

**DECLARACIÓN DE
MEDICUS MUNDI
SOBRE DERECHOS EN
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

Federación de Asociaciones Medicus Mundi

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: Definiciones

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

IV. COMPROMISOS Y NORMATIVAS INTERNACIONALES

V. PRINCIPALES BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

VI. IMPACTO DE LA FALTA DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

VII. CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE MEDICUS MUNDI

ANEXO: Cuadro sobre la relación de los Derechos Humanos con los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Impacto sobre las Mujeres de la falta de cumplimiento de estos derechos.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

I. INTRODUCCIÓN

Derechos sexuales y reproductivos.

Desde que el 10 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamara la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se han producido numerosas transformaciones en las creencias y paradigmas socioeconómicos, culturales, políticos, ideológicos, económicos, tecnológicos y científicos, que han influido en nuestras demandas de observación, reconocimiento y respeto de los mismos.

Durante años, el concepto de Derechos Humanos estuvo limitado a la relación del individuo con el Estado y a las violaciones de los derechos cometidas en la esfera pública. Por este motivo, por ejemplo, la violencia doméstica y otros actos “tradicionales” de violencia contra las mujeres no fueron considerados una violación de los Derechos Humanos sino un asunto del ámbito privado, de lo que se derivaba la ausencia de políticas públicas que reconocieran el valor social (por ende estatal) del fenómeno de la violencia de género. Gracias a la acción colectiva de las mujeres, las normas internacionales han incorporado la protección de estos derechos cuyo cumplimiento debe exigirse tanto al Estado como a los particulares, independientemente de que ocurran en el ámbito público o en el privado. Es en este contexto que podemos afirmar que aún existen lagunas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, problemas suscitados por ciertos derechos que no se contemplan directamente en la Declaración o que no cuentan aún con una estructura jurídica suficientemente consolidada, como lo que nos ocupa en este documento, los derechos de varios grupos y categorías relacionados con la sexualidad y la reproducción, la diversidad sexual y la autodeterminación sexual.

Antecedentes e hitos

Los derechos sexuales y reproductivos son, dentro del marco de los Derechos Humanos, relativamente recientes, ya que se formulan por primera vez en 1994, durante la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (CIPD), en El Cairo. Existe un antes y un después de esta Conferencia en la que 179 estados, impulsados por organizaciones de mujeres, colectivos feministas y movimientos sociales, acuerdan un Programa de Acción para mejorar la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos, promover la equidad entre los géneros, reducir la mortalidad materno-infantil y obtener el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la salud sexual.

“En esta Conferencia se introdujeron tres cambios fundamentales respecto a las conferencias anteriores: un nuevo concepto “la salud reproductiva” más amplio e integral que el de “planificación familiar”, el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión fundamental de las personas y la consideración de que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad bajo una libre decisión y con condiciones que permitan que esto ocurra.”. (Ramos Padilla, Miguel)

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

II. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: Definiciones

La primera vez que se utilizó el término de salud sexual y reproductiva fue en la **CIPD** (El Cairo, 1994). Este logro fue fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los 70 y 80, quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

Salud sexual

Salud Sexual es *“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer de experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”* (OMS, 2006).

Por su parte, la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) añade a esta definición que la salud sexual es *“la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social”* (OPS/OMS, 2000).

Mientras que el objetivo de la salud sexual es la actividad sexual, la salud reproductiva está enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

Salud Reproductiva

*“La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a obtener información y tener acceso a métodos anticonceptivos de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.* (Naciones Unidas. CIPD. El Cairo, 1994)

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, la eliminación de las violencias contra las

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

mujeres y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital. La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social.

III. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS¹

Toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene (o no) descendencia y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión de todas las personas, mujeres y hombres, sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva.

- Los **derechos sexuales** incluyen el derecho de mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad y a decidir, libre y responsablemente, sin verse sometidas/os a ningún tipo de coerción, discriminación o violencia. Implica, por lo tanto, unas relaciones sexuales igualitarias entre las personas, que garanticen el pleno respeto a la integridad del ser humano y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual.
- Los **derechos reproductivos** incluyen el derecho básico de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos/as y a disponer de la información, educación y medios adecuados para ello; el derecho alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

IV. COMPROMISOS Y NORMATIVAS INTERNACIONALES

El camino hacia **la salud sexual y reproductiva** tal y como la entendemos hoy se inició en **1948** cuando, en la **Declaración de los Derechos Humanos**, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud, se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que: *“la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.

Los **Derechos Sexuales y Reproductivos** fueron definidos tanto en la CIPD como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) como *“los derechos de las mujeres y de los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a*

¹ Ver cuadro anejo

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

*disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”.*²

Ciertos derechos sexuales y reproductivos han quedado bien establecidos como **Derechos Humanos** en el Derecho Internacional en el curso de la última década, a medida que ha avanzado el proceso de transformar los compromisos políticos hechos por los gobiernos en El Cairo y Beijing en deberes exigibles y justiciables mediante la evolución del proceso legislativo internacional.

