerdo en que los jóvenes tengan acceso a educación sexual o a abortos seguros (véase también *Términos polémicos*).

Países católicos de América Latina y países musulmanes también han sido fuertes opositores de la SDSR. Estos países piensan que las disposiciones son incompatibles con sus leyes religiosas o sus normas culturales y no aceptan que las mujeres y los jóvenes tengan este tipo de derechos (véase también *Reservas expresadas en la CIPD*).

Oposición en la Unión Europea (UE)

Ocho países católicos apoyados por unas cuantas iglesias protestantes y por el Vaticano también trataron infructuosamente de que se insertara una cláusula

especial en el proyecto de la Constitución de la UE en la que se declarara que la UE se basa en valores cristianos fundamentales. No obstante, se ha mantenido el artículo 51 del proyecto de Constitución que llama a la UE a buscar un diálogo regular con las iglesias como parte de sus procesos de toma de decisiones. Esto llevará probablemente a que el Vaticano tenga más influencia sobre los derechos individuales.

Hay varios grupos fuertes de cabildeo en Europa, que suelen estar apoyados por ONG en Estados Unidos, contra los derechos sexuales y reproductivos, y que suelen proclamar que la familia tradicional, formada por marido y esposa, es un ideal inimpugnable. Estos grupos consisten en organizaciones que luchan por cambiar reglamentaciones y leyes en los niveles local, nacional, regional e internacional. Incluyen a varias iglesias o partidos políticos, ONG u otras redes. Sus esfuerzos pueden consistir en tener líneas de ayuda en las que se convence a las mujeres que sigan con su embarazo, escribir cartas a periódicos locales, participar en los medios de comunicación o incluir temas en la agenda del parlamento. También hay iglesias en países en desarrollo que promueven una visión negativa de la sexualidad y los derechos reproductivos en el transcurso de proyectos de ayuda al desarrollo.

Términos polémicos

En este capítulo se explican algunos conceptos y palabras que han sido tema de controversia en negociaciones internacionales. Es importante salvaguardar ciertos conceptos para no perder terreno en nuestros intentos de promover y proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Otros conceptos se incluyen porque es importante evitarlos.

UNA ESTRATEGIA IMPORTANTE para mejorar los derechos de las personas en el mundo es negociando el lenguaje en acuerdos internacionales de conferencias de NU. Los documentos sobre los que la comunidad internacional llega a un acuerdo en esas reuniones se usan para orientar la elaboración de políticas a nivel nacional. Estos documentos son por tanto un prerrequisito para fortalecer los derechos de grupos vulnerables. Pero el significado de las palabras suele estar cargado de diferentes significados e interpretaciones. Es importante por ello conocer los términos que despiertan controversia.

En varias ocasiones, fuerzas conservadoras han tratado de cambiar cierta terminología y hacer retroceder acuerdos formulados en la CIPD celebrada en

El Cairo en 1994. Es importante preservar esos conceptos a fin de no perder terreno en nuestros intentos de mejorar la protección de los derechos humanos.

A continuación hay una lista de palabras y conceptos cuyos significados han sido interpretados de manera diferente por fuerzas progresistas y conservadoras. Las fuerzas que se oponen a los derechos reproductivos se mencionan colectivamente en este contexto como “la oposición” (véase también *La oposición – ¿quiénes son?*).

Algunos de los términos a continuación se incluyeron o fueron discutidos durante las negociaciones para el PA de la CIPD. Siempre que es necesario, se da la referencia de los artículos pertinentes. También se enumeran algunos términos nuevos.

TÉRMINOS POLÉMICOS EN LA CIPD

Aborto

En los documentos de consenso de todas las conferencias internacionales desde El Cairo, la oposición ha logrado bloquear el lenguaje sobre el derecho de las mujeres a tener acceso a abortos seguros. El aborto se analiza sobre todo en el contexto de reducir el impacto de abortos inseguros en la salud de las mujeres más que como una cuestión de derechos. Hay un fuerte consenso internacional sobre que el aborto no se debe usar como un método de planificación familiar. Se han de hacer esfuerzos en cambio para reducir la necesidad que tienen las mujeres de recurrir al aborto aumentando su acceso a los anti-conceptivos. El PA también establece que cuando el aborto es legal, debe ser seguro. Esto se amplió durante la CIPD+5, cuando los gobiernos llegaron al acuerdo de que “los sistemas de salud deben capacitar y equipar a proveedores de servicios de salud” para garantizar que los abortos legales sean seguros y accesibles.

El derecho al aborto es uno de los temas más polémicos para la oposición. Desde 2001, el gobierno de Bush ha sido uno de sus opositores más clamorosos a nivel internacional. Poco después de asumir la presidencia, Bush emitió un decreto conocido como *la ley mordaza global*, que prohíbe a las organizaciones que no son de EU y que reciben fondos para acti-

vidades de planificación familiar de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) utilizar su propio dinero para prestar servicios de aborto, asesoramiento o remisiones. Tampoco pueden promover la liberalización de leyes ni de políticas del aborto (véase también *Aborto inseguro*).

PA de la CIPD: 8.25, 7.6

CIPD+5: 63

Beijing: 106(k)

Abstinencia

En El Cairo, algunos países musulmanes y el Vaticano se opusieron a términos como “conducta sexual responsable”, “actividad sexual” y otras palabras que pudieran implicar la realidad del sexo extramarital.¹ Esos estados tomaron la posición de que la actividad sexual sólo es aceptable dentro de las fronteras del matrimonio y que lo que hay que ejercer en las demás ocasiones es la abstinencia.

Hace menos tiempo, la oposición ha reclamado que la abstinencia es la mejor y única manera de prevenir ITS incluido el VIH/SIDA, y embarazos no deseados. Suelen referirse equivocadamente al modelo ABC implementado en África, destacando la experiencia de Uganda. Pero la abstinencia es sólo uno de los tres componentes que han reducido la propagación del VIH/SIDA. El modelo ABC representa los términos en inglés abstinencia (A– abstinence), ser fiel (B– be faithful) y condón (C– condom). En reali-

1 *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – Santa Sede, Libyan Arab Jamahiriya y Yemen, Dc. N.U. A/CONF:171/13(1994).

dad, el éxito de Uganda proviene de un fuerte compromiso gubernamental con la prevención de la difusión del VIH. Esto se refleja en la inversión de considerables recursos en programas de prevención y tratamiento que acentúan de igual manera los tres componentes para fomentar una conducta sexual segura y proporcionar información clara sobre el condón. Las campañas “ABC” en Uganda han llevado a un aumento del uso del condón así como a que las personas tengan menos parejas sexuales. El número de adultos que sufren VIH cayó de 15 por ciento en 1991 a cinco por ciento en 2001²

A partir de 2001, la administración Bush ha promovido “sólo la abstinencia hasta el matrimonio” en programas de educación para adolescentes. Este es el enfoque en el que se ha insistido tanto al interior de EU como en conferencias internacionales.

Sólo la abstinencia no es la respuesta. Es un insulto a todas las mujeres y jóvenes que no tienen libertad de elección. Por ejemplo, en Sudáfrica una de cada veinte mujeres es violada cada año.^{3 4} Género, edad, clase, pobreza y violencia son factores importantes que restringen la libertad de elección. Las mujeres jóvenes están más expuestas a riesgos, muchas veces porque los hombres adultos tienen sexo con ellas. Las mujeres, en especial las jóvenes, son más

susceptibles al VIH/SIDA, no sólo fisiológicamente, sino también porque carecen de nivel social para escoger por sí mismas cuándo, dónde y cómo tener relaciones sexuales. Sesenta y dos por ciento de todos los jóvenes que vivían con VIH/SIDA en 2001 eran mujeres jóvenes.⁵

El consenso al que se llegó en la CIPD reconoció que la promoción de la “abstinencia voluntaria” debería ser sólo un aspecto de los programas integrales de educación en salud sexual y reproductiva para adolescentes.⁶ Si se ha de incluir la abstinencia en acuerdos internacionales, en la misma frase debería mencionarse la educación sexual o programas integrales (refiriéndose a educación e información sobre la sexualidad).

PA de la CIPD: 8.35

CIPD+5: 67, 68

Beijing: 108(k)

Atención versus servicios

La Santa Sede (el Vaticano), algunos estados musulmanes y algunos latinoamericanos (y EU desde 2001) se han opuesto al empleo del término *servicios* de salud reproductiva argumentando que podría incluir el aborto.⁷ Ellos promueven en cambio el empleo de la palabra *atención*, refiriéndose al acceso a tratamiento

2 AGI, *AB y C en Uganda*, 2003.

3 Jackson Helen, *AIDS Africa Continent in Crisis*, 2002.

4 Cálculos procedentes de casos reportados y estadísticas ocultas aproximadas.

5 FNUAP, *State of the World Population*, 2203.

6 *Programa de Acción de la CIPD*, *supra* nota 1, 7.44.

7 CCMM, *Beijing Plus Five: IWHC's Analysis of Negotiations and Final "Further Actions"* Documento 5, 2000.

médico. No obstante, el PA determina que la atención a la salud reproductiva incluye también el aborto allí donde éste es legal, como se especifica en el párrafo 8.25,⁸ así como una gama completa de información y servicios.

Aunque las definiciones de *atención y servicios* son similares, el impacto político es totalmente diferente. Es por lo tanto muy importante usar el término *servicios*. Diez años de negociación política han definido *servicios* como el término más progresista. Hoy es de comprensión común que *servicios* representa el concepto más amplio que incluye el derecho a la información, anticonceptivos y asesoramiento sobre sexualidad y fertilidad. También incluye otros métodos de regulación de la fertilidad, como el aborto allí donde es legal.⁹ El concepto *servicios* hace hincapié por lo tanto, en tener control sobre la propia sexualidad y fertilidad y no sólo en recibir atención médica cuando una persona está enferma o desangrándose.

Si no es posible llegar a un consenso sobre el uso del término *servicios* en vez de *atención*, es importante que la definición de atención se refiera de nuevo al contenido del PA, párrafo 7.6.

PA de la CIPD: 7.2, 7.6

CIPD+5: 52(e), 73(a)

Beijing: 94, 95, 108(k)

Objeción de conciencia

En la CIPD y en conferencias internacionales consecutivas, la oposición trató de introducir términos para referirse a la *objeción de conciencia* al aborto por parte del personal de atención a la salud. En el lenguaje que propusieron en Beijing +5, por ejemplo, la cláusula hubiera permitido que los proveedores de atención a la salud se negaran a realizar abortos, capacitar a otros para hacerlo, proporcionar información sobre aborto a las mujeres, o remitirlas a otros proveedores para procedimientos de aborto, aun cuando su salud o su vida estuviera en peligro. Hasta la fecha, todos los intentos de incluir términos que se refieran a la *objeción de conciencia* en documentos de consenso internacional han sido fallidos.¹⁰

Parejas e individuos

La oposición objeta el uso del término *parejas e individuos* en el contexto de la toma de decisiones reproductivas, como el acceso a anticonceptivos y asesoramiento.¹¹ Emplear el término *individuo* implica que las personas no casadas tienen vida sexual y que, como las *parejas*, tienen necesidad de servicios sexuales y reproductivos. La frase *parejas e individuos* se ha empleado en todos los documentos de consenso internacional sobre cuestiones de población y desarrollo

8 Programa de Acción de la CIPD, 7.6.

9 Singh, Jyoti Shankarm *Creating a New Consensus on Population*, 1998.

10 IWHC, *supra* nota 7.

11 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – El Salvador, Jordania, Libia, República Dominicana, Egipto, Santa Sede y República Islámica de Irán.

desde que se aprobó el Plan de Acción sobre Población Mundial en Bucarest en 1974.¹² Todos los intentos de eliminar las referencias a los derechos reproductivos de los *individuos* han fracasado.

PA de la CIPD: 7.24

CIPD+5: 3, 56

Beijing: 95

Prácticas culturales y religiosas

La tradición y los valores culturales se han usado desde hace mucho como excusa por los estados conservadores para negar los derechos de los ciudadanos en el ámbito sexual y reproductivo. Es también una manera de oponerse a los derechos de las mujeres a la igualdad y no discriminación en términos generales. Con ello, los países pueden evitar poner en práctica disposiciones controvertidas. Por ejemplo, en El Cairo, una serie de estados musulmanes introdujeron reservas sobre terminología que pudiera contravenir la *sharía* islámica y/o valores éticos y antecedentes culturales.¹³ Durante las negociaciones, Egipto, Túnez, Jordania y otros pidieron que se eli-

minara el lenguaje que reconocía los “derechos de herencia”.¹⁴

La oposición ha tratado de incluir términos que permitan que la cultura y la religión prevalezcan sobre los derechos humanos de las mujeres. Hasta ahora todos los intentos han sido derrotados.¹⁵ Documentos de conferencias internacionales instan a que se respete la diversidad y los valores culturales, pero esto no tendría que debilitar la igualdad de género ni los derechos humanos.¹⁶

La frase “*donde sea adecuado*” es otra frase evasiva empleada por la oposición para moderar las disposiciones en este contexto. Por ejemplo, el párrafo 7.45 del PA dice “...*los países deberán, donde sea adecuado, eliminar las barreras legales, reglamentarias y sociales a la información y atención de salud reproductiva para adolescentes*”.

Sigue habiendo muchas prácticas culturales basadas en el miedo a la sexualidad de las mujeres que es necesario sacar a la luz. Lo anterior se hizo respecto a la mutilación genital femenina en El Cairo cuando se rompió “la conspiración del silencio”.¹⁷ El PA también reconoció los matrimonios tempranos como

12 Plan de Acción de Población Mundial, Informe de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Población, Bucarest, 19-30 de agosto, 1974, 14(f), Ventas no. E. 75.XIII.3.1974.

13 *Programa de Acción de la CIPD, supra* nota 1, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – Afganistán, Brunei Darussalam, Jamahiriya árabe islámica, República Islámica de Irán, Yemen, Djibouti, Jordania, Kuwait, República Árabe Siria, Emiratos Árabes Unidos.

14 CIPD, *Earth Negotiation Bulletin 06:35*, 8 de septiembre, 1994.

15 Center for Reproductive Rights, *Beijing+5: Assessing Reproductive Rights*, 2000.

16 *Programa de Acción de la CIPD, supra* nota 1, Cap. IV; *Future actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and the Platform for Action*, N.U. GAOR, 23ava sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, 5-9 de junio 2000, 95(i), N.U. Doc. A/Res/S-23(2000) [en adelante *Beijing+5 Further Actions Document*].

17 Singh, Jyoti Shankar, *Creating a New Consensus on Population*, Earthscan Publication Ltd, 1998.

nocivos. En culturas en que ocurre el matrimonio temprano, la vida sexual de las niñas comienza cuando ésta llega a la madurez sexual y a veces incluso antes. Pero hay otros ejemplos que no han obtenido la misma atención. La práctica de secar la vagina antes del coito (sexo seco) y los crímenes de honor son dos ejemplos.

PA de la CIPD: 7.6, 7.40

CIPD+5: 42, 48

Beijing: 107(a)

Familia-familias

La protección de la *familia* ha sido una preocupación central de la comunidad internacional desde el inicio de las NU.¹⁸ A pesar de todo ha sido difícil llegar a un acuerdo sobre una definición de la familia. La oposición define a la *familia* como a la familia nuclear tradicional: madre, padre e hijos. Esta es la única estructura familiar que la oposición puede tolerar. Las familias o varias formas de familia, diferentes tipos de familias u otras uniones se pueden interpretar como relaciones homosexuales/del mismo sexo y no son por lo tanto, términos aceptables para la oposición. El PA establece que existen diversas formas de *familia* en diferentes sistemas sociales, culturales y políticos. Un concepto ampliado de la *familia* podría también incluir una *familia* extendida africana, una *familia* con uno de los padres soltero o divorciado, abuelos maternos y paternos u otros adultos que funcionan como padres. Es importante por lo tanto no aceptar nunca la palabra *familia* por sí misma puesto que inhibe los dere-

chos de todas aquellas personas que viven en diferentes estructuras familiares.

PA de la CIPD: 5.1

Beijing: 29

Género

Género es un término importante que define el sexo biológico en un contexto más amplio. Con el fin de alcanzar la igualdad entre hombres y mujeres, es importante entender cómo están contruidos los roles de género. *Género* es la construcción social de ambos sexos, la cual moldea a mujeres y hombres en la interpretación que tiene la sociedad de los que es ser hombre o mujer. Por ejemplo, la percepción de que las niñas tienen que ser vírgenes hasta que se casan tiene por resultado negarles acceso a los servicios de salud reproductiva. La concepción de que las mujeres, debido a la biología, son las cuidadoras naturales de los hijos y de la casa, conduce a que a las mujeres se les pague menos que a los hombres y pierdan oportunidades en su carrera. Esto también significa que no es socialmente aceptado que los hombres quieran quedarse en casa con sus hijos. Hablar sobre *género* es, claro está, más amenazante para los que se oponen a los derechos de las mujeres, puesto que incluye cómo las estructuras de poder y la falta de derechos modelan nuestra sexualidad y condiciones de vida. *Género* es también una palabra asociada con el feminismo, una ideología política que parte de la oposición no aprueba. Los que se oponen a la igualdad de *género* y al derecho de las mujeres se suelen referir a hombres y mujeres como seres biológicos.