Aunque existen grandes diferencias en los enfoques y la reglamentación adoptados por los distintos países sobre ciertas cuestiones y, en particular, la del acceso al aborto, existe también un alto consenso mundial sobre muchas otras cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Muchos de ellos están reconocidos en las siguientes normas internacionales:

- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Convención sobre los Derechos del Niño.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (“la Convención de la Mujer”).
- Convenio Europeo de Derechos Humanos.
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.

Todas ellas cubren el derecho a la vida; el derecho a la seguridad de la persona; el derecho a no ser sometido a penas o tratos crueles inhumanos o degradantes; el derecho a la intimidad; el derecho a buscar, recibir e impartir información; el derecho a no sufrir discriminación; el derecho a la salud; el derecho a decidir el número de hijos e hijas y el espaciamiento y el momento de los nacimientos. **Derechos todos ellos fundamentales en la salud sexual y reproductiva.**

Mención especial a la cobertura legal internacional del acceso al aborto

La cuestión de **acceso al aborto** no se puede desligar del contexto amplio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, sus derechos a no sufrir y la obligación de los Estados³ de defender y hacer efectivos estos derechos. Los órganos independientes de **expertos que interpretan los tratados de Derechos Humanos** se muestran favorables a que el aborto debe

² Esta definición es una reelaboración de la realizada originariamente por el movimiento feminista que formuló en los años 70 los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como el derecho de éstas a controlar su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad.

³ En noviembre de 2005 el Comité de Derechos Humanos de la ONU responsabilizó al gobierno de Perú de no haber facilitado a una mujer el acceso a servicios de aborto, a pesar de que el feto sufría una malformación mortal.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

ser accesible y seguro en los lugares en los que es legal y, además, se debe permitir cuando el embarazo es consecuencia de una violación o entraña un peligro para la vida de la madre.

Los entornos en los que a veces se someten las mujeres a abortos en condiciones arriesgadas reflejan no solo la desesperación de estas mujeres sino, también, y a menudo, la pasividad del Estado a la hora de respetar, proteger y realizar los derechos de la mujer, como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el derecho a no ser víctima de violencia o coerción

La conferencia de El Cairo estableció un “programa de acción” aprobado por consenso por 179 Estados en el que se comprometieron a abordar desafíos esenciales y, en las relaciones existentes entre población y desarrollo, acordaron que la salud reproductiva en el contexto de **la atención primaria de salud debería abarcar, entre otras cosas, la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias.** Además, declararon que los gobiernos deben **proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto así como aumentar las prestaciones de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud.** Al tiempo, afirma que las mujeres deben tener accesos a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos.

En la revisión de 1999 y 2004, los Estados acordaron que *“en todos los casos las mujeres deberían de tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de aborto. Se deberían de ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”.* Más recientemente, la Comisión sobre Población y Desarrollo, en resolución adoptada el 15 de abril de 2011, urge a los gobiernos a: *“crear servicios de calidad para el manejo de las complicaciones derivadas del aborto, a reducir el recurso al aborto mediante la expansión y mejora de los servicios de planificación familiar y, en los casos en los que el aborto no esté en contra de la ley, a formar y equipar proveedores de salud y tomar las medidas necesarias para asegurar que el aborto sea seguro y accesible, reconociendo que en ningún caso se debe promover el aborto como un método de planificación familiar”* (Naciones Unidas, 2011)

Actualmente, solo una norma internacional hace referencia específicamente al derecho de acceso al aborto: el protocolo a la **Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer de África (2003)**. El protocolo obliga a los estados a tomar medidas para “proteger los derechos reproductivos de la mujer autorizando el aborto médico en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando la continuación del embarazo ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o del feto”.⁴

⁴ Artículo 14 del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África, que entró en vigor en los Estados Partes en noviembre de 2005. Es la única disposición explícita sobre el acceso al aborto presente en un tratado de DDHH.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Garantía de los Estados.

Cada día es más evidente la necesidad de que los acuerdos firmados en El Cairo y Beijing sean tenidos en cuenta en el proceso de vigilancia sobre el cumplimiento de los tratados relativos a derechos humanos, de modo que los **gobiernos puedan ser jurídicamente responsables de las violaciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos.**

El Protocolo facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), en vigor desde el 22 de diciembre de 2000, es un **mecanismo jurídico** en base al cual las mujeres pueden acceder al comité de vigilancia de la CEDAW para pedir la reparación a nivel internacional por violaciones de los Derechos reconocidos en la Convención. La Convención⁵ protege a las mujeres de la discriminación por autoridades públicas o agentes estatales. Además, un hecho muy significativo, **atribuye a los Estados Partes responsabilidad por los actos discriminatorios cometidos por particulares y por organizaciones.** Esto significa que si las autoridades estatales no ofrecen protección contra tales prácticas y abusos mediante, por ejemplo, legislación y programas de educación pública o no ponen en manos de la justicia a quienes cometen tales abusos ni indemnizan a las víctimas, el Estado estaría incumpliendo las obligaciones que ha contraído con arreglo a la Convención.