18 Declaración de los Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, A.G. Res. 217^a(III), en 71, art. 23.

Regulación de la fertilidad

La OMS define este concepto e incluye la planificación familiar, el uso de anticonceptivos, la crianza postergada, el tratamiento de la infertilidad y la interrupción de embarazos no deseados o del amamantamiento.¹⁹ La oposición ha objetado por lo tanto al uso del término *regulación de la fertilidad* dentro del PA de la CIPD y otros documentos de conferencias internacionales.²⁰ En la CIPD, se dio la vuelta al término (*fertility regulation* en inglés) para que dijera *regulación de la fertilidad*. También se insistió en que no se debe promover de ninguna manera el aborto como método de planificación familiar²¹ (véase *salud reproductiva*).

PA de la CIPD: 7.2

CIPD+5: 3

Beijing: 94

Derechos de los padres

Los *derechos de los padres* son usados por la oposición para impedir que la juventud obtenga el acceso a anticonceptivos, información y asesoría en clínicas de salud. La oposición argumenta que los padres tienen el poder definitivo para tomar decisiones sobre la salud y los *derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes*. El equilibrio entre los *derechos de los padres y los derechos de los hijos* ha sido desde hace tiempo un área controvertida. En El Cairo hubo una fuerte oposición a recono-

cer los propios derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. El lenguaje que se aprobó fue una concesión. El documento reconoce los *derechos, obligaciones y responsabilidades de los padres* en la provisión de orientación a los adolescentes en asuntos de salud sexual y reproductiva. Pero también se exige la promoción y protección de los *derechos de los adolescentes* a la educación, información y atención, y que el acceso a este tipo de servicios no sea restringido.²²

Es importante acentuar que lo jóvenes deberían tener acceso a educación sexual, anticonceptivos, asesoramiento y aborto sin el consentimiento de sus padres. Deberían poder acceder a clínicas en las que el personal está bajo juramento de secreto profesional y, en vez de cargarlos de culpa, deberían recibir apoyo y la oportunidad de protegerse de la mejor manera posible. Los sentimientos de culpa sobre las ITS disuaden a los jóvenes de contactar clínicas para recibir atención y consejo y, a cambio, tratan de curarse por su cuenta a través de métodos tradicionales poco seguros. Un estudio en Hanoi en Vietnam muestra que de las 259 mujeres que han tenido un aborto, 90 por ciento eran jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Ninguna de ellas había estado antes en una clínica porque tenían miedo de revelar que ya no eran vírgenes. Noventa y tres por ciento de esas mujeres dijeron que habrían usado anticonceptivos si les hubieran informado al respecto.²³

19 Singh, Jyoti Shankar, *Creating a New Consensus on Population*, Earthscan Publication Ltd, 1998.

20 Programa de Acción, *supra* nota 1, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – Nicaragua.

21 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, 8.25.

22 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, 7.45-7.46.

23 FHI, *Better Services Can Reduce Abortion Risk*, Network: 2000, vol. 20. no. 3\o “Network 20.3”/.

Lo que se necesita es reforzar la prevención de las ITS y de los embarazos no deseados mediante la asesoría, servicios amigables a los jóvenes (SAJ) y una educación sexual integral.

La Convención de los Derechos del niño (1990) reconoce que los y las niñas y adolescentes son capaces de tomar decisiones sobre su vida y que esas decisiones son dignas de respeto. También reconoce el derecho de la infancia a la intimidad.

PA de la CIPD: 7.45, 7.46, 7.48

CIPD+5: 73(a)

Beijing: 107(g)

Salud reproductiva

Durante más de 30 años la OMS ha definido *la salud* como un estado de total bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad. La definición del PA de la CIPD de *salud reproductiva* está basada en la definición de salud de la OMS e incluye la salud en “todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos”. La *salud reproductiva* incluye todo el proceso reproductivo en todas las etapas de la vida. La definición incluye el derecho de los individuos a una vida sexual segura y satisfactoria, y el derecho a decidir si y cuándo tener hijos y cuántos. También incluye el derecho a tener acceso a medios seguros, eficaces, asequibles y aceptables para controlar la propia fertilidad, así como a toda la información y asesoramiento necesarios para ejercer esos derechos.

La definición operativa de la OMS sí incluye el término regulación de la fertilidad, que se interpreta que incluye la interrupción del embarazo no deseado (véase *regulación de la fertilidad*). La Santa Sede (el Vaticano) expresó su reserva sobre todo el capítulo de *salud reproductiva* desde que interpretó que la definición de la CIPD incluía el aborto.

PA de la CIPD: 7.2, 7.3

CIPD+5: 52

Beijing: 94

Derechos reproductivos

La definición de *derechos reproductivos* en el artículo 7.3 fue una de las cuestiones más difíciles de resolver en El Cairo.²⁴ Este artículo dispone que los *derechos reproductivos* se basan en los derechos humanos que “ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso”. Los *derechos reproductivos* incluyen los derechos de hombres y mujeres a gozar del nivel más alto de salud sexual y reproductiva; el derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos; el derecho a servicios e información sobre métodos seguros y efectivos de planificación familiar; y el derecho a tomar decisiones sobre su vida reproductiva libres de violencia, coerción y discriminación. No obstante, la definición no alcanza a abarcar plenamente el concepto amplio de derechos reproductivos porque no reconoce explícitamente el aborto seguro y legal como un derecho de este tipo. El tema fue

24 CIPD, *Earth Negotiations Bulletin* 06:36, 9 septiembre, 1994.

fuertemente atacado por la oposición.

PA de la CIPD: 7.3, 7.2

CIPD+5: 3

Beijing: 94-95

Maternidad sin riesgos

En El Cairo los gobiernos conservadores se opusieron al empleo del término *maternidad sin riesgos* porque podía incluir el acceso al aborto seguro.²⁵ Esto fue obvio cuando la CIPD reconoció el vínculo entre el aborto inseguro con altas tasas de mortalidad materna. Cada año unas 530,000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El peligro que corren las mujeres jóvenes de morir durante el embarazo y el parto es el doble que el de las mujeres en sus veintes, en tanto que el riesgo aumenta cinco veces para las niñas menores de 15 años. Como resultado el embarazo es la causa principal de muerte de mujeres entre 15 y 19 años en todo el mundo.²⁶ La mayoría de las muertes maternas ocurre en países en desarrollo; el riesgo de que una mujer africana muera en conexión con el embarazo es de uno en 16, comparado con uno en 2.800 en un país

desarrollado.²⁷ Reducir la mortalidad materna es también una de las MDM de NU.

PA de la CIPD: 8.19

Orientación sexual

La orientación sexual ha sido uno de los temas más controvertidos en conferencias internacionales desde El Cairo. En esa ocasión hubo una fuerte oposición a referencias a la diversidad de las familias, ya que esto podía incluir a parejas del mismo sexo.²⁸ La mayor parte de los tratados internacionales prohíben la discriminación basada en *otro estatus*,²⁹ el cual muchos países interpretan que incluye la *orientación sexual*. Pero no existe todavía un documento internacional de consenso que aborde explícitamente la discriminación con base en la *orientación sexual*. Hace poco, el Comité de Derechos Humanos estableció que la discriminación basada en la *orientación sexual* es una violación de los derechos a la intimidad y a la no discriminación.³⁰

Es importante reconocer la *orientación sexual* puesto que las personas *gays*, lesbianas, bisexuales y transgeneristas (LGBT) son perseguidas en muchos países.

25 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – República Dominicana: CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:26. Apt. 18, 1994.

26 FNUAP, *State of the World Population*, 2003.

27 FNUAP, *Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity*.

28 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, Parte dos: Declaraciones y Reservas al Programa de Acción – El Salvador, Honduras, Paraguay, Argentina, Guatemala; CIPD PrepCom III, Earth Negotiations Bulletin 06:23, 13 de abril, 1994.

29 Center for Reproductive Rights, *Bringing Rights to Bear: An Analysis of the Work of the UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*, 210-215. 2002.

30 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos – Reino Unido de la Gran Bretaña – Irlanda del Norte – Dependencias de la Corona, 14, N.U. Doc, CCPR/C/79/Add,119 (27 de marzo, 2000).

También es vital para la prevención del VIH. Aunque la homosexualidad sea tabú en algunos lugares, una manera de avanzar es hablar en términos de *hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. Este es un concepto relevante porque hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres sin identificarse a sí mismos como *gay*. Aparte de ser un tema de derechos es importante destacar las relaciones con el mismo sexo puesto que afectan la propagación del VIH/SIDA y de las ITS. Por lo menos de cinco a diez por ciento de todos los que están infectados de VIH son hombres que tienen relaciones sexuales sin protección con otros hombres. Esta cifra se calcula aproximadamente en 70 por ciento en Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda y Europa occidental.³¹ Ignorar a *hombres que tienen sexo con hombres* significaría pasar por alto un amplio grupo cuando se trata de prevenir la difusión del VIH/SIDA.

Educación sobre sexualidad

La oposición interpreta con frecuencia *sexualidad o educación sexual* básicamente como enseñar a las personas jóvenes a tener relaciones sexuales. Muy al contrario, cuanta más información se tiene sobre sexualidad menos compañeros/as sexuales se tienen, el sexo es más seguro y los jóvenes de ambos sexos posponen su

primera relación sexual. Un informe compilado por ONUSIDA en 1997³² escrutó 68 estudios diferentes en el campo de la *educación sexual* y prevención del VIH. La mayoría muestra que no hay conexión entre *educación sexual* y números cada vez mayores de parejas sexuales. La experiencia sueca es la misma después de 50 años de *educación en la sexualidad*.

El PA apoya la *educación sexual* en escuelas aunque también reconoce el papel de los padres en la orientación de sus hijos en estos temas.³³ La *educación sexual* ha de ir acompañada de valores y actitudes y centrarse en la igualdad de género, así como en hechos sobre anatomía y anticoncepción. No es posible que las personas se protejan contra el VIH/SIDA si no están totalmente educados sobre el tema. En Zambia, la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15-19 años cayó de 28 por ciento en 1993 a 15 por ciento en 1998. Las razones eran menos parejas sexuales y uso del condón.³⁴ Esto no se puede conseguir sin acceso a información.

Una minoría de estados (conducida por EU en las conferencias desde 2001) ha sostenido que la educación sexual la deben proporcionar los padres o que “sólo la educación en la abstinencia” es en la que hay que insistir.³⁵ La oposición se siente más cómoda con el concepto de *educación para la vida familiar* (EVF). La

31 ONUSIDA, *Technical Update, Aids and men who have sex with men*, mayo 2000.

32 ONUSIDA, *Impact of HIV/AIDS and sexual health education on sexual behaviour of young people: a review update*, 1997.

33 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, 7.37, 11.9.

34 FNUAP, *State of the World Population*, 2003.

35 Center for Reproductive Rights, *UN Special Session on Children, Missed Opportunities and Neglected Realities* FN 27, 2002 [en adelante Centro de Derechos Reproductivos, Sesión Especial de NU sobre la Infancia].

EVF se centra en la familia tradicional y sus relaciones, el trabajo en el hogar, la labor del padre y la madre, los preparativos para el matrimonio, etcétera.³⁶

Una concesión al negociar sobre *educación sexual* puede ser usar el concepto *educación en salud de la sexualidad y la reproducción*.

PA de la CIPD: 7.37

CIPD+5: 73(a)

Beijing: 107(a), 107(g)

Sexualidad

La *sexualidad* es un aspecto importante de la vida de todas las personas. La *sexualidad* incluye el placer y la conducta y orientación sexuales.³⁷ Muchos consideran que la palabra es censurable puesto que con frecuencia se interpreta simplemente como deseo y placer, y ambos se ven como provocadores. La palabra *reproducción* a veces se sugiere como sustituto. Pero emplear sólo la palabra *reproducción* implica que la única razón para que las personas tengan relaciones sexuales es tener hijos. Si se usa únicamente el término *reproducción* no se reconocen aspectos del sexo y la *sexualidad* que están fuera de la concepción; en consecuencia, los dos conceptos de sexualidad y *reproducción* se han de usar en combinación. Se puede encontrar respaldo a estos argumentos en el PA de la CIPD, donde los países

acordaron que los individuos tienen derecho a una vida sexual satisfactoria y el derecho a determinar el número y el intervalo entre sus hijos.

PA de la CIPD: 7.2, 7.3

CIPD+5: 52

Beijing: 96, 108(k)

Derechos sexuales

Los *derechos sexuales* todavía no han sido definidos en documentos internacionales. El tema es polémico porque las fuerzas progresistas quieren que los *derechos sexuales* se incluyan en los derechos de las mujeres, los jóvenes y las personas LGBT (véase *Orientación sexual* más arriba). La oposición ha dicho que los *derechos sexuales* están incluidos en la terminología de los derechos reproductivos. Aunque el PA de la CIPD discute el derecho a tener una “vida sexual satisfactoria y segura” y observa que “el propósito de [la salud sexual] es la intensificación de la vida y las relaciones personales”, no menciona explícitamente los *derechos sexuales*.³⁸ La Plataforma de Acción de Beijing fue más allá declarando que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a “tener control y decidir libre y responsablemente sobre asuntos relacionados con su sexualidad...”³⁹ Este párrafo es considerado el inicio de una definición de *derechos sexuales* aunque no use estas mis-

36 Irvin Andrea, *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroun*, International Women's Health Coalition, 2000.

37 Jackson Helen, *AIDS Africa Continent in Crisis*, 2002.

38 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, 7.2.

39 Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Beijing, China, 4-15 septiembre 1995, A/CONF.177/20, 17 de octubre 1995, 96 [en adelante Declaración de Beijing y Plataforma de Acción].

mas palabras. Ninguna conferencia posterior ha avanzado sobre este tema.⁴⁰

PA de la CIPD: 7.2

CIPD+5: 3

Beijing: 96

Preferencia por el hijo varón

La *preferencia por el hijo varón* se refiere a prejuicios culturales que favorecen a los hijos sobre las hijas. Implica no sólo el aborto de los fetos femeninos, sino también la discriminación de las niñas cuando de la alimentación se trata, acceso a la atención a la salud, etc. En consecuencia, las niñas tienen una tasa de mortalidad infantil más alta que los niños. Según las estadísticas, en China y Corea hay zonas en las que nacen 110 niños por cada 100 niñas. En Asia, se calcula que 60 millones de niñas se han “perdido” a causa de este fenómeno.⁴¹ El fenómeno de “las niñas perdidas” se discutió en la Declaración y en la Plataforma de Acción de Beijing, donde se observa que la *preferencia por el hijo varón* implica “reducir el acceso de las niñas a la comida, la educación y la atención a la salud y hasta el acceso a la vida misma”.⁴² La Plataforma de Acción reconoce la conexión entre el infanticidio de

niñas, los abortos con selección de sexo y la *preferencia por el hijo varón*. Los gobiernos en la CIPD hicieron el compromiso de combatir la *preferencia por el hijo varón*.

PA de la CIPD: 4.15, 4.16(a), 4.23, 7.6

CIPD+5: 48

Beijing: 38-39, 108(a), 277(c)

Aborto inseguro

Alrededor del mundo una mujer muere cada minuto en relación con un embarazo, en muchos casos porque la mujer ha pasado por un *aborto inseguro*.⁴³ De los 46 millones de abortos que se realizan todos los años, 20 millones se realizan en malas condiciones de seguridad e higiene. Según la OMS, 78,000 mujeres mueren como consecuencia.⁴⁴ Cada año 15 millones de mujeres quedan gravemente discapacitadas debido a complicaciones relacionadas con el embarazo.⁴⁵ En los países desarrollados, se usa hasta 50 por ciento de los presupuestos hospitalarios para tratar a mujeres que sufren de complicaciones de *abortos inseguros*.⁴⁶ Desde El Cairo, la estrategia conservadora dirigida por el Vaticano (y desde 2001 por los Estados Unidos), ha sido bloquear cualquier intento de abordar las repercusiones en la salud de *abortos inseguros* e

40 IWHC, *supra* nota 7.

41 FNUAP, *State of the World Population*, 2000.

42 Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, *supra* nota 39, 38.

43 FNUAP, *Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity*.

44 OMS, *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data 1995-2000 – Tercera edición* (RHR).

45 Mirsky, Judith, *New Approaches to Safe Motherhood*, PANOS, 2001.

46 OMS, *Abortion in the Developing World 3*, 1998.

ilegales. Hay partes de la oposición que están dispuestas a aceptar que los *abortos inseguros* son un grave problema de salud pública. Otras ni siquiera aceptan el término *aborto inseguro*, y reivindican que todos los abortos son inseguros. La oposición también se niega a reconocer que garantizar el acceso de las mujeres a abortos seguros y legales eliminaría muertes y daños innecesarios. Pero no reconocen el término *aborto seguro* puesto que consideran que los derechos del feto están por encima de los derechos de la mujer.

Hay un claro paralelo entre la legalidad del aborto y la seguridad del mismo. En Suecia, entre 1946 y 1953, cuando el aborto era aún ilegal, la mortalidad materna relacionada con el aborto era 96.4 por 100,000 nacimientos vivos. Hoy, cuando el aborto ha sido legal por tres décadas, hay entre 30,000 y 33,000 abortos cada año sin ninguna muerte.⁴⁷

En El Cairo, el párrafo 8.25 fue uno de los últimos en lograr consenso, y más de 85 estados comentaron sobre él.⁴⁸ El término *aborto legal* fue excluido en último término del documento resultante con el fin de llegar

a un consenso.⁴⁹ La lectura final del párrafo 8.25 dice que el aborto debe de ser seguro allí donde es legal. El documento final de la CIPD+5 insta a que se garantice que el aborto es seguro y accesible capacitando y equipando a proveedores de la atención a la salud.⁵⁰ La Plataforma de Acción de Beijing (1995) fue más allá y llamó a los gobiernos a “considerar la revisión de leyes que contengan medidas punitivas contra las mujeres que han pasado por abortos ilegales.”⁵¹

Hay un fuerte consenso internacional de que el aborto no se debería promover como método de planificación familiar.

La oposición acepta el concepto de *atención post-aborto* (APA), por el que las mujeres deben tener acceso a servicios para que les atiendan complicaciones relacionadas con el aborto, como se declara tanto en el PA como en la CIPD+5.⁵² Es una paradoja que la oposición esté dispuesta a atender a mujeres que sufren de las consecuencias de abortos inseguros, pero se niegue a garantizarles el acceso a abortos legales y seguros.

47 Consejo Nacional Sueco de Salud y Seguridad Social, Abortos 2002, Sveriges Officiella Statistik (Estadísticas oficiales de Suecia).

48 CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:33, 6 de septiembre, 1994; CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:39, 14 de septiembre, 1994.

49 CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:36, *supra* nota 25; CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:37, 12 de septiembre, 1994.

50 N.U. GAOR, 21ava sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, 1 de julio 1999 Doc. NU A/RES/S-21/2 Acciones Clave para la Ulterior Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Resolución/ Aprobada por la Asamblea General p. 63(iii) [en adelante CIPD+5 Documento de Acciones Clave].

51 Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, *supra* nota 39, 106(k).

52 Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 1, 8.25; CIPD+5 Documento de Acciones Clave, *supra* nota 50, 63(i).

Anticoncepción de emergencia (AE)

Hay una falsa concepción de que la AE es equivalente a un aborto médico, lo cual no tiene nada de cierto. No obstante, los que se oponen al aborto reivindican que las píldoras de *anticoncepción de emergencia* son lo mismo que el aborto. La OMS describe la AE como un método anticonceptivo que impide un embarazo no deseado.⁵³ Hay dos métodos de AE. Se puede tomar una píldora antes de los tres días después de haber tenido relaciones sexuales no protegidas o se puede insertar una T de cobre intrauterina (DIU) dentro de un periodo de cinco días. Esto detiene o retarda la ovulación. Así se impide el embarazo porque no tiene lugar la fertilización. La oposición logró impedir que se mencionara la AE en el documento de Acciones Clave de la CIPD+5.⁵⁴ En cambio, los países llegaron al acuerdo de garantizar el acceso a la “mayor gama posible de métodos seguros, efectivos y aceptables de planificación familiar y anticoncepción, incluidas nuevas opciones y métodos menos conocidos”. Se puede interpretar que esta frase incluye la *anticoncepción de emergencia*.⁵⁵

Planificación familiar

La *planificación familiar* es un antiguo término que no genera controversia. Significa que las personas tienen que tener acceso a información y métodos para decidir

el número y el espaciamiento entre sus hijos. No obstante, vale la pena cuestionar el término porque excluye problemas de sexo seguro y sexualidad y personas que no planifican la familia. Puede excluir, por ejemplo, a personas jóvenes y solteras. En un mundo con la mayor generación de adolescentes en la historia, 1.2 mil millones, es importante tenerlo en cuenta. Es mejor por lo tanto hablar de servicios amigables con la juventud (SAJ) y de servicios de salud reproductiva. Estos términos incluyen el concepto de que las relaciones sexuales deben también ser seguras, disfrutarse y no sólo generar preocupación por la planeación de las familias. En el contexto del VIH/SIDA es importante tener una perspectiva más amplia que la de meramente planificar una familia, y debería incluir también servicios preventivos de anticonceptivos, asesoría y servicio para embarazos no deseados así como para ITS.

Regulación menstrual

En algunos países, la *regulación menstrual* (RM) se ve como un método para inducir un periodo tardío. Esto se hace con un simple procedimiento en forma de aspiración manual al vacío. No se realiza ninguna prueba de embarazo. Tener un periodo retrasado no significa necesariamente que la mujer esté embarazada. Este método puede por lo tanto ser utilizado en países en los que el aborto está prohibido. Por ejemplo en Bangladesh, donde el aborto es ilegal, se llevan a cabo importantes

53 OMS, Hojas Informativas, *Anticoncepción de Emergencia*, 2000.

54 Girard Francois, *Cairo + Five: Reviewing Progress for Women Five Years After the International Conference on Population and Development*, *Journal of Women's Health and Law*, vol. 1, no. 1, nov. 1999.

55 CIPD+5, Documento de Acciones Clave, *supra* nota 7, 57(a).

campañas de *regulación menstrual*. La *regulación menstrual* no es vista como un método de aborto ya que se considera que es un método de prevención del embarazo. El procedimiento se lleva a cabo en Bangladesh hasta diez semanas después del inicio del ciclo menstrual de una mujer sin que se realice ninguna prueba de embarazo.⁵⁶ Experiencias en Bangladesh, Sudáfrica y otros países muestran que capacitar y equipar a proveedores de nivel medio para realizar RM y/o atención al aborto puede significar un diferencia importante para la vida de las mujeres, y darles acceso a servicios que necesitan.

Aborto médico

La OMS considera que los *abortos médicos* –los abortos inducidos por medicamentos y no quirúrgicamente– son un método seguro y efectivo de interrumpir un embarazo.⁵⁷ El método utilizado más ampliamente implica una dosis inicial de mifepristone, que bloquea los receptores de progesterona, una hormona clave para el establecimiento y el mantenimiento del embarazo. Le sigue una dosis de prostaglandina unos dos días después, que induce contracciones uterinas y expulsa el embarazo/*productos de la concepción* (este último término es preferido internacionalmente, en vez de referirse a embriones/fetos. La oposición aduce que los derechos de los embriones/fetos empiezan en el momento de la concepción y que estos derechos están por encima de los derechos de la mujer). Las mujeres que han usado

métodos médicos de aborto describen el proceso como similar a la menstruación o a una pérdida natural. Muchas también sienten que es más privado y menos invasivo que los abortos quirúrgicos.⁵⁸ De momento, el mifepristone no se consigue con facilidad en la mayoría de los países en desarrollo. En países donde el aborto es legal, incluido Estados Unidos, los que se oponen al aborto tratan de impedir que los *abortos médicos* estén a disposición de las mujeres.

Aborto de nacimiento parcial

En Estados Unidos, un grupo de opositores al aborto ha trabajado para prohibir un procedimiento de aborto al que ellos se refieren como *aborto de nacimiento parcial*, y que describen como un método de aborto a final de término. El término no está reconocido en la literatura médica. La campaña para prohibir el *aborto de nacimiento parcial* se apoya en información científicamente inexacta y equivocada que está destinada a desempeñar un papel en las emociones de las personas. En noviembre de 2003 el Congreso de Estados Unidos aprobó una ley para prohibir los *abortos de nacimiento parcial* –pero en la actualidad esta ley está bloqueada e impedida de que la pongan en práctica las Cortes Federales– pero se ha escrito sobre ella de manera que se podría interpretar que prohíbe todos los métodos de aborto del segundo trimestre. Esto dejaría sin efectos *Roe v. Wade*, el caso que dio a luz la legalización del aborto en Estados Unidos.

56 Caldwell Bruce y otros, *Pregnancy Termination in a Rural Subdistrict of Bangladesh: A Microstudy*, International Family Planning Perspective, volumen 25, número 1, marzo 1999.

57 OMS, *Safe Abortions: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2003.

58 Centro de Derechos Reproductivos, *Medical Abortion: An Alternative for Women*, 2003.

Argumentos políticos

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) son controvertidos y muy debatidos. Esto se debe a las fuerzas conservadoras religiosas, culturales y políticas presentes en muchas partes del mundo. Este capítulo proporciona hechos y bases para argumentar políticamente a favor de algunas de las cuestiones de los SDSR más controvertidas, como el aborto. El contenido está en conexión con los tratados pertinentes legalmente vinculantes y con acuerdos internacionales moralmente vinculantes.

LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES y reproductivos están controvertidos y puestos en duda desde varias perspectivas. Es importante por lo tanto conocer los hechos y los antecedentes de cada tema. Más adelante hay una revisión de algunos de los argumentos más importantes, que pueden resultar útiles cuando surgen discusiones con quienes se oponen a la promoción de los SDSR. Una descripción completa de los documentos internacionales enumerados después de cada uno de los argumentos puede encontrarse en el capítulo “¿Cuáles son las convenciones y declaraciones que importan?”

Las mujeres tienen derecho a decidir si llevar a término o no un embarazo

Cuando el embarazo no es deseado puede significar un alto costo en el bienestar físico y emocional de una mujer. El derecho de la mujer a la integridad física le

otorga la facultad de decidir si lleva o no a término un embarazo. *El derecho de la mujer a determinar el número e intervalo entre sus hijos* exige que los gobiernos dispongan que los servicios de aborto sean legales, seguros y accesibles a todas las mujeres. Las mujeres deben tener acceso a todos los medios seguros y eficaces para controlar el tamaño de su familia, incluido el aborto. Además, hay una serie de circunstancias en las que el aborto puede que sea el único medio que tiene la mujer para ejercer su derecho a planear su familia.

Si a la mujer que han violado se le niega un aborto, se le niega también el derecho a decidir sobre su cuerpo y su reproducción. Para las mujeres que viven en contextos en los que no hay servicios ni educación sobre anticonceptivos, el acceso a servicios de aborto seguro puede que sean el único medio de controlar el tamaño de su familia. La mujer afectada es la única que puede

tomar la decisión pertinente. Ella es quien sabe cómo es su vida y es capaz de juzgar si podrá hacer frente a un hijo no planeado. El *derecho a la intimidad* de la mujer la capacita por lo tanto para decidir si se somete o no a un aborto sin interferencia gubernamental.

PIDCP: arts. 9.1, 17; CEDAW: art. 16.1; CDN: art. 16; PA de la CIPD: Principio 8, 7.3, 7.17, 7.45; Plataforma de Acción de Beijing: 96, 106(f), 106(g), 107(e), 223

Negar a las mujeres el acceso al aborto es una forma de discriminación de género

Obligar a las mujeres a sufrir embarazos no deseados es discriminatorio. También es discriminatorio que un acto como el aborto, que sólo es pertinente a las mujeres, esté penalizado. La penalización del aborto impide que las mujeres ejerzan sus derechos humanos y les niega estar en igualdad de condiciones con los hombres. No poder poner fin a un embarazo peligroso también niega a las mujeres atención y cuidados que sólo las mujeres necesitan y que son necesarios para su derecho a la salud. Las mujeres están en consecuencia expuestas a riesgos de salud que los hombres no enfrentan.

La tendencia a definir a las mujeres por su capacidad reproductiva sigue siendo común en todo el mundo. Las leyes que niegan acceso al aborto, cualesquiera que sean sus objetivos declarados, obligan a las

mujeres a permanecer en sus roles tradicionales de cuidadoras y madres. En general, las mujeres son las únicas que sufren las consecuencias físicas, emocionales y económicas de embarazos no deseados. Esto hace que sea más difícil para ellas participar en los campos de la política, economía, sociedad, cultura y asuntos civiles. El derecho a la igualdad de género y el derecho a estar libre de discriminación de género es un derecho humano fundamental, garantizado en tratados y documentos internacionales.

DUDH: art. 2; PIDESC: art. 2.2; PIDCP: arts. 2.1, 26; CEDAW: arts. 1, 3, 11.2; PA de la CIPD: 4.4; Plataforma de Acción de Beijing: 232(a).

El aborto inseguro es un problema de salud pública que mata a las mujeres.

Las mujeres que mueren a consecuencia de un aborto inseguro constituyen una considerable proporción de las muertes maternas. En algunos lugares esta cifra llega hasta 50 por ciento.¹

No obstante, es necesario destacar más el vínculo entre aborto inseguro y mortalidad materna en el debate internacional. En América Latina, 21 por ciento de todas las muertes maternas son consecuencia de abortos inseguros;² en Bolivia la tasa es de entre 25 y 30 por ciento,³ mientras que en Kenia es de entre 30 y 35 por ciento de las muertes maternas.

1 Ogotu Mónica, Peter Odongo, *Midlevel Providers' Role in Abortion Care, Kenya Country Report*. Ponencia para la Conferencia Expanding Access: Midlevel Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care”, Sudáfrica, 2-6 de diciembre 2001.

2 AGI, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion, Worldwide*.

3 FNUAP, *Proposed Projects and Proposals, Bolivia 1998-2002*.

Los abortos inseguros se realizan en países donde el acceso a los servicios de aborto seguro es limitado, está prohibido o está moralmente condenado. Por ejemplo, en Rumania el número de muertes provocadas por abortos inseguros subió dramáticamente entre 1975 y 1989, época en que el aborto estuvo prohibido. El último año de ese periodo, la tasa llegó hasta 142 mujeres por 100,000. Sólo doce meses después, cuando se levantaron la mayoría de las restricciones, la cifra había descendido dos tercios.⁴ De un total de 200 millones de embarazos que ocurren cada año, aproximadamente 75 millones son no deseados.⁵ Siempre habrá embarazos no deseados y por ende abortos, independientemente de si son legales o no. Donde el aborto no es legal, las mujeres no tienen más opción que buscar abortos clandestinos y en condiciones médicamente inseguras que ponen en riesgo sus vidas. Según la OMS, 78,000 mujeres mueren cada año a consecuencia de abortos inseguros.⁶ Los países que restringen el acceso de las mujeres a abortos seguros violan sus derechos a la salud y a la vida. Por tanto, los gobiernos deberían proporcionar información y servicios a las mujeres, como el acceso a anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, y deberían garantizar el derecho al aborto seguro y legal. Garantizar el acceso de las mujeres a servi-

cios de aborto seguro puede tener por resultado costos médicos inferiores para los gobiernos. En algunos países de ingreso bajo y medio, hasta 50 por ciento de los presupuestos hospitalarios se usan para tratar las complicaciones de abortos inseguros. El tratamiento de las complicaciones del aborto consume una parte desproporcionada de recursos, incluidas camas de hospital, suministros de sangre, antibióticos, control del dolor y otros medicamentos, quirófanos y servicios, anestesia y especialistas médicos. El tratamiento de las complicaciones de un aborto inseguro puede llegar a requerir hasta 15 días de estancia hospitalaria.⁷

Las mujeres que se someten a abortos en países en desarrollo⁸ corren cien veces más el riesgo de morir comparado con las mujeres que tienen abortos en países desarrollados. Esto se debe a una escasez mucho mayor de materiales y recursos financieros. El estigma que se atribuye en muchos países a los abortos obliga a las mujeres a conseguirlos en la clandestinidad, muchas veces a un costo económico muy alto. Esto, agregado al estigma, hace que las mujeres pobres tengan abortos en las últimas etapas del embarazo porque les cuesta tiempo reunir el dinero necesario. Los abortos realizados en las últimas etapas se vuelven cada vez más peligrosos.⁹ Las mujeres ricas

4 AGI, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion, Worldwide*.

5 FNUAP, *State of the World Population*, 1997.

6 OMS, *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data 1995-2000*. Tercera edición (RHR).

7 *Ibid.*

8 Excluyendo a China.

9 AGI, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion, Worldwide*.

siempre pueden pagar un aborto seguro aun cuando sea ilegal o de difícil acceso. Esto convierte el aborto inseguro en una injusticia que afecta principalmente a las mujeres pobres. Hacer que las mujeres sufran embarazos no deseados es un grave problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.

PIDESC: art. 12; CEDAW: art. 12; PA de la CIPD: 8.25; Plataforma de Acción de Beijing: 106(j)-106(k); ODM: 5.