V. PRINCIPALES BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A.- Inequidad de género y salud sexual y reproductiva

El género no es sólo un aspecto determinante de inequidad sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres. Por razones biológicas las mujeres son las que cargan sobre sus cuerpos el embarazo, el parto y el puerperio y, por lo mismo, existen necesidades específicas para atender estos procesos. Sin embargo, los riesgos para su salud que se derivan de tales eventos no sólo están relacionados con dichos papeles biológicos en sí, sino y, sobre todo, con el acceso a cuidados de salud para estos procesos, con el trabajo reproductivo y productivo que realizan, con o sin apoyo de sus parejas masculinas en estos períodos, y con la capacidad o no de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir y la oportunidad de estos. Estas están ligadas, junto a la pertenencia a una clase social determinada, a la equidad o inequidad de género existente.

La **salud reproductiva** es un componente importante de la salud de los hombres y de las mujeres, sin embargo, es **más crítica para las mujeres.** Una buena parte de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y su potencial reproductivos y con la forma en que la sociedad trata o maltrata a las mujeres en razón del género. Tal y como indica el informe

⁵ Amnistía Internacional. Marzo 2001. Un mecanismo para reivindicar los derechos de la mujer. El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Mujer. Índice AI: IOR 51/001/2001/s

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

del UNFPA DE 2010: “*Sexual and reproductive health for all*”, el lento progreso en la reducción de la mortalidad materna y en el acceso a la salud reproductiva refleja una persistente inequidad de género y un fracaso en el reconocimiento y garantía de los derechos de las mujeres. Cada año, millones de niñas y mujeres desaparecen innecesariamente, a menudo de manera cruel, como resultado del feminicidio infantil, violencia de la pareja, crímenes de honor y de pasión, falta de atención sanitaria o abortos selectivos –simplemente porque ellas van a ser niñas. Sólo en los últimos 50 años han muerto más niñas y mujeres como resultado de estos fracasos que hombres en todas las guerras del siglo XX.

Revisamos **algunos ejemplos representativos** de la íntima relación que tiene la salud sexual y reproductiva con las construcciones de género:

1.-Capacidad de decisión libre sobre la procreación y embarazos no deseados

La existencia de una legislación que prescriba la libre determinación, la información sobre sus derechos e incluso sobre los métodos anticonceptivos disponibles no es suficiente si no se dan a la vez las condiciones para que las mujeres puedan ejercer estos derechos. Las inequidades se anteponen a los derechos y deseos de las mujeres y les impiden, aún teniendo la información adecuada, optar libremente sobre qué hacer con sus propios cuerpos y cómo regular su reproducción. Así, por ejemplo, los largos **procesos de socialización patriarcales**, sexistas y jerárquicos, han logrado una fuerte internalización en muchas mujeres de su papel subordinado, con actitudes de sumisión y escaso empoderamiento ante las decisiones y privilegios masculinos. Esto hace que, a menudo, la negociación frente a las **medidas de protección frente a embarazos** no deseados o infecciones de transmisión sexual (ITS), la realicen las mujeres desde una posición de menor poder. Muchos embarazos no deseados son producto de violencia sexual o de agresiones menos evidentes como el acoso sexual o el chantaje emocional.

Donde las relaciones jerárquicas entre hombres y mujeres son aún más acentuadas, como ocurre en muchas áreas rurales □en las que las mujeres incluso carecen de poder de decisión sobre la posibilidad de recibir cuidados profesionales durante el embarazo y el parto□, las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres pueden llegar a ser muy graves y, en ocasiones, incluso mortales.

2.- Proceso de feminización del VIH/SIDA:

Como es bien conocido, la infección por VIH ha sufrido un proceso de feminización en las últimas décadas, especialmente en África subsahariana. Las causas de esta feminización, además de la mayor vulnerabilidad biológica de la mujer a la infección por VIH, especialmente en los casos de relaciones sexuales forzadas, están claramente relacionadas con la inequidad de género. Esta feminización es debida, entre otras causas, a:

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- **Un amplio sector de mujeres carece de poder** frente a sus parejas masculinas, aún a sabiendas de que estos mantienen relaciones sexuales paralelas, para exigir el uso de preservativos en sus relaciones sexuales. El preservativo masculino es, actualmente, el método disponible más accesible, seguro, económico y eficaz para la protección contra esta infección y otras ITS, pero precisa de la cooperación del varón para su utilización.
- **La actitud de los y las prestadores** de servicios de salud reproduce con frecuencia las relaciones inequitativas de género. Así, cuando detectan alguna enfermedad de transmisión sexual en las mujeres, utilizan los criterios que la normatividad social impone, y que ellos comparten y usan en su vida privada, e intentan proteger la unidad familiar no otorgando información que cree discrepancias o rupturas en la pareja con respecto a posibles actos de infidelidad masculina. En consecuencia, no le comunican a la mujer la causa de su enfermedad ni la necesidad de iniciar medidas de protección inmediatas así como de que su pareja sea también estudiada y tratada.

3.- El cáncer cérvico-uterino y el tumor maligno de mama

Finalmente mencionar también que el cáncer cérvico-uterino y el tumor maligno de mama ocupan un lugar importante dentro de las causas de muerte de mujeres en edad reproductiva. La mortalidad por estas enfermedades, que detectadas en su fase inicial son curables, especialmente el cáncer cérvico-uterino, está muy vinculada a mujeres de bajos recursos económicos que no pueden acceder a servicios de detección temprana.