El control del propio cuerpo y de la fertilidad es un derecho humano básico

Tener *control de la propia salud sexual y reproductiva*, incluida la fertilidad propia, es un derecho garantizado en muchos tratados y acuerdos internacionales. Por ejemplo, el PA de la CIPD compromete a los gobiernos a “garantizar que mujeres y hombres tengan acceso a la información, educación y servicios necesarios para alcanzar una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas”.¹⁰ Mujeres, hombres y adolescentes deben ser capaces de asumir el *control de su propia fertilidad* y decidir por ellos mismos cuántos hijos desean tener, con cuánta frecuencia y con quién. También deben ser capaces de protegerse de ITS. Para poder hacerlo necesitan tener acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y anticonceptivos, incluida educación integral sobre sexualidad, la cual lleva a un uso mayor de anticon-

ceptivos y reduce la propagación de ITS. El uso de anticonceptivos en los países en desarrollo ha aumentado de alrededor del diez por ciento en los años sesenta a casi 60 por ciento en la actualidad. A pesar de ello, unos 350 millones de parejas en todo el mundo aún no tienen acceso a anticonceptivos modernos.¹¹

PIDESC: arts. 10, 12; CEDAW: arts. 10(b), 12, 14.2(b); CDN: art. 24; CEDR: art. 5(e)(iv); PA de la CIPD: 7.2, 7.5, 8.25; Beijing: 89, 92, 94-97

Mil millones de la población mundial son jóvenes y tienen derecho a tener control de sus propios cuerpos

En la actualidad, más de mil millones de la población mundial son jóvenes entre 10 y 24 años de edad,¹² y en la mayor parte del mundo, las personas empiezan su vida sexual activa en la adolescencia. Si los adolescentes son sexualmente activos, consensualmente o no, son necesarios educación sexual y servicios para poder evitar el embarazo no deseado, las ITS y el VIH/SIDA.

El derecho de los jóvenes a educación y servicios de salud reproductiva está reconocido en tratados y acuerdos internacionales, por ejemplo la Convención de los Derechos del Niño/a.¹³ En muchos países los derechos de los jóvenes siguen siendo un asunto controvertido y se considera que los padres son los responsables de informar a sus hijos sobre sexo y relaciones personales.

10 *Programa de Acción de la CIPD*, 7.36(b).

11 FNUAP Hoja informativa: *Meeting the Demand for Reproductive Health Essentials*.

12 FNUAP, *State of the World Population*, 2003.

13 Convención de los Derechos del Niño/a, artículo 24.

No obstante, muchos padres en todo el mundo no pueden o no quieren proporcionar este tipo de información. Además, se trata de temas que algunos hijos e hijas prefieren no hablar con sus padres.

Los que se oponen a la educación sexual y los servicios para adolescentes, muchas veces afirman que esto incrementa la actividad sexual de los jóvenes. No obstante, sondeos de la OMS y ONUSIDA indican claramente que no hay pruebas de ello. Al contrario, hay estudios que muestran que los jóvenes se protegen mejor, hablan más a sus padres y son más tolerantes con los demás cuando reciben información precisa y adecuada. La confianza en ellos mismos también aumenta cuando se les proporciona este tipo de información, que les hace más fácil tomar decisiones cruciales sobre su sexualidad.¹⁴ Las experiencias en Suecia indican que el acceso a anticonceptivos y educación sexual reduce los embarazos y abortos adolescentes. Suecia ha ido incrementando el centro de atención en la educación sexual y en los servicios de salud reproductiva desde los años setenta, lo cual ha tenido por resultado una reducción tanto de los embarazos como de los abortos de mujeres jóvenes entre los 15 y 19 años de edad. Un ejemplo de un municipio sueco muestra que cuando las autoridades municipales subsidiaron anticonceptivos y difundie-

ron más información, el número de abortos disminuyó más que en el resto del país.¹⁵

Los gobiernos deberían garantizar educación sexual para los jóvenes en la escuela y a través de otros contextos comunitarios. Esta educación debería ser accesible y sin prejuicios. La información en contextos comunitarios es especialmente importante en los países en desarrollo donde muchos niños y niñas en edad de escuela primaria no asisten a la escuela y las tasas de deserción en la educación primaria son alta.¹⁶ Algunos proyectos en Zambia y Tanzania han involucrado a adolescentes que enseñan sexualidad a sus iguales o pares. Esto ha llevado a una rápida reducción del embarazo adolescente, a un cambio de actitudes, a menos hostigamiento sexual y a un mayor uso del condón.¹⁷ Esto apunta a la importancia que tiene permitir que los jóvenes participen e influyan en la toma de decisiones.

CEDAW: arts. 10(b), 12; CDN: art. 24; PA de la CIPD: 7.20, 7.37, 7.41-7.48; ODM: 4

Nadie debería contraer el VIH por no saber cómo protegerse

En la actualidad unos 40 millones de personas tienen VIH/SIDA y alrededor de una cuarta parte tienen entre 15 y 24 años. La mitad de todas las personas recién infectadas con VIH son personas jóvenes.¹⁸ Muchos

14 ONUSIDA, *Impact of VIH/AIDS and sexual health education on sexual behavior of young people: a review update*, 1997.

15 Instituto Nacional Sueco de Salud Pública. *Handlingsplan for prevention av pönskade graviditeter för perioden 2002-2007 (Plan de acción para la prevención de embarazos no deseados 2002-2007)*.

16 FNUAP, *State of the World Population*, 2002.

17 RFSU *Young Men as Equal Partners*, YMEP, 2003.

18 UNICEF, Hoja informativa, *Young People and VIH/SIDA*.

de ellos no tienen idea de cómo protegerse contra el VIH/SIDA u otras ITS. Un estudio en Mozambique indicaba que 74 por ciento de las niñas y 62 por ciento de los niños en el grupo de edad entre 15-19 años no sabían cómo protegerse del VIH/SIDA.¹⁹ En muchos casos, los jóvenes se ven forzados a ser activos sexualmente, en especial las niñas pobres que, por su pobreza y/o por su condición de huérfanas de SIDA, no tienen otra opción. Entre los estreñimientos de la pobreza, la sexualidad se convierte en una herramienta de negociación que puede proporcionar comida a la familia, libros escolares o hasta el transporte a la escuela. Esto hace que las niñas pobres sean cada vez más susceptibles de contraer VIH/SIDA y otras ITS. Se han de desarrollar y fortalecer iniciativas de prevención, como proporcionar suficiente información sobre sexualidad (por ejemplo, sobre el uso del condón). Además, es crucial abordar las desigualdades de género y las dimensiones de la pobreza que exacerban la pandemia.

Un país que se suele mencionar como un caso de éxito en la prevención de la difusión del VIH/SIDA es Uganda. El porcentaje de las personas que viven con VIH/SIDA descendió de 15 por ciento en 1991 a 5 por ciento en 2001. El éxito de la década de los noventa se suele atribuir a la iniciativa ABC del país, que es una campaña de información que promueve la importancia igual de la abstinencia, la fidelidad a una sola pareja y el uso del condón. En Uganda, la inicia-

tiva llevó a un mayor uso del condón. Por ejemplo, la proporción de mujeres que tuvo relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y usó condón subió de 0 en 1989 a 8 por ciento en 1995. La proporción de hombres en el mismo grupo subió de uno a once por ciento durante el mismo periodo.²⁰

PA de la CIPD: 7.3, 7.38, 7.47, 7.2; ODM: 6

Los derechos sexuales se aplican a todos

Las personas deben tener el derecho a una vida sexual satisfactoria y segura siempre y cuando no dañen a nadie. Las personas deberían tener el derecho a amar y tener relaciones sexuales con quienquiera que ellos escojan, sin importar el sexo de la otra persona. Las personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transgeneristas (LGBT) son perseguidas y ridiculizadas en muchos países del mundo. Un estudio sueco reciente muestra que las personas jóvenes LGBT en Suecia viven bajo una gran tensión psicológica que tiene por consecuencia una alta tasa de intentos de suicidio. El estudio también muestra que las personas LGBT están sometidas a violencia y estigmas a causa de su orientación sexual.²¹ La pena de muerte se aplica todavía en una serie de países que viven bajo la ley *sharia* a quienes están acusados de tener relaciones con el mismo sexo. La pena de muerte se ha aplicado tanto en Afganistán como en Irán por esta razón. Existen informes sobre casos de abuso policial a personas LGBT en varios

19 ONUSIDA, *Fact sheet preventing HIV/AIDS among young people, 2001*.

20 AGI, *A, B y C en Uganda, 2003*.

21 Hanner Hans, *Psyisk bals och olaxa hos ungdomar 16-24 ar som atraerás av personera v sitt eget kon (Salud física y psicológica de jóvenes entre 16 y 24 que están atraídos por personas de su mismo sexo)*, 2002.

países del mundo, incluidos India, Turquía, Argentina y México.²² También se ha informado que es difícil para las personas LGBT recibir asilo político basado en persecución por orientación sexual.

Las mujeres y los adolescentes también deben tener derecho a gozar de su sexualidad y a decir sí o no al sexo. Tienen que tener derecho a casarse con quien ellos quieran a una edad adecuada. Las mujeres jóvenes deben tener derecho a exigir que sus compañeros sexuales masculinos usen condón durante el coito. Esto suele ser muy difícil. Si los hombres no quieren ponerse un condón, las niñas se sienten incapaces de hacer algo al respecto. La sexualidad de mujeres y hombres se percibe de manera diferente. A las mujeres que reconocen su propia sexualidad y deseo se las percibe como “malas mujeres”. A los hombres que asumen el mismo comportamiento se los considera impactantes y poderosos. Esto llega al extremo en culturas donde las mujeres acusadas de infidelidad son apedreadas hasta la muerte.

PA de la CIPD: 7.2, 7.34; Plataforma de Acción de Beijing: 96

Los hombres son responsables de la salud sexual de las mujeres

Las actitudes de los hombres y su comportamiento sexual son factores clave para reducir los embarazos no deseados, la difusión de las ITS y del VIH/SIDA, y para promover la libertad tanto de hombres como

de mujeres a tener una vida sexual satisfactoria y segura. Dar prioridad a los esfuerzos para cambiar el rol de género masculino es por lo tanto esencial. Los hombres deberían tener la oportunidad de reevaluar sus valores y acciones. Un cambio en las actitudes y comportamientos masculinos podría tener un impacto directo y positivo en la salud sexual y reproductiva tanto de mujeres como de hombres.

Un proyecto en Zambia ha conducido a que los niños cambien su actitud y dejen de pensar que es “divertido” embarazar a una niña y empiecen a ver que es indiscutiblemente “serio”. Los niños deben aprender sobre los roles de género para entender que las situaciones vitales de niños y niñas difieren. Si no entienden esto como adultos, no lograrán ver la igualdad de género como una meta importante y, en consecuencia, la vida sexual y reproductiva de las mujeres se verá afectada.²³

Los actuales papeles de género en torno a la sexualidad de mujeres y hombres están profundamente arraigados en la mayoría de las comunidades, lo cual hace difícil la igualdad sexual. Por ejemplo, la percepción de que las niñas deben ser vírgenes hasta que se casen ha sido el fundamento de prácticas dañinas como la mutilación genital femenina (MGF). Esto también obstaculiza el acceso a educación sexual y a servicios de salud sexual y reproductiva a niñas y mujeres jóvenes porque se considera que éstos no son adecuados. Además, las niñas a las que se casa a edad

22 International Gay and Lesbian Human Rights Commission, *Sexual minorities and the Work of the United Nations Special Rapporteur on Torture*, 2001.

23 RFSU, *Young Men as Equal Partners*, YMEP, 2003.

temprana carecen de un conocimiento básico de su cuerpo y no están todavía plenamente desarrolladas biológicamente. Cuando se les fuerza a que tengan actividad sexual no tienen los medios para protegerse y son más vulnerables a embarazos no deseados y a ITS.

Aproximadamente 11.8 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad viven con VIH/SIDA. Niñas y mujeres jóvenes constituyen 62 por ciento de esta cifra.²⁴ El hecho de que hombres mayores tengan relaciones sexuales con mujeres jóvenes es un factor que contribuye. Las jóvenes son atractivas porque se supone que no son VIH positivas. Esta diferencia de edad aunada a que con frecuencia los hombres mayores tienen un poder financiero superior, reduce la capacidad de las niñas de asumir el control de su propia vida sexual. Las niñas también son particularmente vulnerables al abuso sexual, a menudo de algún hombre conocido. Las actitudes de los hombres y su comportamiento sexual son por lo tanto factores clave para el mejoramiento de la salud sexual de las mujeres jóvenes y de todas en general.

PA de la CIPD: 4.25, 7.28; ODM: 3

La violencia sexual debe ser vista desde una perspectiva de género

El poder económico y político del mundo está en manos de los hombres. Esto hace que las mujeres dependan de los hombres y que sean por lo tanto vulnerables al abuso sexual. No se debe forzar a mujeres

y adolescentes a tener actividad sexual ni con fines comerciales ni en sus hogares. Las mujeres en la prostitución o las que son víctimas de violencia doméstica son muchas veces más susceptibles de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA, tener embarazos no deseados y sufrir abortos inseguros. Millones de mujeres y jóvenes se ven inducidas en la actualidad a vender su cuerpo. Un estudio reciente muestra que 500,000 mujeres de Europa del Este pueden haber sido forzadas al sexo comercial.²⁵ La prostitución implica importantes riesgos para la salud física y mental y puede llegar incluso a amenazar la vida. El hecho de que se trafique sexualmente muchachos jóvenes no es una desviación de las estructuras de poder existentes que detentan y propagan la superioridad de hombres sobre mujeres en el mundo.

La violación y otras formas de violencia basada en el género, incluida la violencia doméstica, son inaceptables y deben estar prohibidas por ley. Un informe reciente observa que las mujeres no están a salvo de la violencia doméstica en ninguna parte del mundo. En Bangladesh, Colombia, India, Nigeria y Pakistán, cada año miles de mujeres sufren muertes relacionadas con la dote o son desfiguradas con ácido que les tiran al rostro pretendientes que ellas rechazan. En el Reino Unido, 40 por ciento de todas las mujeres víctimas de homicidio son asesinadas por sus compañeros íntimos.²⁶ Hace poco, en muchos países se han aprobado leyes y políticas para prevenir y castigar el tráfico y la violencia doméstica,

24 FNUAP, *State of the World Population*, 2003.

25 FNUAP, *Trafficking in Human Misery*.

26 UNIFEM, *Not a minute more, Ending Violence Against Women*, 2003.

pero pocos logran ponerlas en práctica y las mujeres, niñas y niños siguen sin estar a salvo.

No se puede aceptar que se considere que las mujeres consientan en tener relaciones sexuales simplemente porque los hombres así lo quieren. Las mujeres deben tener derecho a tomar todas las decisiones sobre su sexualidad y el derecho a obtener placer de su propia sexualidad. Se ha de dar prioridad a los intentos de cambiar las actitudes de los hombres. Los proyectos con este objetivo han demostrado que logran reducir la violencia contra las niñas.²⁷

CEDAW, arts. 5(a), 6; CDN: arts. 19,1, 34; PA de la CIPD, 4.23, 7.35, 7.39; ODM: 3

Las medidas preventivas son económicamente beneficiosas

Las medidas preventivas para la salud sexual y reproductiva benefician a la economía. En vez de ignorar los problemas, las comunidades que invierten en medidas preventivas en una coyuntura temprana pro-

moverán no sólo el crecimiento sino también la salud sexual y reproductiva de la población.

El acceso a abortos seguros y la prevención del VIH/SIDA disminuirán el costo de la atención a la salud. En los países africanos más flagelados por la pandemia, de 30 a 75 por ciento de todas las camas de hospital están ocupadas por pacientes de SIDA. Se calcula que uno de cada diez niños y niñas queda huérfano debido a la pandemia del SIDA.²⁸ Las mujeres que son sanas y tienen oportunidad de conseguir empleo pagado no sólo agregarán ingresos a su familia sino que también aumentarán la oferta y la demanda en la sociedad en general. La violencia contra las mujeres y los niños es también un problema de salud pública que cuesta a la sociedad mucho dinero. El acceso a servicios de salud reproductiva es crucial para que las mujeres tengan oportunidades de mantenerse a sí mismas y por ello para el crecimiento socio-económico.²⁹ Si las mujeres que los necesitan tuvieran anticonceptivos al alcance, se salvaría un millón y medio de vidas.³⁰

27 RFSU, *Young Men as Equal Partners*, YMEP, 2003.

28 PAI, Hoja informativa número 14, *How Reproductive Health Services Works to reduce poverty*, 2000.

29 FNUAP, *State of the World Population*, 2002.

30 AGI/FNUAP, *Adding it all up*, 2003.

Suecia y la CIPD

En este capítulo se esboza el trabajo que el Estado sueco ha llevado a cabo respecto a salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), tanto a nivel gubernamental como en la sociedad civil. También se destaca el entorno político sensible a los SDSR, en el ámbito nacional e internacional.

DESDE MEDIADOS DEL SIGLO XX los SDSR han sido una prioridad para Suecia. En una primera etapa, el gobierno cambió un enfoque con objetivos exclusivamente demográficos por otro con los derechos del individuo. Muchas de las leyes actuales se basan en los SDSR, que tienen gran aceptación entre la población sueca. Estos derechos abarcan el acceso a la anticoncepción, educación sexual, aborto a petición, derecho de los homosexuales a vivir en sociedad conyugal, prohibición de la violación dentro del matrimonio y la prohibición de adquirir servicios sexuales y el derecho al seguro por ser padres.

La CIPD de 1994 en El Cairo fue testigo de la llegada de una nueva perspectiva universal sobre temas de población que sustentaban la visión de Suecia. El gobierno ha hecho esfuerzos por destacar estas cuestiones en el ámbito internacional; por ejemplo, quiere

que la juventud tenga mejor acceso a la educación sexual y a servicios de salud reproductiva. El gobierno también está impulsando otros temas, como el papel que juega el hombre en la igualdad de género. Hacia fines de los años 1990, la pandemia del VIH/SIDA ocupaba un lugar muy alto en la agenda internacional, obligando a los países a abordar cuestiones previamente difíciles referentes a la sexualidad y las asociaciones de pareja. Al mismo tiempo, había cuestiones políticas “menos atractivas” –como la atención a la maternidad y la anticoncepción– que quedaban en un segundo plano.

En los dos últimos años, la estrategia de Suecia ha sido destacar los SDSR en contextos globales. El gobierno sueco sigue dando ayuda financiera a organizaciones de NU y a ONG –como la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF)– con el fin de que

se pueda poner en práctica el PA de la CIPD. Los SDSR y el VIH/SIDA constituyen un área de prioridad en el presupuesto de asistencia al desarrollo de Suecia en 2004. La nueva política sueca a favor del desarrollo global da prioridad a los SDSR y la igualdad de género es uno de sus ocho elementos clave.

Pero hay muchas personas en el mundo que todavía carecen del poder de autodeterminación sobre su reproducción y sexualidad. Personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transgeneristas (LGTB) siguen siendo hostigadas y carecen de seguridad personal. Las mujeres se siguen viendo forzadas a sufrir abortos inseguros. Este es también un problema dentro de la Unión Europea (UE). Estos temas son polémicos y la cuestión del aborto es considerada un asunto de salud nacional y no una inquietud de derechos humanos.

Es importante que el gobierno sueco encuentre socios dentro de la UE para impulsar los SDSR, tarea que debería recibir la misma prioridad que los esfuerzos del gobierno por promover la SDSR en los países en desarrollo. Vivir de acuerdo con los objetivos de El Cairo no es simplemente un asunto del mundo en

desarrollo. Suecia también falla en algunos aspectos. En consecuencia, la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) ha estado presionando para que se permita a mujeres extranjeras ir a Suecia a realizarse un aborto por cuenta propia. Esto está prohibido de acuerdo con la actual legislación, aunque se puede acceder a todas las demás formas de atención médica a cambio de pago. Es también importante que la educación en la sexualidad sea una asignatura obligatoria para la capacitación de maestros y maestras, y mejorar el nivel de la educación sexual en las escuelas. Además, el Código del Matrimonio sueco no es todavía neutral en género, y la sociedad todavía deja mucho que desear respecto a la protección de mujeres y niños/as contra la violencia y el abuso sexual.

Los esfuerzos por los SDSR han de tener prioridad nacional e internacionalmente. Es una cuestión de solidaridad. Permitir que las personas tengan la capacidad de decidir sobre su propia sexualidad y su cuerpo es darles el control sobre su propia vida. Es en último término un derecho humano que debe ser reconocido a todos.

La UE y la CIPD

En este capítulo se analiza la posición de la Unión Europea (UE) respecto a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). También se presenta un análisis crítico de cómo se discuten la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) dentro de la UE y en el contexto de la cooperación para el desarrollo.

LA UE HA CONFIRMADO ININTERRUMPIDAMENTE su apoyo al PA de la CIPD a lo largo de la década pasada. Cuando en 2002 los Estados Unidos retiraron el apoyo económico al Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), la Comisión Europea siguió mostrando confianza total en el trabajo del FNUAP y le concedió un subsidio extra de 32 millones de euros. El FNUAP es la principal agencia de NU que contribuye a implementar el PA de la CIPD. Además, está programado que el presupuesto anual de la Comisión Europea para salud reproductiva ascienda de 13.5 millones de euros en 2003 a 23 millones de euros en 2006.

A pesar del apoyo oficial, hay graves problemas para la implementación del PA tanto dentro de la UE como con relación a la cooperación para el desarrollo. En una reunión previa a la CIPD+5, NU recomendó que por lo menos cuatro por ciento del presupuesto de cooperación para el desarrollo debería asignarse a los SDSR.¹ Sólo Luxemburgo, Holanda, Dinamarca y Suecia cumplieron en 2002.² Además, las actitudes hacia los SDSR dentro de la UE se han endurecido. Hay varios países con gobiernos conservadores, y los cabildeadores ultra conservadores de Estados Unidos y el Vaticano han conquistado un fuerte apoyo en Europa.

1 FNUAP, *Hague Forum background paper*, capítulo IV, sección 328.

2 PAI, *European Union Population and Reproductive Health Assessment Overall Assessment*.

Mientras que la UE apoya la implementación del PA en sus programas de ayuda al desarrollo, hay discrepancia en cuanto a cómo se aborda el tema entre los estados miembros. La UE ha presentado exigencias a futuros estados miembros respecto a derechos humanos. Sin embargo, el derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo sigue siendo un asunto de preocupación nacional interna y no es un planteamiento de derechos humanos. En una declaración aceptada por los demás países, Polonia ha exigido la capacidad de retener su derecho a legislar sobre cuestiones morales y el “derecho a la vida” incluso en el futuro. En Malta, algunos abortos se pueden castigar con hasta tres años de cárcel y el país ha establecido un acuerdo vinculante con la UE, como lo ha hecho Irlanda, estipulando que las leyes católicas deben prevalecer sobre cualquier ley que regule el aborto en el futuro. En Portugal, en 2001 fueron procesadas 17 mujeres que enfrentaron condenas de cárcel por haber tenido abortos ilegales y fueron acusadas otras 26 personas por haberlas ayudado. En Francia, los niños y niñas menores de 15 años han de tener consentimiento de los padres antes de participar en educación sexual.³ En Eslovaquia, las mujeres gitanas

han sido sometidas recientemente a esterilización forzada.⁴ Las mujeres en muchos de los nuevos estados miembros no tienen acceso al aborto médico y las adolescentes necesitan el consentimiento de los padres para abortar. El acceso a los anticonceptivos modernos y a la educación sexual también es un problema.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos no se mencionan explícitamente en el proyecto de Constitución de la UE ni en la Carta de Derechos Humanos de la UE. Una razón importante de por qué los SDSR no se destacan en el debate interno de la UE es porque se considera que constituyen una cuestión de salud, no de derechos. De acuerdo con el principio de subsidiaridad, la salud es aún un asunto de los estados miembros individuales y por lo tanto a la UE no le está permitido interferir. Pese a ello, todos los estados miembros de la UE se han comprometido a respetar los derechos sexuales y reproductivos de las personas siendo signatarios de convenciones internacionales y de planes de acción,⁵ varios de los cuales son legalmente vinculantes. Los SDSR no son por lo tanto sólo un tema de salud sino también un tema de derechos, cuyo valor no debería variar de un país a otro.

3 Bergman Ylva, *Blindbockarnassammanslagning (Juguemos a la gallinita ciega)*, publ. en Ottar #1, 2003.

4 Centro de Derechos Reproductivos, *Body and Soul, Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*, 2003.

5 Incluido el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado el 6 de diciembre, 1966, A.G. Res- 2200* (XXI), N.U. GAOR, 21ava sesión, Sup. No. 16 en 52, N.U. Doc.A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entrada en vigor 23 de marzo, 1976). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, aprobada el 18 de diciembre, 1979, G.A. Res. 34/180, UN GAOR, 34ava sesión, Sup. No. 46 en 193. Doc. N.U.A/34/46, 1249 U.N.T.S. 13 (entrada en vigor 3 de sep. 1981).

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de sept., 1994, 7.3, Doc. N.U.A/CONF.171/13(1994).

¿Cuáles convenciones y declaraciones importan?

En este capítulo se revisan los convenios y declaraciones internacionales cuyos signatarios se han comprometido a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). Los convenios son legalmente vinculantes para los estados, en tanto que las declaraciones son moralmente vinculantes. Se hace referencia a los artículos pertinentes en cada uno de los acuerdos.

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS están arraigados en el derecho internacional de los derechos humanos.¹ El PA acordado en la CIPD de 1994 en El Cairo afirma explícitamente que los derechos reproductivos son derechos humanos. Estos derechos incluyen el derecho a la vida, la libertad y la seguridad; el derecho a la salud, a la salud reproductiva y a la planificación familiar; el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a consentir al matrimonio y a la igualdad en el matrimonio; el derecho a la intimidad; el derecho a estar libre de discriminación; el derecho a modificar tradiciones y costumbres que violan los derechos de las mujeres; el derecho a no ser sometido

a tortura ni ningún otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante; el derecho a estar libre de violencia sexual; y el derecho a disfrutar del progreso científico y consentir a la experimentación. Los gobiernos nacionales tienen el deber de acuerdo con instrumentos internacionales de derechos humanos de respetar, proteger y garantizar esos derechos.

A nivel internacional, hay una serie de documentos legales y políticos que repercuten en el reconocimiento y en la protección legal de los derechos sexuales y reproductivos. En el nivel más alto están los tratados internacionales. Los países cuyos gobiernos firman y ratifican un tratado están obligados de acuerdo con el derecho

1 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994, 7.3, Doc. N.U. A/CONF, 171/13(1994) [en adelante Programa de Acción de la CIPD].

internacional a cumplir con las disposiciones del tratado. Hay seis tratados internacionales importantes que abordan los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos. Cada uno de esos tratados tiene un comité de expertos independientes que supervisan el cumplimiento de los tratados por los países. Esos comités de expertos emiten recomendaciones generales que interpretan y proporcionan orientación sobre la implementación del tratado. A veces, emiten decisiones legalmente vinculantes en respuesta a quejas individuales que esos comités están facultados para conocer.

A nivel europeo, el principal tratado regional de derechos humanos es la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. El principal mecanismo de ejecución de la Convención es la Corte Europea de Derechos Humanos, que ha emitido juicios sobre cuestiones de derechos sexuales y reproductivos en campos como aborto, educación sexual, homosexualidad y violación.

Las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, las declaraciones y los documentos de conferencias internacionales son otra fuente de protección de los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional. La Declaración Universal de los Derechos Humanos es el único documento en esta categoría que se considera legalmente vinculante como derecho internacional consuetudinario debido a su amplia aceptación e implementación. El derecho

internacional consuetudinario se aplica a todos los países del mundo, independientemente de si han aceptado o acordado explícitamente el documento.

Otras resoluciones, declaraciones y documentos de conferencias internacionales no vinculan legalmente a los gobiernos. Funcionan más bien como documentos políticos con los que los gobiernos expresan un acuerdo moral y el compromiso de ponerlos en práctica. Pero en muchos casos, las interpretaciones del comité de un tratado vinculante usan principios acordados en acuerdos no vinculantes.

A continuación un breve resumen de tratados internacionales de derechos humanos y otros documentos internacionales pertinentes a los derechos reproductivos.

TRATADOS DE DERECHOS HUMANOS

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)²

Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948

La DUDH tiene estatus de derecho internacional consuetudinario y todos los países que son miembros de NU están obligados a sustentar sus términos. La DUDH protege el derecho a la igualdad,³ el derecho a la vida, la libertad y la seguridad,⁴ el derecho a estar libre de torturas y otras formas de trato cruel, inhu-

2 Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, A.G. Res. 217^a(III), en 71, Doc. N.U. A/810(1948).

3 *Ibid.*, art. 2.

4 *Ibid.*, art. 3.

mano o degradante,⁵ el derecho a la intimidad,⁶ el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia,⁷ el derecho a la salud y el bienestar,⁸ y el derecho a la educación.⁹ La DUDH también concede especial protección a la “maternidad y la infancia”.¹⁰

Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales¹¹

Entrada en vigor el 3 de septiembre, 1953

Ratificada por 44 países

La Convención Europea para los Derechos Humanos establece un catálogo de derechos y libertades pertinentes a los derechos reproductivos, como el derecho a la vida privada,¹² el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia,¹³ el derecho a la vida,¹⁴ el derecho

a estar libre de tratos inhumanos y degradantes,¹⁵ y el derecho a recibir e impartir información.¹⁶ A continuación se presentan unos breves resúmenes de algunas decisiones pertinentes de la Corte Europea de Derechos Humanos y de la Comisión Europea de Derechos Humanos, que son los mecanismos primordiales de cumplimiento de la Convención.

- La prohibición del gobierno de Irlanda de asesoramiento y circulación de información con relación a los lugares donde se pueden encontrar abortos legales en Inglaterra, violó el derecho a impartir y recibir información.¹⁷
- El derecho a la protección de la vida es compatible con leyes que autorizan el aborto.¹⁸ El derecho de una mujer al respeto de la vida privada en su decisión de abortar tiene prioridad sobre el derecho de su marido

5 *Ibid.*, art. 5.

6 *Ibid.*, art. 12.

7 *Ibid.*, art. 16.

8 *Ibid.*, art. 25.

9 *Ibid.*, art. 26.

10 *Ibid.*, art. 25.2.

11 Convención para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, ETS No. 5, 213 N.U.T.S.222 (entrada en vigor 3 septiembre 1953, enmendada mediante protocolos, 3, 5, 8, 11, que entraron en vigor el 21 de septiembre 1970, 20 de diciembre 1971, 1 de enero 1990 y 1 noviembre, 1998).

12 *Ibid.*, art. 8.

13 *Ibid.*, art. 12.

14 *Ibid.*, art. 2.

15 *Ibid.*, art. 3.

16 *Ibid.*, art. 10.

17 Caso de Asesoría a Puertas Abiertas Ltd; Dublín Well Woman Centre and others v. Ireland, 15 de mayo 1990, [http://hudoc.echt.coe.int/hudoc/default, asp?Language=en&Advanced=1](http://hudoc.echt.coe.int/hudoc/default.asp?Language=en&Advanced=1).

18 Caso de H v. Noruega, 19 de mayo, 1992.

al respeto por la vida de su familia y el nacimiento de su hijo.¹⁹

- La jurisprudencia de la Corte en general caracteriza la violación como una forma de “trato inhumano” de acuerdo con el artículo 3 o como una violación del derecho a la intimidad de acuerdo con el artículo 8. Adicionalmente, el derecho a la intimidad garantiza a las víctimas de violación el derecho a la reparación legal adecuada. Cuando se practica la violación con el fin de obtener información de una víctima o para castigar o intimidar a la víctima, se considera una forma de tortura.²⁰

- La deportación que se propone de una portadora de droga que se está muriendo de SIDA negaría a la solicitante el tratamiento médico vital y acortaría su vida, violando así la prohibición de trato inhumano o degradante.²¹

- El concepto de vida familiar que emplea la Corte se extiende más allá de las estructuras nucleares tradicionales para incluir relaciones extendidas, paternidad ilegítima y otros lazos íntimos y personales.²²

- Las leyes que penalizan la conducta homosexual privada adulta violan el respeto a la vida privada.²³ La expulsión de las fuerzas armadas con base en la homosexualidad constituye una interferencia directa al derecho al respeto a la vida privada.²⁴

- La información en un curso obligatorio de educación sexual impartida en escuelas estatales, transmitida de manera objetiva y pluralista, no constituye adoctrinamiento y no falta al respeto a las creencias religiosas o filosóficas de los padres y por lo tanto es congruente con el derecho a la vida familiar.²⁵

Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Convención contra la Discriminación Racial – CDDR)²⁶

Entrada en vigor el 4 de enero, 1969

Ratificada por 169 países

La Convención contra la Discriminación Racial analiza las medidas que han de emprender los estados para eliminar la discriminación con base en raza, color,

19 Caso de Paton v. UK. App. No, 8416/78, Eur. Comm. H.R. 13 de mayo 1980, 3 RHRR 408 (1981), dic. Paras. 7-9, 1981 (también citado como X v. UK).

20 Caso de Aydoín v. Turkey, 1997-IV Eur. Ct. H.R. 25 sept., 1997.

21 Caso de D. v. Reino Unido (1997), Eur. Ct. H.R., Ser. A, No. 24, E.H.R.R., 423, 1997.

22 Cas de Kroon y Otros v. Los Países Bajos, A297-C Eur. Ct. H.R., 27 de oct, 1994; Caso de X, Y y Z v. El Reino Unido, 1997-II EUR, Ct. H.R., Apt. 22, 1997.