Sin embargo, hay que indicar que las construcciones de género se erigen como grandes obstáculos para el ejercicio pleno de estos derechos por parte de las mujeres, pero también para los hombres. Las creencias respecto a la sexualidad masculina y femenina permanecen fuertemente enraizadas en el imaginario colectivo y son reproducidas cotidianamente por las instituciones sociales. La práctica sexual es el medio predilecto por el que los hombres son forzados socialmente a probar su hombría, como si esta fuera una cualidad siempre en peligro de perderse. Esto da lugar a que la **(hetero)sexualidad masculina** sea considerada como obligatoria y competitiva con otros hombres y les conduce a prácticas sexuales inseguras que incrementan el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por VIH.

En lo que respecta a las mujeres, la cultura machista hegemónica concibe la sexualidad femenina como pasiva y sin derecho a la iniciativa, con la posibilidad de un disfrute moderado de la sexualidad pero teniendo siempre como única fuente de placer a su pareja y con la obligación de aceptar los requerimientos sexuales masculinos dentro del matrimonio. Estas creencias, que actúan como una normatividad social que no se puede transgredir, so pena de ser rechazado y estigmatizado socialmente, desarma a muchas mujeres y les otorga menor capacidad social para la negociación y el autocuidado frente a los embates masculinos. Este

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

acceso limitado y escaso control que tienen sobre su propia sexualidad convierte a estas mujeres en seres vulnerables a la explotación y violencia sexual, embarazos no deseados, abortos inseguros y a ITS, incluida la infección por VIH.

Por otra parte, las **tendencias conservadoras y/o fundamentalistas y otras posturas adversas**, presentan desafíos para el avance de los derechos sexuales y reproductivos. El control de la mujer sobre su propia sexualidad y capacidad reproductiva, a menudo, puede ser percibido como una amenaza para la tradición o para el orden patriarcal socialmente dominante. En muchos casos, las interpretaciones religiosas son utilizadas para justificar las restricciones en la educación y provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente las relacionadas con la educación sexual y servicios para jóvenes o la información sobre y el acceso a métodos de regulación de la fertilidad, de prevención de ITS o al aborto seguro. Además, en este contexto conservador/fundamentalista se conceptualiza la sexualidad como actividad exclusiva de parejas heterosexuales y dirigida a fundar una familia. En cambio, los derechos sexuales y reproductivos reconocen la **diversidad sexual** y afirman que el ejercicio de la sexualidad no tiene porqué tener como finalidad la procreación.

En todas las sociedades hombres y mujeres tienen un desigual acceso a todo tipo de recursos tanto personales, sociales como sanitarios. Así, la inequidad de género, como problemática global que afecta como colectivo a las mujeres de todo el mundo, es uno de los principales factores que afectan al reconocimiento y adecuado ejercicio de los DDSSRR y, hasta que estas diversas formas de inequidad institucional, económica, cultural y social sean eliminadas, estará impedido el progreso hacia una salud sexual y reproductiva efectiva y la garantía de los derechos humanos de las mujeres.

B.- Debilidad de los sistemas públicos de salud y escasez de profesionales expertos y expertas

Los procesos **de ajuste estructural impuestos desde Occidente**, especialmente durante la década de los 90, han conducido a recortes en el gasto del sector sanitario, a privatización de los servicios, al abandono de extensas coberturas y a la introducción de tasas en la asistencia sanitaria pública. Estos cambios han incrementado las barreras de acceso a la información y atención médica, especialmente para la población más pobre.

Además, muchos países, especialmente en África, afrontan una grave escasez de personal sanitario. Se estima que aproximadamente 2,4 millones de profesionales de salud □ medicina general, enfermería y matronas □ son necesarios a nivel mundial. Como consecuencia, los sectores de población con menos recursos sufren tasas de morbilidad y mortalidad desproporcionadamente altas por todas las causas y, entre ellas, con aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Esta “escasez neta de profesionales de la salud” viene acompañada de resistencias a desplazarse a zonas rurales y/o de difícil acceso y de una tendencia a la concentración de los servicios de salud en las grandes urbes, que no puede explicarse exclusivamente bajo argumentos de densidad de población.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Una de las medidas para disminuir la patología relacionada con la salud sexual y reproductiva sería integrarla en un **sistema fuerte de salud** con los recursos financieros necesarios, gobernado con eficacia y que contase con los mecanismos necesarios para garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas. Así mismo, requerirá de una infraestructura y logística eficiente, políticas claras y, por supuesto, un número suficiente de profesionales bien capacitados, culturalmente arraigados y adecuadamente remunerados. Profesionales que entiendan la salud no sólo como un derecho individual, sino como un derecho colectivo que integre un enfoque intercultural respetuoso de las diversas cosmovisiones y saberes de los pueblos.

Todo esto nos sitúa frente a uno de los más importantes retos que tenemos en la actualidad: que los sistemas de salud en todo el mundo se enfrenten a la **escasez de fondos y de personal**.

C.- Falta de compromiso político, políticas integrales y normativa de obligado cumplimiento.

Como hemos visto, durante más de treinta años la comunidad internacional ha confirmado y ampliado su compromiso con la salud sexual y reproductiva que ha quedado patente en una serie de conferencias clave a nivel internacional. Sin embargo, el compromiso de los gobiernos con respecto a la igualdad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no se puede quedar en una mera declaración de adhesión a principios formales sino que, necesariamente, se ha de traducir en la elaboración del **tejido legislativo y políticas integrales** que garanticen el pleno disfrute de estos derechos.

La **inversión en salud sexual y reproductiva** requiere hacer frente a diversas limitaciones en muchos niveles: en el hogar y la comunidad, dentro del sistema de prestación de servicios de salud, en políticas e instituciones públicas así como en donantes y organizaciones internacionales.

Es crucial una **buena gestión gubernamental** a nivel nacional y local, y esto conlleva que los gobiernos asuman el compromiso y la capacidad de diseñar y elaborar políticas adecuadas que afecten directamente al fortalecimiento de los sistemas de salud y que hagan posible el acceso universal.

“Los países con los niveles más altos de tasas de fecundidad y mortalidad materna son aquellos que tienen el rango más bajo en las evaluaciones de “gestión gubernativa”. Por el contrario, los países que tuvieron más éxito en mejorar la salud materna y la reducción de las tasas de fecundidad, son los países con gobiernos que muestran más liderazgo y compromiso con estos temas”.

World Bank. April 2010. *The world's Bank Reproductive Health Action Plan 2010-2015.*

El compromiso vacilante por parte de los gobiernos con la salud sexual y reproductiva ha obstaculizado enormemente su progreso: la mayoría de las promesas adoptadas por los

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

gobiernos no han sido apoyadas con las acciones y recursos financieros que serían pertinentes.

En este sentido, se deben priorizar acciones encaminadas a adecuar la normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos, apoyar **políticas públicas regionales, nacionales y locales** para la difusión y cumplimiento de estos derechos o garantizar protección social y jurídica ante la violación de los mismos. Igualmente, es esencial promover leyes que favorezcan los derechos de las mujeres y que obliguen a los gobiernos a destinar los recursos necesarios y rendir cuentas, en definitiva, **leyes** que susciten efectos **de obligado cumplimiento**.

Pretender avanzar en todas estas medidas sabemos que es un reto más en el actual contexto de crisis económica. Sin embargo, este hecho no puede convertirse en una excusa para incrementar las desigualdades, sino en una oportunidad para acelerar los cambios del sistema y el reconocimiento de los derechos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

VI. IMPACTO DE LA CONCULCACIÓN DE LOS DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

La sexualidad y la reproducción son inherentes a la vida humana y contribuyen de manera muy importante al bienestar de las personas. Por ello la falta de derechos en estos ámbitos tiene un fuerte impacto negativo sobre la salud de los seres humanos.

Las relaciones sexuales libremente elegidas son una gran fuente de placer. Sin embargo, cuando estas relaciones sexuales son impuestas por normas sociales o culturales o mediante coerción o violencia, si son un medio para sobrevivir dentro de la pobreza o practicadas en condiciones no seguras, entonces, en estos casos, pueden ser causa de sufrimiento, traumatismos físicos y psicológicos, infecciones de transmisión sexual, discapacidad y muerte. Además, en las mujeres, que son las que sufren en mayor proporción estas situaciones, pueden dar lugar a embarazos no deseados y/o de alto riesgo y abortos no seguros.

El embarazo y maternidad son altamente satisfactorios para una gran parte de la población. Pero para muchas mujeres suponen un elevado riesgo de complicaciones, discapacidad y muerte, la mayoría evitables y, para sus familias, además del sufrimiento que conlleva la enfermedad y la pérdida, un gran riesgo para la salud y la educación de sus hijos e hijas. Cabe en este sentido recordar que es una evidencia demostrable la relación entre embarazos no deseados, especialmente en la adolescencia, con incrementos de pobreza, de tal manera que son precisamente estos embarazos los que actúan de manera decisiva en la retroalimentación de la pobreza y la exclusión social.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Problemas de salud relacionados con la falta de derechos sexuales y reproductivos.

Sexo no seguro

Se considera **sexo no seguro** a aquellos comportamientos sexuales que incrementan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (*WHO, 2009*). La práctica de sexo no seguro es más frecuente en personas jóvenes que no han tenido acceso a información, cuando existen desigualdades de poder que impiden negociar con la pareja sexual la práctica segura de sexo y en las relaciones sexuales practicadas con coerción o violencia.