23 Caso de Dungeon v. El Reino Unido Eur. Ct. Set. A, No. 5; 4 E.H.R.R. 149, 1981; Caso de Modinos v. Cyprus, A259 Eur. Ct. H.R. 22 de abril, 1993; Caso de Norris v. Irlanda, A142 Eur. Ct. H.R., 26 de octubre, 1998.

24 Caso de Perkins an R.v. el Reino Unido, 22 de octubre, 2002; Caso de Smith y Grady v. El Reino Unido 1000-IX Eur.Ct. H.R. (25 de julio, 2000); Caso de Lustig-Prean y Beckett v. El Reino Unido, 25 de julio, 2000.

25 Caso de Kjeldsen, Buck Madsen y Pedersen v. Dinamarca, A23 Eur, Ct. H.R. (7 diciembre, 1976).

26 Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, aprobada el 21 dic. 1965, A.G. Res. 2106 (XX), 660 U.N.T.S. 195 (entrada en vigor 4 de junio 1969).

descendencia, origen nacional o étnico. Garantiza los derechos a la integridad física y a estar libre de violencia,²⁷ el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, escoger una esposa, heredar y poseer bienes,²⁸ y el derecho a la salud pública, atención médica y educación.²⁹ El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial ha observado los vínculos entre género y discriminación racial en la medida en que las mujeres pueden ser afectadas por la discriminación de maneras que violen sus derechos sexuales y reproductivos, como el “embarazo resultante de violación motivada por prejuicio racial”.³⁰ También ha reconocido que la esterilización forzada, o la incapacidad de las mujeres para tener acceso a servicios de atención a la salud reproductiva por razón de la raza, etnicidad u origen nacional de las mujeres, son violaciones del tratado.³¹

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PDESC)³²

Entrada en vigor 3 de enero, 1976

Ratificado por 148 países

El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el primer tratado de derechos humanos que requiere que los estados reconozcan y garanticen progresivamente el derecho a la salud. Cubre derechos relacionados con un estándar adecuado de vida, los niveles más altos alcanzables de salud física y mental,³³ protección social,³⁴ educación,³⁵ y el disfrute de los beneficios de libertad cultural y progreso científico,³⁶ y el derecho a trabajar bajo condiciones justas y favorables.³⁷

27 *Ibid.*, art. 5(b).

28 *Ibid.*, art. 5(d).

29 *Ibid.*, art. 5(e).

30 Comité sobre la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General XXV; Dimensiones de Género Relacionadas con la Discriminación Racial (56ava sesión, 2000). En *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, en 194, Doc. U.N. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).

31 Centro de Derechos Reproductivos, *Bringing Rights to Bear: An Advocate's Guide to the UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*, 2003.

32 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado el 16 de dic., 1966, A.G. Res. 2200*(XXI), N.U. GAOR, 21ava sesión, Supp. No. 16 en 49, Doc. U.N. A/6316(1966) 993 U.N.T.S 3 (entrada en vigor 3 de enero, 1976).

33 *Ibid.*, art. 12.

34 *Ibid.*, arts. 9, 10.

35 *Ibid.*, art. 13.

36 *Ibid.*, art. 15.1(b).

37 *Ibid.*, art. 7.

En las observaciones finales a los estados partes, el Comité que supervisa el cumplimiento de los estados del PDESC ha enfatizado la responsabilidad gubernamental para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a atención a la salud reproductiva asequible e integral, especialmente servicios e información sobre anticonceptivos y planificación familiar. El Comité ha pedido a los estados que incluyan la educación en salud sexual y reproductiva en los programas de estudios de las escuelas para que los adolescentes puedan contribuir a protegerse del VIH/SIDA y otras ITS, reducir las tasas de embarazo adolescente y de aborto, y tener libre acceso a servicios de atención a la salud reproductiva. En respuesta a la pandemia del VIH/SIDA, el Comité ha dirigido a los estados partes a proteger los derechos de personas que conviven con VIH/SIDA de varias maneras: mejorando su acceso a servicios de salud; abordando el alto costo de las medicinas; y garantizando que no haya discriminación en la atención a la salud. El Comité también ha destacado el papel de los gobiernos en la prevención de la difusión del VIH/SIDA pidiéndoles que tomen las medidas legislativas y de políticas adecuadas para abordar la vulnerabilidad a la transmisión.³⁸

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos – PDCP)³⁹

Entrada en vigor 23 de marzo, 1976

Ratificado por 151 países

El PDCP exige que los gobiernos protejan los derechos a la vida,⁴⁰ la libertad,⁴¹ la seguridad de la persona⁴² y el derecho a la intimidad.⁴³

Como los derechos reproductivos son una condición esencial para la igualdad de las mujeres, los artículos sobre el derecho a la vida y la no discriminación dan origen al deber de los gobiernos de garantizar toda la gama de servicios de salud reproductiva, incluidos los medios para prevenir el embarazo no deseado.⁴⁴ El Comité de Derechos Humanos (CDH) que monitorea el cumplimiento de los estados del PDCP, ha considerado que se viola el tratado cuando las mujeres tienen dificultades para acceder a métodos anticonceptivos para impedir embarazos no deseados.⁴⁵

El mandato del CDH también aborda explícitamente el derecho de las mujeres a la libertad, la integridad física y la intimidad. En sus observaciones finales, el Comité ha instado a los estados a que promulguen leyes

38 Centro de Derechos Reproductivos, *supra* nota 31.

39 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado 16 dic. 1966. G.A. Res. 2200^a(XXI). N.U. GAOR, 21ava sesión, Supp.Nop. 16 en 52, N.U. Doc. A/6316(1966), 999 U.M.

N.T.S. 171 (entrada en vigor, 23 de marzo 1976) [en adelante Pacto de Derechos Civiles y Políticos].

40 *Ibid.*, art. 6.

41 *Ibid.*, art. 9.

42 *Ibid.*, art. 7.

43 *Ibid.*, art. 17.

44 *Ibid.*, arts. 3, 26.

45 Centro de Derechos Reproductivos, *supra* nota 31.

que proporcionen protección efectiva contra la violencia a las mujeres, incluida la violencia sexual. El Comité ha declarado que exigir a las sobrevivientes de violación que persigan con acusaciones a sus agresores, en vez de perseguir estatalmente el crimen, viola el PDCP. El Comité también ha llegado a la conclusión de que las leyes restrictivas del aborto que tienen algunos países viola el derecho a la vida de las mujeres y ha reconocido el impacto discriminatorio y desproporcionado de leyes de aborto restrictivas en las mujeres pobres de zonas rurales. El Comité ha criticado las disposiciones legales que eximen al violador del castigo si se casa con la víctima, así como leyes que no consideran delito la violación marital. Ha comentado también que actos de discriminación, como el hostigamiento sexual en el lugar de trabajo, deberían ser penalizados.⁴⁶

Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes (Convención contra la Tortura – CCT)⁴⁷

Entrada en vigor 26 de junio, 1987

Ratificada por 57 países

El CCT establece que la tortura es “dolor o sufrimiento grave físico o mental, infligido intencionalmente

por o con el consentimiento de un funcionario público para fines tales como ... cualquier razón basada en discriminación de cualquier clase”.⁴⁸ La CCT codifica el compromiso actual de erradicar todas las formas de tortura y garantizar protección adecuada a todas las personas contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos y degradantes, incluida la violencia basada en el género.

El Comité Contra la Tortura considera que la violencia contra las mujeres, especialmente la violación y otras formas de violencia sexual, son actos de tortura basados en el género. En observaciones finales recientes, el Comité ha reconocido que el tráfico de mujeres es una forma de violencia contra las mujeres que cae dentro de su mandato. También ha discutido la negación de atención médica en prisión como una forma de tortura.⁴⁹

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁵⁰

Entrada en vigor 3 de septiembre, 1981

Ratificada por 174 países.

La CEDAW brinda la protección legal más firme a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las

46 *Ibid.*

47 *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes*, aprobada el 10 dic. 1984. A.G. Res. 39/46, N.U. GAOR, 39ava sesión, Supp. No. 51, en 197, Doc. N.U. A/39/51(1984), 1465 U.N.T.S. 85 (entrada en vigor 26 de junio, 1987).

48 *Ibid.*, art. 1.

49 Centro de Derechos Reproductivos, *supra* nota 31.

50 Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, aprobada el 18 de dic. 1979, A.G. Res. 34/180, N.U. GAOR, 34ava sesión, Supp. No. 46, en 193, Doc. N.U. A/34/46, 1249 U.N.T.S. 13 (entrada en vigor 3 de sept. 1981).

mujeres. La CEDAW aborda la discriminación contra las mujeres en todas las esferas de la vida. Define ampliamente la discriminación contra las mujeres como “cualquier distinción, exclusión o restricción realizada con base en el sexo y que tiene el efecto o el propósito de menoscabar o nulificar el reconocimiento, disfrute o ejercicio por las mujeres ... de derechos humanos y libertades fundamentales en el terreno político, económico, social, cultural, civil o cualquier otro”.⁵¹ Exige explícitamente a los países que son parte de la Convención que garanticen que mujeres y hombres tengan igual acceso a servicios de atención a la salud, incluidos servicios de planificación familiar, y que decidan el número y espaciamiento de sus hijos y tengan la información necesaria para habilitar a las mujeres para ejercer esos derechos.⁵² Incluye disposiciones que exigen a los gobiernos que garanticen el igual acceso de las mujeres a la educación, incluida la educación sobre planificación familiar,⁵³ proporcionen a las mujeres atención a la salud en relación con el embarazo,⁵⁴ impidan la discriminación a las mujeres embarazadas por sus empleadores,⁵⁵ proporcionen licencia de maternidad y prestaciones sociales,⁵⁶ y eli-

minen la discriminación en relación con el matrimonio y en el seno de la familia.⁵⁷

El Comité de la CEDAW ha emitido fuertes recomendaciones sobre una amplia gama de cuestiones de salud sexual y reproductiva, destacando en particular que “el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico” y que los estados deberán “garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de las mujeres a los servicios de salud, educación e información, incluida el área de salud sexual y reproductiva”.⁵⁸ El Comité de la CEDAW ha instado a los estados a que garanticen que todas las mujeres y adolescentes tengan acceso a métodos seguros y asequibles de anticoncepción, asesoramiento y servicios confidenciales de planificación familiar, y educación sexual. El Comité también ha pedido a los estados partes que revisen las leyes restrictivas del aborto –por su vinculación con altas tasas de mortalidad materna– y que garanticen que el aborto sea seguro y accesible allí donde es legal. El Comité podría considerar hacer responsables a los países por cualquier falla en la garantía de servicios de aborto seguros y legales a mujeres que enfrentan un embarazo no deseado en circunstancias en

51 *Ibid.*, art. 1.

52 *Ibid.*, arts. 12(1), 16(1)(e).

53 *Ibid.*, arts. 10(a), 10(h).

54 *Ibid.*, art. 12.

55 *Ibid.*, art. 11 (2).

56 *Ibid.*

57 *Ibid.*, art. 16.

58 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres, Recomendación General 24: Mujeres y Salud (20ava sesión, 1999), en *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, en 244, Doc. N.U. HRI/GEN/!/Rev.5, 2001).

las que el aborto es ilegal pero hasta la fecha no lo ha hecho. El Comité de la CEDAW ha dado instrucciones a los estados partes para promulgar leyes que penalicen todas las formas de violencia contra las mujeres y que hagan cumplir estrictamente las leyes existentes. El Comité también ha estipulado que los gobiernos promulguen medidas para cambiar normas sociales que perpetúan prácticas tradicionales que son nocivas y discriminan a las mujeres y las niñas.⁵⁹

Convención de los Derechos del Niño/a (CDN)⁶⁰

Entrada en vigor 2 de septiembre 1990

Ratificada por 191 países

La CDN –el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado– brinda una fuerte protección a la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y requiere explícitamente a los gobiernos que “desarrollen servicios de planificación familiar y de

educación”.⁶¹ Prohíbe la discriminación contra los niños y adolescentes por varias razones, incluido sexo y otros estatus⁶² y reconoce los derechos a la vida,⁶³ información de todo tipo,⁶⁴ intimidad,⁶⁵ educación,⁶⁶ atención a la salud,⁶⁷ y libertad e integridad física.⁶⁸ La Convención también reconoce que la violencia sexual, la explotación y el abuso,⁶⁹ y ciertas prácticas que son dañinas para las mujeres (como la circuncisión femenina/mutilación genital femenina – CF/MGF) violan los derechos de las niñas y de las mujeres jóvenes.⁷⁰

En sus comentarios generales y observaciones finales a los estados partes, el Comité que monitorea la CDN ha presionado para el acceso igual de los adolescentes a todos los servicios pertinentes de VIH/SIDA de manera que se respete su derecho a la intimidad y la confidencialidad, el acceso a la educación sexual, información sobre planificación familiar, asesoría confidencial y servicios integrales de atención a la salud reproductiva. El Comité también ha pedido a los estados

59 Centro de Derechos Reproductivos, *supra* nota 31.

60 Convención sobre los Derechos del Niño/a. *aprobada* 20 de nov. 1989, A.G. Res. 44/25, anexo, N.U. GAOR, 44ava sesión, Supp, No. 49, en 166, Doc. N.U. A/44/49(1989), *Reimpreso* en 28 I.L.M. 1448 (*entrada en vigor* 2 sept, 1990).

61 *Ibid.*, art. 24.2(f).

62 *Ibid.*, art. 2.

63 *Ibid.*, art. 6.

64 *Ibid.*, art. 13.

65 *Ibid.*, art. 16.1.

66 *Ibid.*, art. 28.

67 *Ibid.*, art. 24.

68 *Ibid.*, art. 37.

69 *Ibid.*, arts. 19, 34.

70 *Ibid.*, art. 24.3.

partes que tome medidas para eliminar las prácticas que son dañinas a las jóvenes, en particular la CF/MGF.⁷¹

DECLARACIONES Y DOCUMENTOS DE CONFERENCIAS

En varias conferencias internacionales a lo largo de la última década, los gobiernos de todo el mundo han contraído compromisos audaces con la salud y los derechos reproductivos. Los documentos finales de esas conferencias han sentado las bases para la construcción de los logros de la CIPD. Los documentos de conferencias internacionales no vinculan legalmente a los gobiernos, pero éstos se han comprometido a poner en práctica sus disposiciones.

Declaración de Viena y Programa de Acción⁷²

Adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993 en Viena

Acordada por 171 países

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993 afirmó enérgicamente que “los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”, y convocó a la eliminación de todas las formas

de discriminación basadas en el género; incluida la violencia basada en el género y el hostigamiento y la explotación sexual.⁷³ Las negociaciones se centraron más puntualmente en los derechos de las mujeres como derechos humanos que en otras conferencias de NU. En particular los gobiernos acordaron que los derechos humanos de las mujeres no deberían subordinarse a tradiciones culturales o religiosas.⁷⁴ Su PA convoca a integrar perspectivas de género a mecanismos y prácticas de derechos humanos.⁷⁵ Observa que los derechos humanos se deberían aplicar a la sexualidad y la reproducción, reconociendo “el derecho de la mujer a la atención a la salud accesible y adecuada y a la gama más amplia posible de servicios de planificación familiar, así como al acceso igual a la educación a todos los niveles”.⁷⁶

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PA de la CIPD)

Adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994

Acordado por 179 países

El PA fue el primer documento de una conferencia internacional en afirmar explícitamente los conceptos de derechos sexuales y reproductivos. Proporciona un

71 Centro de Derechos Reproductivos, *supra* nota 31.

72 Declaración de Viena y Programa de Acción, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, Austria, 14-25 de junio, 1993, Doc. N.U. A/CONF.157/23(1993).

73 *Ibid.*, 18.

74 *Ibid.*, 38.

75 *Ibid.*, 37, 40-44.

76 *Ibid.*, 41.

plan de acción integral de 20 años, incluidas varias metas limitadas en el tiempo para que los gobiernos se propongan cumplirlas con el fin de garantizar los derechos reproductivos de los individuos. Fue un giro importante en el desarrollo de los derechos reproductivos el rechazar las políticas de población centradas primordialmente en reducir la fertilidad, y centrarlas en cambio en el empoderamiento de las mujeres y en satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva como los medios cruciales para propiciar un cambio demográfico. El PA considera que la salud reproductiva es una cuestión crucial que “afecta tanto como es afectada por el contexto más amplio de la vida de la gente”.⁷⁷ En consecuencia se reconoce que para mejorar la salud reproductiva se necesita: abordar las desigualdades dentro de las sociedades; eliminar la discriminación basada en el género y empoderar a las mujeres y niñas; garantizar un crecimiento económico sostenido y sostenible; proteger el medio ambiente; garantizar el acceso de todos los individuos a la educación; y mejorar todas las condiciones de vida de las personas; además de mejorar la información en salud reproductiva y la provisión de los servicios.⁷⁸ El PA de la CIPD observó por primera vez que los derechos reproductivos están incluidos en los principios de los derechos humanos existentes.⁷⁹

Declaración de Beijing y Plataforma de Acción⁸⁰

Aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995

Acordada por 189 países

La Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción amplían la CIPD reconociendo que la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es esencial para que participen plenamente y en términos de igualdad en todas las esferas de a sociedad.⁸¹

La Declaración de Beijing se centra en las obligaciones de los gobiernos de cumplir con el derecho a la salud creando las condiciones sociales y económicas que permitan a las mujeres ejercer este derecho.⁸² Reconoce por primera vez que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo una salud sexual y reproductiva libre de coerción, discriminación y violencia”.⁸³ Esta terminología también prepara el terreno para el reconocimiento de los “derechos sexuales”, pero sin emplear ese término explícitamente. También reconoce el derecho de la mujer a controlar su sexualidad y relaciones sexuales en condiciones de

77 FCI, *Meeting the Cairo Challenge. Progress in Sexual and Reproductive Health* 12, 1999.

78 *Programa de Acción de la CIPD*, *supra* nota 1.