- El **sexo no seguro** es causa de **2,4 millones de muertes** a nivel global, siendo la tercera causa de mortalidad en los países de bajos ingresos (1,7 millones) y el **segundo factor de riesgo de incapacidad (el primero en mujeres en edad reproductiva)** a nivel mundial, afectando a 70 millones de personas, la gran mayoría de ellas (60 millones) en países de ingresos medios o bajos (*WHO, 2009*).
- Es la principal causa de infección por el **VIH** y otras **ITS** así como del **cáncer cervical** (*WHO, 2009*).
 - En 2009 se produjeron **2,6 millones** de nuevas infecciones por VIH (*UNAIDS, 2010*). En África subsahariana, la mayoría de personas que viven con el VIH son mujeres jóvenes de 15 a 24 años. La vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH permanece en un nivel especialmente alto en África subsahariana: alrededor del 76% de todas las mujeres VIH-positivas del mundo viven en esta región (*ONUSIDA 2010*).
 - Se estima que cada año se producen **340 millones de casos de las cuatro ITS más frecuentes** (sífilis, gonorrea, clamidias o tricomonas). Estas enfermedades son la segunda causa de pérdida de salud en mujeres y un tercio afecta a menores de 25 años (*Glasier 2006*).
 - El 99% de los casos de **cáncer cervical** son debidos a una infección genital por el virus del papiloma humano. El cáncer cervical es el segundo cáncer más frecuente en mujeres. Cada año se diagnostican unos 500.000 nuevos casos y unas 250.000 mujeres mueren por su causa, el 80% en países de ingresos medios y bajos, debido a la falta de acceso y a la escasa calidad de los servicios de prevención y control de este tipo de cáncer (*WHO 2010b*).

Anticoncepción y abortos no seguros

- Más de 120 millones de parejas tienen necesidades insatisfechas de anticoncepción. 80 millones de mujeres tienen, anualmente, embarazos no deseados o no intencionados de

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

los que son interrumpidos 45 millones. Los embarazos no intencionados ocasionan el 30% de la carga de enfermedad asociada a la maternidad (*Glasier, 2006*).

- 20 millones de abortos en el mundo se practican en condiciones no seguras, la mayoría en países en desarrollo; el 40% de estos abortos son practicados a mujeres menores de 25 años y unas **68.000 mujeres fallecen anualmente a causa de sus complicaciones, la mitad de ellas en África**, aunque probablemente este número sea mayor ya que el aborto, al no ser legal o estar estigmatizado en muchos lugares, no se declara como tal. Se estima que **el 13% de todas las muertes maternas en el mundo son debidas a abortos inducidos** (*Grimes, 2006*).
- La morbilidad del aborto no seguro es mucho mayor que la mortalidad: hemorragias, sepsis, peritonitis, traumatismos de cuello uterino, vagina, útero y órganos abdominales. Un 20 -50% de las mujeres con abortos inseguros deben ser hospitalizadas, se estima que un 20-30% tienen infecciones del aparato reproductor y un 20-40% terminan siendo infértiles (*Grimes, 2006*).
- El aborto no seguro pone en peligro principalmente a las mujeres de los países en desarrollo en los que el aborto está prohibido por la ley o, en el caso de que esté legalmente permitido, no es fácilmente accesible. En los países en los que el aborto está permitido y es accesible la morbilidad es mínima y la mortalidad casi inexistente. **En general, las desigualdades en la salud sexual y reproductiva de las mujeres son inmensas siendo el aborto una de las causas principales y uno de los aspectos más ignorados actualmente en el mundo.**

Morbi-mortalidad maternal

- Cada año, unas **210 millones de mujeres sufren complicaciones que amenazan su vida durante un embarazo** las cuales, a menudo, les causan graves incapacidades. **Medio millón, o más, adicional muere a causa del embarazo, parto o puerperio**, más del 99% de los casos en países en desarrollo (*Glasier, 2006; WHO, 2010a*). Más de la mitad ocurren en África subsahariana y un tercio en Asia meridional. El promedio de muertes en los países en desarrollo es de 450 muertes por cada 100.000 nacidos vivos versus 9 en los países desarrollados (*WHO, 2008a*).

Violencia sexual

- Un gran número de mujeres entre 15-49 años –que en algunos países llega hasta al 60%- ha sido forzada a mantener relaciones sexuales. En la mayoría de los casos la violencia sexual es ejercida por el marido, compañero o por un varón cercano a la familia (*Bott S. 2010*).

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- **Tráfico sexual:** De 600.000 a 800.000 personas son objeto de tráfico a través de las fronteras internacionales cada año. El 80% son mujeres y niñas y la mayoría lo son para dedicarlas a la industria del sexo.
- **Violencia sexual durante conflictos armados:** Esta violencia puede ser ejercida tanto por los combatientes -como arma de guerra para desestabilizar las comunidades o para obtener “esclavas sexuales”-, como por hombres de la misma comunidad que aprovechan el conflicto para violentar a las mujeres sin miedo a posibles castigos. Las mujeres desplazadas por los conflictos también se encuentran en riesgo elevado de sufrir violencia sexual o se ven obligadas a intercambiar servicios sexuales por comida, seguridad, protección u otros recursos necesarios para su supervivencia y la de su familia (OCHA/IRIN, 2005).
- Los varones tienden a reconocer menos la violencia sexual que las mujeres, pero se calcula que hasta un 30% en algunos lugares pueden haberla sufrido. La mayor parte de esta violencia es perpetrada por otros varones y en el 89% de los casos ocurre durante la infancia o adolescencia (Bott, S, 2010).