79 *Ibid.*, 7.3.

80 Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, China, 4-15 sept, 1995, Doc. N.U. A/CONF.177/20, 1995.

81 *Ibid.*, 92.

82 *Ibid.*, 215-219; véase también *ibid.* 106(a), 220-222.

83 *Ibid.*, 96; y Programa de Acción de la CIPD.

igualdad con los hombres: “... las relaciones iguales entre hombres y mujeres en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, incluido el pleno respeto a la integridad de la persona, requieren de respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida por el comportamiento sexual y sus consecuencias”.⁸⁴

La Plataforma de Acción de Beijing también contiene logros clave en los campos del VIH/SIDA, violencia sexual y de género, y aborto, incluida *una importante recomendación* para que los gobiernos revisen las leyes que castigan a las mujeres que han tenido que sufrir abortos ilegales.⁸⁵ Por último, estipula que garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es crucial para la igualdad de mujeres y niñas, y para su capacidad de participar plenamente en todos los ámbitos de la sociedad.⁸⁶

Acciones clave para la ulterior implementación del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+5)

Aprobadas por consenso en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (SEAGNU, julio de 1999, Nueva York

El documento resultado de esta conferencia reafirma los principios acordados en la CIPD y establece estrate-

gias cruciales para abordar las necesidades sexuales y reproductivas de la gente joven, todo a pesar de difíciles negociaciones. Pero también fue “más allá” de la CIPD en algunos terrenos, incluida la mortalidad y la morbilidad maternas y su conexión con abortos inseguros, y el impacto del VIH/SIDA en mujeres y jóvenes.⁸⁷ Los gobiernos acordaron, que con el fin de reducir el impacto del aborto inseguro en la salud, los sistemas de salud deberían capacitar y equipar a proveedores de salud y tomar otras medidas para garantizar que el aborto sea seguro y accesible allí donde es legal.⁸⁸ El documento de consenso también reconoce que es necesario hacer más para prevenir nuevas infecciones de VIH/SIDA, a la vez que proveer el cuidado y el tratamiento adecuados a aquellos que viven con VIH/SIDA y proteger plenamente sus derechos humanos.⁸⁹ Con este fin, convoca a los gobiernos a que garanticen que para 2005, 90 por ciento, y para 2010, 95 por ciento de hombres y mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad tengan acceso a la información, educación y servicios de salud necesarios para desarrollar las habilidades vitales requeridas para reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH.⁹⁰ La CIPD+5 también establece nuevos hitos para cubrir la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, convocando a los gobiernos a que “aseguren que

84 *Ibid.*

85 *Ibid.*, 106(k).

86 *Ibid.*, 92.

87 *Ibid.*, 62-72.

88 *Ibid.*, 63 (iii).

89 *Ibid.*, 67.

90 *Ibid.*, 70.

para 2015 todas las instalaciones de atención primaria a la salud y de planificación familiar sean capaces de proveer, directamente o mediante remisión, la gama más amplia posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar y anticonceptivos”.⁹¹ Allí donde hay “una brecha entre el uso de anticonceptivos y la proporción de individuos que expresan el deseo de espaciar o limitar sus familias”, el documento pide a los gobiernos que “traten de cerrar esa brecha en por lo menos 50 por ciento para 2005, 75 por ciento para 2010, y 100 por ciento para 2050”.⁹² Observa específicamente que las metas y cuotas no se deben utilizar para alcanzar esos hitos, reafirmando el PA de la CIPD.⁹³ No obstante, la fuerte oposición de una pequeña delegación de estados conservadores consiguió que otras cuestiones de derechos sexuales y reproductivos, como los métodos anticonceptivos controlados por la mujer, no fueran abordadas en su totalidad.⁹⁴

Acciones ulteriores e iniciativas para implementar la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción

Aprobadas por consenso en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (SEAGNU): Mujeres

2000 Igualdad de Género, Desarrollo y Paz para el siglo XXI (Beijing+5), junio 2000, Nueva York

En la revisión a los cinco años de la Plataforma de Acción de Beijing, la comunidad internacional reafirmó los principios de la Plataforma de Acción de Beijing, así como el PA de la CIPD y de la CIPD+5 y contrajo algunos compromisos nuevos. Se acordaron medidas más progresistas para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los campos de reducción de la mortalidad y morbilidad maternas, derechos reproductivos de los adolescentes y VIH/SIDA, a pesar de que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres siguieron estando en la mira de las delegaciones de derecha.

Al abordar la violencia basada en el género, los gobiernos fortalecieron significativamente sus compromisos anteriores. El documento resultante se convirtió en el primer documento internacional de consenso que convoca a los gobiernos a erradicar “el matrimonio temprano y forzado y los llamados crímenes de honor”, y reconoce este tipo de crímenes como violaciones a los derechos humanos.⁹⁵ Se fortaleció el lenguaje que aborda otras formas de violencia, como la violación marital, convocando a que se aprobaran leyes

91 *Ibid.*, 53.

92 *Ibid.*, 58.

93 *Ibid.*

94 Centro de Derechos Reproductivos, *ICPD+5: Gains for Women Despite Opposition*, 1999.

95 N.U., Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and the Platform for Action, N.U. GAOR, 23ava Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, 5-9 de junio, 2000, 69(e), Doc. N.U. A/Res/S-23(2000) [en adelante Beijing+5 Documento de Acciones Ulteriores].

y otros mecanismos para combatir este tipo de prácticas,⁹⁶ y “tratar todas las formas de violencia contra las mujeres... como un delito grave punible por ley...”.⁹⁷ También se alienta la ratificación del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, la toma de conciencia de los crímenes de guerra basados en el género, incluida la violación, la esclavitud sexual y el embarazo forzado, y la creación de medidas para impedir y perseguir este tipo de crímenes.⁹⁸

En otros campos relacionados con los derechos reproductivos, se emplea un fuerte lenguaje para afirmar la reducción de la mortalidad materna como una prioridad en el sector salud.⁹⁹ El lenguaje relativamente progresista sobre aborto ya existente en la Plataforma de Beijing se reafirmó reconociendo a la vez que las medidas acordadas en Beijing cinco años antes para reducir el impacto en la salud del aborto no se han puesto totalmente en práctica.¹⁰⁰ Las disposiciones van más allá de Beijing y hacen un fuerte hincapié en los aspectos de género de la pandemia de VIH/SIDA y de las ITS, destacando el impacto desproporcionado en la salud de mujeres y niñas, y alentando políticas y medidas adecuadas para enfrentar esos retos. El documento

también aborda explícitamente la situación de la niña afectada por VIH/SIDA.¹⁰¹

Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

Aprobado por consenso en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (SEAGNU) sobre VIH/SIDA junio 2001, Nueva York

Un importante logro de la Declaración de Compromiso de la SEAGNU sobre VIH/SIDA es su vínculo entre sustentar los derechos humanos y refrenar y manejar la difusión del VIH/SIDA. Esto exige que los gobiernos respeten y promuevan los derechos humanos cuando desarrollan e implementan estrategias para combatir el VIH/SIDA,¹⁰² cuando emiten leyes para eliminar la discriminación contra las personas que viven con SIDA¹⁰³ y cuando establecen y fortalecen sistemas de monitoreo para proteger a las personas que viven con VIH/SIDA.¹⁰⁴ Aunque la Declaración de Compromiso no llega a identificar grupos específicamente vulnerables a la epidemia, como trabajadoras sexuales y sus clientes, hombres que tienen sexo con hombres, y usuarios de drogas inyectables, hace reco-

96 *Ibid.* 96(a), 69(d). Centro de Derechos Reproductivos, *Beijing+5: Assessing Reproductive Rights* 2000.

97 Beijing+5 Documento de Acciones Ulteriores, *supra* nota 20, 69(c).

98 *Ibid.*, 96(b).

99 *Ibid.*, 72(b).

100 *Ibid.*, 107(i), 12.

101 *Ibid.* 33, 44, 103(b), 103(c).

102 N.U. Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, N.U. GAOR, 26ava Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, 25-27 de junio, 2001, 37, Doc. N.U. A/Res/S-26/2(2001) [en adelante Declaración de Compromiso].

103 *Ibid.*, 58.

104 *Ibid.*, 96.

nocimientos cruciales de los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH/SIDA, estableciendo claros vínculos entre el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género, y la capacidad de las mujeres y niñas de protegerse de la infección del VIH.¹⁰⁵ Aunque se da prioridad a la prevención de nuevas infecciones,¹⁰⁶ la Declaración de Compromiso no llega a pedir servicios de salud reproductiva más amplios dirigidos a prevenir todas las ITS, aislando así al VIH/SIDA de preocupaciones interrelacionadas de salud reproductiva. La falta de este enfoque más amplio es peligrosa, especialmente a la luz de la alta correlación entre la incidencia del VIH y otras ITS.¹⁰⁷

Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas

Aprobadas por consenso en la Asamblea General de la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, septiembre 2000, Nueva York
En la Cumbre del Milenio, los dirigentes de 189 países reafirmaron su compromiso de trabajar por un mundo en el que el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza tendrían la más alta prioridad. Las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) centran los esfuerzos de la comunidad mundial en el logro de mejoras importantes y mensurables en la vida de la gente. Establecen criterios para medir los resultados, no sólo para los

países en desarrollo, sino para países donantes que financian programas de desarrollo y para las instituciones multilaterales que ayudan a los países a implementarlos. Las metas observan que reducir la mortalidad materna, abordar la pandemia de VIH/SIDA, promover la igualdad de género y la educación universal, son pasos vitales en la lucha contra la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.¹⁰⁸ También plantea metas para abordar estas preocupaciones antes de 2015. En el campo de la maternidad, la meta de mejorar la salud materna exige a los gobiernos “haber reducido la mortalidad materna en tres cuartas partes... de sus tasas actuales” para 2015.¹⁰⁹ No obstante, otras cuestiones de derechos reproductivos se dejaron de lado y no se reconoció la importancia que tenían para el logro de estas metas.

Un mundo a la medida de la infancia

Aprobada por consenso en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (SEAGNU), mayo 2002, Nueva York

La Cumbre de la Infancia fue un seguimiento de la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 que catalizó el apoyo para la Convención de los Derechos del Niño/a, el tratado más ampliamente ratificado en la historia, y que incluye disposiciones que abarcan los derechos y la

105 *Ibid.*, 14, 59-61.

106 *Ibid.*, 47.

107 Centro de Derechos Reproductivos, *UNGASS on HIV/AIDS: Women's Empowerment Embraced Reproductive Rights Slighted*, 2001.

108 N.U. Declaración del Milenio de Naciones Unidas, A.G. Res. 55/2, N.U. GAOR 55ava Sesión, Nueva York, Estados Unidos, 18 de septiembre, 2000, 19-20, Doc. N.U. A/55/L.2, 2000.

109 *Ibid.*, 19.

salud reproductiva de los adolescentes. La Cumbre de la Infancia fue un acontecimiento hito que estableció nuevos niveles de involucramiento y participación de los adolescentes en la toma de decisiones, convocando a los gobiernos y a otros interesados en asociarse con niños y adolescentes, a respetar y promover sus derechos, a hablar libremente y tomar en cuenta sus puntos de vista en todos los procesos de toma de decisiones que repercuten en sus vidas.¹¹⁰ No obstante, emprender acciones concretas para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven siguió siendo controvertido. Debido a una fuerte oposición dirigida por EU, que buscaba reducir el consenso internacional logrado en el pasado sobre el derecho de los adolescentes a tener acceso a servicios de salud reproductiva integrales, poco se logró para abordar los derechos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. El documento final carece de un llamado específico a favor de la provisión de servicios, información y educación que los adolescentes necesitan para protegerse del VIH/SIDA, del embarazo no deseado y de la violencia y explotación sexual. No obstante, la vasta mayoría de los participantes defendió los compromisos contraídos en conferencias anteriores de NU,

incluida la CIPD, y el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos.¹¹¹

Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico

(Comisión Económica y Social de UN para Asia y el Pacífico – CESAP), mayo 2002, Bangkok.

En la reunión a nivel ministerial de la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico en diciembre de 2002, EU (miembro por su estatus como antigua potencia colonial) fue un tenaz opositor de los principios del PA de la CIPD y trató de impedir la confirmación del acuerdo.¹¹² En último término EU no logró lo que quería y fue completamente marginado en su posición, pero sí impidió un debate importante sobre los SDRS pertinentes a la región, y posiblemente un avance en estas cuestiones. Es importante señalar que el Plan de Acción sobre la Población y la Pobreza reafirma energicamente la CIPD y la CIPD+5 y convoca a los gobiernos a que “promuevan los derechos reproductivos, hagan intensos esfuerzos para eliminar la discriminación de género, aseguren la toma de decisiones voluntaria y promuevan las elecciones y decisiones informadas a través de educación integral en salud reproductiva.”¹¹³

110 N.U., *A World Fit for Children*, N.U. GAOR, 27ava Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, 8-10 de mayo, 2002, p. 32.1, N.U. Doc. A/S-27/1/Rev. 2002.

111 *Ibid.*, 37, 37.3. Centro de Derechos Reproductivos, *UN Special Session on Children-Missed Opportunities and Neglected Realities*, 2002.

112 Population Action International, Informe de prensa, “U.S. Stance Roundly Rejected by Delegation to Bangkok Population Conference”, 17 de diciembre, 2002, UNESCAP News Services, Informe de prensa, “Fifth Asian and Pacific Population Conference adopts Plan of Action on Population and Poverty”, 17 de diciembre, 2002.

113 Comisión Económica y Social de Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, 59ava sesión, Bangkok, Tailandia, Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Plan de Acción sobre Población y Pobreza (2002) en Informe de la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Anexo 1, 7, Doc. N.U. E/ESCAP/1271, 2003.

Fuentes

Internet (última fecha de entrada entre paréntesis)

- Action Canada for Population and Development, *ACPD*, Boletín de prensa: *a Canadian non-governmental organization, claims victory for women's rights at the World Summit on Sustainable Development (WSSD)*, 12 sept., 2002.
<http://www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/PR//prID/6> (27 de enero, 2004).
- The Alan Guttmacher Institute, *AB and C in Uganda*, 2003.
http://www.guttmacher.org/pubs/exs_abc03.pdf, (27 de enero, 2004).
- The Alan Guttmacher Institute/UNFPA, *Adding it Up: The Benefits of Investing In Sexual and Reproductive Health Care*, 2003.
<http://www.guttmacher.org/pubs/addingitup.html>
- The Alan Guttmacher Institute, *Facts and briefs, Sexuality education*.
http://www.guttmacher.org/pubs/fb_sex_ed02.pdf, (17 de febrero, 2004).
- The Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Informe especial, 1999.
<http://www.guttmacher.org/pubs/sharing.pdf>, 27 de enero, 2004.
- Caldwell Bruce and more, *Pregnancy Termination in a Rural Subdistrict Of Bangladesh: A Microstudy*, International Family Planning Perspective, Volumen 25, Número 1, marzo 1999.
<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2503499.html>
- Centro de Derechos Reproductivos, *Beijing+5: Assessing Reproductive Rights* 2000.
http://www.reproductiverights.org/pub_bp_beijing5.html, (28 de enero, 2004).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Body and Soul, Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*, Nueva York, 2003;
http://www.reproductiverights.org/pub_bo_slovakia.html (23 de enero, 2004).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Bringing Rights To Bear: An Advocates Guide to the UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*, 2003.
http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bo_tmb_full.pdf (30 de enero, 2004).
- Centro de Derechos Reproductivos, *ICPD+5: Gains for Women Despite Opposition*, 1999.
http://www.reproductiverights.org/pub_bp_icpd5.html, (28 de enero, 2004).
- Centro de Derechos Reproductivos, *Medical Abortion: An Alternative for Women*, 2003.
http://www.reproductiverights.org/pub_fac_medabor.html
- Centro de Derechos Reproductivos, *UNGASS on HIV/AIDS: Women's Empowerment Embraced, Reproductive Rights Slighted*, 2001.
http://www.reproductiverights.org/pub_bp_hivungass.html, (28 de enero, 2004).
- Centro de Derechos Reproductivos, Sesión Especial de NU sobre la Infancia, *Missed Opportunities and Neglected Realities* FN 27, 2002.
http://www.reproductiverights.org/pub_bp_childsummit.html, (27 de enero, 2004).
- Darroch Jacqueline E. et. al., *Differences in Teenage Pregnancy Rates Among Five Developed Countries: The Roles of Sexual Activity and Contraceptive Use*, The Alan Guttmacher Institute, Family Planning Perspectives, Vol. 33, Num. 6, noviembre/diciembre 2001 (23 de febrero, 2004).
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3324401.html>
- Family Health International, *Better Services Can Reduce Abortion Risk*, Network: 2000, Vol.20, Num. 3.
http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v20_3/NWvol20-1youthabort.htm (23 de febrero, 2004).
- Girard Françoise, *Cairo+Five: Reviewing Progress for Women Five Years After the International Conference on Population and Development*, Journal of Women's Health and Law, Vol. 1, Num.1, Nov. 1999.
<http://www.iwhc.org/uploads/CairoPlus5.pdf>
- Greene Margaret E. Zohra Rasekh et. al., *In this Generation, Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World*, Population Action International, 2002.
<http://www.populationaction.org/resources/publications/InThisGeneration/InThisGeneration.pdf>
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:23, 13 de abril, 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0623000e.html> (19 de enero, 2004).
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:26, 18 de abril, 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0626000e.html> (19 de enero, 2004).
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:33, 6 de sept., 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0633000e.html> (19 de enero, 2004).
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:35, 8 de sept., 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0635000e.html> (19 de enero, 2004).
- CIPD, *Earth Negotiations Bulletin* 06:36, 9 de sept., 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0636000e.html>, (27 de enero, 2004).
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:37, 12 de sept., 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0637000e.html> (19 de enero, 2004).
- CIPD, Earth Negotiations Bulletin 06:39, 14 de sept., 1994.
<http://www.iisd.ca/vol06/0639000e.html> (19 de enero, 2004).
- International Women's Health Coalition, *Beijing Plus Five: IWHC's Analysis of Negotiations and Final "Further Actions"*, Documento 5, 2000.
<http://www.iwhc.org/uploads/FurtherActions.pdf>, (27 de enero, 2004).
- Irvin Andrea: *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroun*, International

- Women's Health Coalition, 2000.
<http://www.iwhc.org/uploads/ACF7DA.pdf>, (27 de enero, 2004).
- Mirsky Judith, *New Approaches to Safe Motherhood*, PANOS, 2001.
<http://www.panos.org.uk/resources/reportdetails.asp?id=1026>
- Oguttu Monica, Peter Odongo, *Midlevel Providers' Role in Abortion Care, Kenya Country Report*, ponencia para la Conferencia "Expanding Access: Midlevel Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care" South Africa, 2-6 diciembre 2001,
<http://www.ipasihcar.net/expacc/reports/KenyaCR.PDF> (27 de enero, 2004).
- Population Action International, *European Union Population and Reproductive Health Assessment Overall Assessment*.
http://www.populationaction.org/resources/publications/fair_share/dac98/european_union.htm (5 de febrero, 2004).
- Population Action International, Factsheet, num. 14, *How reproductive Health Services works to reduce poverty*, 2000
http://www.populationaction.org/resources/factsheets/factsheet_14.htm (23 de febrero, 2004).
- Population Action International, Boletín de prensa, "U.S. Stance Roundly Rejected by Delegations to Bangkok Population Conference", 17 de dic., 2002.
http://www.populationaction.org/news/press/news_121702_bangkokICPD.htm (28 de enero, 2004).
- Swedish National Institute of Public Health, *Handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter för perioden 2002-2007 (Action Plan for the Prevention of Unwanted Pregnancies 2002-2007)*.
<http://www.fhi.se/pdf/aborter.pdf> (27 de enero, 2004).
- Swedish National Board of Health and Welfare, *Aborter 2002*, Sveriges Officiella Statistik (Official Swedish Statistics).
<http://www.sos.se/FULLTEXT/42/2003-42-9/2003-42-9.pdf>, (27 de enero, 2004).
- ONUSIDA, *Fact Sheet Preventing HIV/AIDS among young people*, 2001.
www.unaids.org
- ONUSIDA: *Impact of HIV/AIDS and sexual health education on sexual behaviour of young people: a review update*, 1997.
www.unaids.org (27 de enero, 2004).
- ONUSIDA, *Technical Update, Aids and men who have sex with men*, mayo 2000.
www.unaids.org (27 de enero, 2004).
- UNIFEM, *Not a minute more, Ending Violence Against Women*, 2003
http://www.unifem.org/filesconfirmed/207/312_book_complete_eng.pdf
- UNESCAP News Services, Boletín de prensa, "Fifth Asian and Pacific Population Conference adopts Plan of Action on Population and Poverty", 17 de dic., 2002.
http://www.unescap.org/unis/press/2002/dec/g_41_02.htm (28 de enero, 2004).
- FNUAP, *Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity*
<http://www.unfpa.org/rh/mothers/facts.htm> (15 de enero, 2004).
- FNUAP Fact sheet: *Meeting the Demand for Reproductive Health Essentials*:
http://www.unfpa.org/issues/factsheets/essentials_demand.htm, (19 de enero, 2004).
- FNUAP, Ponencia de antecedentes del Foro de La Haya ,Capítulo IV, sección 328.
http://www.unfpa.org/icpd5/meetings/hague_forum/reports/back-paper/chapter6.htm
- FNUAP, *Issue in Brief: Supporting Adolescents and Youth*.
<http://www.unfpa.org/issues/briefs/adolescents.htm> (14 de enero, 2004).
- FNUAP, Proposed Projects and Proposals, Bolivia 1998-2002.
<http://www.unfpa.org/latinamerica/bolivia/2bol9802.pdf>, (27 de enero, 2004).
- FNUAP, *Reducing Risks by Offering Contraceptive Services*.
<http://www.unfpa.org/rh/mothers/contraceptive.htm>, (15 de enero, 2004).
- FNUAP, *State of the World Population*, 2003.
http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/english/swp2003_eng.pdf (27 de enero, 2004).
- FNUAP, *State of the World Population*, 2002.
<http://www.unfpa.org/swp/2002/pdf/english/swp2002eng.pdf>
- FNUAP, *Trafficking in Human Misery*:
<http://www.unfpa.org/gender/trafficking.htm>, (19 de enero, 2004).
- UNICEF, *A UNICEF Fact Sheet, Young People and HIV/AIDS*, 2002.
<http://www.unicef.org/publications/test.pdf> (27 de enero, 2004).
- OMS, Facts Sheet, *Emergency Contraception*, 2000.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> (23 de febrero, 2004).
- OMS, Facts Sheet, *Young People and Sexually Transmitted Diseases*, 1997.
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html> (27 de enero, 2004).
- OMS, *Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data 1995-2000 – Third edition*, (RHR).
http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_97_16/MSM_97_16_table_of_contents_en.html (27 de enero, 2004).
- OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2003.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/Safe_Abortion.pdf

Artículos y libros

- Bergman Ylva, *Blindbockarnassammanslagning (Juguemos todos a la gallinita ciega)*, publ. in Ottar #1, 2003.
- Blunt Elizabeth, *Abortion Issue Bedevils Summit*, BBC NEWS, 3 de sept., 2002.
- Family Care International, *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health 12*, Nueva York, 1999.
- Hanner Hans, *Psykisk hälsa och ohälsa hos ungdomar 16-24 år som attraheras av personer av sitt eget kön (Psychological health and unhealth of youths in the age of 16-24 that are attracted to persons of the same sex.)*, tesis de graduación, Institution of Psychology, Universidad de Estocolmo, 2002.
- International Gay and Lesbian Human Rights Commission, *Sexual minorities and the Work of the United Nations Special Rapporteur on Torture*, 2001.
- Jackson Helen, *AIDS Africa Continent in Crisis*, FNUAP/Sida, SAFAIDS, Harare, 2002.
- Singh Jyoti Shankar, *Creating a New Consensus on Population*, Londres, Earthscan Publication Ltd, 1998.
- Todaro, Michael P, Stephen C. Smith, *Economic Development*, Boston, Mass.: Addison Wesley, 2003.
- FNUAP, *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*, FNUAP, Nueva York, 2002.

Declaraciones de NU y Programas de Acción

- A World Fit for Children, N.U.. GAOR, 27^{ava} Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, 8-10 de mayo, 2002, ¶ 32.1, N.U. Doc. A/S-27/19/Rev, 2002.
- Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, China, 4-15 de sept., 1995, N.U.. Doc. A/CONF.177/20, 1995.
- Comisión sobre Población y Desarrollo, 37^{ava} Sesión, 31, N.U. Doc. E/CN.9/2004/3, 2004.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres, Recomendación General 24: Women and Health (20^{ava} Sesión, 1999), en *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, en 244, N.U. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5, 2001.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación General XXV: Gender Related Dimensions of Racial Discrimination (56^{ava} Sesión, 2000), en *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, en 194, N.U. D oc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001).
- Convención contra la Tortura y Otros Tratamientos o Castigos Cru-

- les, Inhumanos o Degradantes, aprobada el 10 de diciembre, 1984, A.G. Res. 39/46, N.U. GAOR, 39^{ava} Sesión, Supp. No. 51, en 197, N.U. Doc. A/39/51 (1984), 1465 U.N.T.S. 85 (entrada en vigor 26 de junio, 1987).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, aprobada el 18 de diciembre, 1979, G.A. Res. 34/180, NU GAOR, 34^{ava} Sesión, Supp. No. 46, en 193, N.U. Doc. A/34/46, 1249 U.N.T.S. 13 (entrada en vigor 3 de sept., 1981).
- Convención para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, ETS No. 5, 213 U.N.T.S. 222 (entrada en vigor 3 de sept., 1953, reformada por los Protocolos Nos. 3, 5, 8, 11, que entraron en vigor el 21 de sept. 1970, el 20 de dic. 1971, el 1 de enero 1990, y el 1 de nov., 1998).
- Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Racial, Aprobada el 21 de dic., 1965, G.A. Res. 2106 (XX), 660 U.N.T.S. 195 (entrada en vigor 4 de enero, 1969).
- Convención sobre los Derechos del Niño/a, aprobada el 20 de nov., 1989, G.A. Res. 44/25, anexo, NU GAOR, 44^{ava} sesión, Sup. Num. 49, en 166, art. 5, N.U. Doc. A/44/49 (1989), reimpresso en 28 I.L.M. 1448 (entrada en vigor 1990).
- Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, N.U. GAOR, 26^{ava} Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, junio 25-27, 2001, ¶ 37, N.U. Doc. A/Res/S-26/2 (2001).
- Acciones e iniciativas posteriores para implementar la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción, N.U. GAOR, 23^{ava} Sesión Especial, Nueva York, Estados Unidos, junio 5-9, 2000, 69(e), N.U. Doc. A/Res/S-23 (2000).
- Comité de Derechos Humanos, Concluding Observations of the Human Rights Committee-United Kingdom of Great Britain-Northern Ireland-Crown Dependencies, ¶ 14, N.U.. Doc. CCPR/C/79/Add.119 (March 27, 2000).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado el 16 de dic., 1966, A.G. Res. 2200A (XXI), NU GAOR, 21^{ava} sesión, Supp. Num. 16, en 49, N.U. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3 (entrada en vigor 3 de enero, 1976).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado el 16 de dic., 1966, A.G. Res. 2200A (XXI), N.U. GAOR, 21^{ava} Sesión, Supp.num. 16, en 52, N.U. Doc.A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entrada en vigor el 23 de marzo, 1976).
- Acciones Clave para la Ulterior Implemenación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, N.U. GAOR, 21^{ava} sesión especial, Nueva York, Estados Unidos, junio 30-julio 2, 1999, N.U. Doc. A/S-21/5/Add.1 (1999).
- Plan de Implementación de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable,

- Johanesburgo, Sudafrica, 26 agosto-4 sept. 2002, 54-55, N.U. Doc. A/CONF.199/202002.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 sept., 1994, N.U. Doc. A/CONF.171/13 (1994).
- Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 sept., 1994, Publicación de Naciones Unidas, Ventas, No. 95 X111. 18.
- Comisión Económica y Social de Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, 59ava Sesión, Bangkok, Tailandia, Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Plan de Acción sobre Población y Pobreza (2002) en Informe de la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Anexo I, ¶ 7, N.U. Doc. E/ESCAP/1271, 2003.
- Declaración del Milenio de Naciones Unidas, A.G., Res. 55/2, N.U. GAOR 55ava Sesión, Nueva York, Estados Unidos, 18 sept., 2000, ¶¶19-20, N.U. Doc. A/55/L.2, 2000.
- Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de dic., 1948, A.G. Res. 217A (III), en 71, N.U. Doc. A/810 (1948).
- Declaración de Viena y Programa de Acción, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, Austria, 14-25 junio, 1993, NU Doc.A/CONF.157/23 (1993).
- Plan de Acción sobre Población Mundial, Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, Bucarest, 19-30 agosto, 1974, ¶ 14(f), Ventas No. E.75.XIII.3, (1974).
- Caso de H v. Noruega, 19 mayo, 1992.
- Caso de Kjeldsen, Buck Madsen y Pedersen v. Dinamarca, A23 Eur. Ct. H.R. (7 dic., 1976).
- Caso de Kroon y Otros v. Holanda, A297-C Eur. Ct. H.R., 27 oct., 1994.
- Caso de Lustig-Prean y Beckett v. el Reino Unido, 25 de julio, 2000.
- Caso de Open Door Counselling Ltd; Dublín Well Woman Centre y otros v. Irlanda, 15 mayo, 1990.
- Caso de Paton v. Reino Unido, Ap. No. 8416/78, Eur. Comm. H.R., 13 mayo, 1980, 3 EHRR 408 (1981), Dic. paras. 7-9, 1981.
- Caso de Perkins y R v. el Reino Unido, 22 oct., 2002.
- Caso de Smith y Grady v. el Reino Unido 2000-IX Eur. Ct. H.R. (25 de julio, 2000).
- Caso de X, Y y Z v. el Reino Unido, 1997-II Eur. Ct. H.R., 22 abril, 1997.

Otras lecturas

- IPPF Carta de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
 IPPF Glosario de Términos de Salud Sexual y Reproductiva
 OMS Estrategia de Salud Reproductiva

Otras

- RFSU, *Young Men as Equal Partners*, YMEP, 2003.
 YMEP es un proyecto de RFSU en Tanzania y Zambia. El objetivo era cambiar actitudes hacia la sexualidad de hombres jóvenes, y se consideró un gran éxito.

Casos de la Corte Europea de Derechos Humanos

- Se encuentran todos en:
<http://hudoc.echr.coe.int/hudoc/default.asp?Language=en&Advanced=1>
 Caso de Ay din v. Turquía, 1997-IV Eur. Ct. H.R., 25 sept., 1997.
 Caso de D. v. Reino Unido (1997), Eur. Ct. H.R., Ser. A, No., 24 E.H.R.R. 423, 1997.
 Caso de Dungeon v. el Reino Unido, Eur. Ct. H.R. Ser. A, No. 5; 4 E.H.R.R. 149, 1981.
 Caso de Modinos v. Chipre, A259 Eur. Ct. H.R., 22 abril, 1993.
 Caso de Norris v. Irlanda, A142 Eur. Ct. H.R., 26 oct., 1998.

ABRIENDO ESPACIOS

El encuentro de la comunidad internacional en 1994 en El Cairo para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) simbolizó un cambio radical en el enfoque de los temas de población. La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) sustituyeron la perspectiva más restringida de orientación demográfica. La atención se centró en el derecho de las personas a tener acceso a información y servicios de salud reproductiva que les permita controlar su propia sexualidad, y en la importancia que tiene la igualdad de género en todos los niveles de la sociedad. El Programa de Acción (PA) de la CIPD, que plasma los objetivos comunes y las acciones para lograrlos, fue acordado por 179 países. Cinco años después, los países se reunieron de nuevo en la conferencia llamada CIPD+5 para evaluar los avances logrados en la implementación del PA de la CIPD.

La Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) ha publicado esta guía de la CIPD para celebrar el décimo aniversario de la Conferencia de El Cairo. Esta guía está destinada a todas las personas que deseen ponerse al día sobre el debate político en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Es una herramienta útil para las personas que negocian y promueven estos temas. El contenido proporciona un mapa general del PA, una explicación de sus términos más polémicos, una referencia a quién es “la oposición”, los argumentos políticos y los tratados y documentos internacionales pertinentes para nuestros intentos de reforzar la SDSR como un derecho humano fundamental.

Este libro está publicado por la RFSU, con la colaboración del Centro de Derechos Reproductivos de Nueva York en la redacción de algunas secciones del texto.