Prácticas tradicionales nocivas

- **Mutilación genital femenina:** Entre 100 y 140 millones de mujeres en el mundo han sido sometidas a alguna forma de mutilación genital femenina y 3 millones de niñas se encuentran en riesgo de sufrir esta practica cada año (WHO, 2008b). La mutilación genital femenina incrementa la morbilidad y mortalidad de las mujeres durante el parto así como de los recién nacidos (WHO, Lancet 2006)
- **Otras prácticas tradicionales nocivas relacionadas con la SSR:** matrimonios forzados de niñas y adolescentes; restricciones sobre el derecho a casarse de la segunda hija; restricciones dietéticas o alimentación forzada de embarazadas; matrimonio forzado con el hermano del marido fallecido o con el marido de la hermana muerta.

Impacto en la salud de la infancia y adolescencia

Consecuencias directas de la conculcación de Derechos en Salud Sexual y Reproductiva

- El 4-30% de las primeras relaciones sexuales de adolescentes y chicas jóvenes se producen con coerción sexual (Channon AA, 2010).
- 82 millones de niñas y adolescentes son casadas por su familia antes de los 18 años, la mayoría en países en desarrollo. Las relaciones sexuales de estas jóvenes con sus esposos son con frecuencia forzadas y carecen de poder para negociar la práctica de sexo seguro (OCHA/IRIN, 2005).

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- Las niñas forzadas a mantener relaciones sexuales están expuestas a ITS, incluida infección por VIH, y a embarazos no deseados y de alto riesgo. **Las complicaciones del embarazo son la principal causa de muerte en las jóvenes entre 15-19 años y por cada fallecida 30 más sufrirán lesiones, infecciones y discapacidades.** Además, **sus hijos tienen un 60% de más posibilidades de morir en el primer año** que los hijos de mujeres de más edad (OCHA/IRIN, 2005).
- Una de las causas de mortalidad en adolescentes son los abortos no seguros. La cuarta parte de abortos no seguros en África son practicados a adolescentes (Grimes 2006).
- El riesgo de parto obstruido, por insuficiente desarrollo de la pelvis, es superior en estas mujeres así como una de sus consecuencias: **la fístula obstétrica.** Unos dos millones de mujeres padecen fístula obstétrica en el mundo; cada año afecta a otras 50.000-100.000 mujeres; es la cuarta causa de mortalidad materna global y suele ser causa de divorcio y de que estas mujeres sean marginadas de la sociedad (OCHA/IRIN 2005 / WHO 2010c).
- El número de niños y niñas que han sufrido **abuso sexual** por un adulto es difícil de conocer, pero en algunos lugares es tan elevado como un 30% de niñas y un 20% de niños. El abusador es un varón en la mayoría de los casos. El abuso sexual suele tener graves consecuencias físicas y psicológicas para quienes lo han sufrido (OCHA/IRIN 2005).
- Se calcula que la cuarta parte de la industria sexual mundial es **prostitución infantil.** Aunque la trata de niñas y niños es especialmente elevada en países como Brasil, India, China, Tailandia y Estados Unidos, es un problema internacional.

Consecuencias indirectas de la conculcación de Derechos en Salud Sexual y Reproductiva.

- La falta de atención sanitaria especializada durante el embarazo y el parto no solo afecta a las madres, sino que ocasiona también una elevada mortalidad perinatal: en 2004, 3,7 millones de bebés murieron en su primera semana de vida y 3,3 millones de bebés nacieron muertos. El 98% de estas muertes ocurrieron en países en desarrollo (WHO, 2007).
- En 2009, unos 370.000 niños nacieron con el VIH, con lo que se elevó a 2,5 millones el número total de niños menores de 15 años que viven con el VIH. El número total de niños de 0 a 17 años que han perdido a su padre, madre o a ambos debido al VIH aumentó a 16,6 millones en 2009 (ONUSIDA, 2010)
- Muchas ITS son transmitidas al feto y al recién nacido siendo causa de recién nacidos muertos, mortalidad perinatal y patologías del recién nacido como ceguera secundaria a gonorrea, herpes neonatal o conjuntivitis por clamidia por poner algunos ejemplos.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- La probabilidad de desnutrición grave o de morir antes de los cinco años es más elevada en los niños y niñas cuyas madres han fallecido.

Impacto en la Pobreza

El Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social de Copenhague (Marzo de 1995), además de señalar que la pobreza tiene diversas manifestaciones, indica que también se caracteriza por la falta de participación en la adopción de decisiones en la vida civil, social y cultural, subrayando que las mujeres soportan una parte desproporcionada de la carga de la pobreza y que los niños que crecen en esa situación suelen quedar en desventaja para siempre. Por su parte, las personas de edad, las personas con discapacidad, las poblaciones indígenas, los y las refugiadas y las personas desplazadas dentro de sus países son también especialmente vulnerables a la pobreza. Posteriormente, el Banco Mundial definió la pobreza como una privación profunda del bienestar. En esta definición se reconocen las múltiples dimensiones de la pobreza: falta de alimentación, vivienda y vestido, de salud y de formación así como de voz y de poder en las instituciones sociales o del estado (*WDR 2000/2001*). Desde este punto de vista multidimensional, y teniendo en cuenta el grave impacto sobre la salud, es evidente el impacto de la falta de derechos sexuales y reproductivos en la pobreza de las personas y de las comunidades y, especialmente, en la de las mujeres:

- La atención especializada al embarazo y al parto en muchos países en desarrollo tiene un coste económico para las familias. Este coste es mucho más elevado en el caso de producirse complicaciones –transporte, medicamentos, alimentos, pago de honorarios médicos y de intervenciones quirúrgicas– y puede llevar a las familias a endeudarse o a vender sus bienes para poder asumirlo. En caso de fallecimiento hay que añadir los gastos para los funerales y el entierro.
- En los casos de incapacidad como consecuencia de estas complicaciones se producen también unos costes indirectos que son mucho más difíciles de medir: pérdida de ingresos –aunque sean escasos y provengan de la economía informal– y dificultades para ocuparse del mantenimiento del hogar y de los cuidados.
- En las familias con pocos ingresos en las que la madre fallece, los niños y niñas huérfanos, además de estar expuestos a mayor morbilidad y mortalidad, también tienen más posibilidades de comenzar a trabajar precozmente y de tener menos acceso a educación y a cuidados de salud.
- Las familias o las mujeres que no tienen acceso a métodos de regulación de la fertilidad suelen tener muchas hijas y/o hijos. La descendencia es una carga económica muy importante para las familias (*WHO, 2010d*) cuyos recursos, en muchas ocasiones, no son suficientes para proporcionar alimentación, cuidados de salud y educación a todos sus miembros, estando en estos casos las niñas especialmente perjudicadas. Por otra parte,

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

los hijos y/o hijas no deseados, independientemente del nivel de ingresos y de educación de sus progenitores, tienen más probabilidades de acceder a grados menores de educación que los deseados. Además, sus posibilidades de vivir en un hogar monoparental, en la pobreza, en un hogar que depende de los servicios sociales y de morir en el primer año de vida son un 40-60% superiores a las de los deseados (*Gruber 1999*).

- Se calcula que 82 millones de mujeres están ya casadas cuando llegan a los 18 años y que a esta edad han tenido ya con frecuencia su primer hijo o hija. Las madres jóvenes es menos probable que prosigan su educación, participen en la fuerza de trabajo o encuentren un empleo seguro, y es aún más improbable si no están casadas. La falta de formación de las madres repercute en sus futuras hijas e hijos, impidiendo que se rompa la cadena de la pobreza (menos inversión en la educación y salud de su descendencia). Estas mujeres es también probable que tengan un mayor número de embarazos y que, por tanto, estén expuestas en más ocasiones a sus riesgos. Estudios realizados en Latinoamérica han mostrado que, además, estas mujeres tienen menos poder económico y en el hogar y están más expuestas a la violencia doméstica de género (*Greene 2005*).

Impacto en el Género

La conculcación de los DDSSRR y la mala salud reproductiva no son sólo una consecuencia de la desigualdad de género, sino que la perpetúan al limitar a la mujer al papel reproductor y negarle su capacidad de decisión sobre asuntos que le competen tan directamente como poder elegir su pareja sexual y decidir si quiere o no tener relaciones sexuales y, como consecuencia, poder disfrutar de una relación sexual placentera y satisfactoria. Además, a pesar de que son sólo las mujeres quienes tienen embarazos y partos, en muchas sociedades no pueden decidir si quieren o no tener hijos, cuántos, cada cuánto tiempo ni con quién.

- El aumento del número de hijas e hijos, además de ser un riesgo añadido para la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, entraña un aumento del trabajo reproductivo que, habitualmente, es asumido por las mujeres. Este incremento de trabajo reproductivo limita las posibilidades de las mujeres para acceder a una mayor formación e información, adquirir nuevas habilidades, acceder un trabajo productivo que les proporcione una economía propia –y por tanto, les aporte un poder económico dentro de la familia- así como para poder disponer de un tiempo propio para el ocio, el descanso y el placer.
- En los lugares en donde está penalizada la actividad sexual fuera del matrimonio a las mujeres solteras se les niega el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (OPS/WAS, 2009). Esto incrementa la discriminación en la que ya se encuentran estas mujeres exponiéndolas a un mayor riesgo de ITS, infección por VIH, embarazos no deseados, abortos no seguros y a ser marginadas de la sociedad en la que viven.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- La falta de acceso a la formación e información sobre salud sexual y reproductiva les impide también tener las oportunidades para poder cambiar las normas de género que subyacen a otras violaciones de los derechos humanos de las mujeres como la violencia, discriminación, coerción sexual, crímenes de “honor “ y/o pasionales y prácticas nocivas para las mujeres como la mutilación genital femenina y los matrimonios precoces (*UNFPA, 2010*), por poner algunos ejemplos. En el caso de los hombres, favorece la persistencia de comportamientos considerados como “masculinos” que, además de incrementar el riesgo de mala salud sexual y reproductiva tanto en los hombres como en las mujeres, perpetúa los roles de género y las desigualdades de poder al ser estos roles “masculinos” – sexo no seguro; múltiples parejas sexuales; poder de elección de pareja sexual con o sin el consentimiento de la pareja; poder de decisión sobre el uso de métodos para regular la fertilidad e incluso sobre el acceso de las mujeres a recibir atención sanitaria en cuestiones de salud sexual y reproductiva – una muestra del poder de los varones sobre las mujeres y la posición subordinada de éstas en la sociedad
- Además, esta conculcación de derechos también afecta de forma negativa a todas aquellas personas que desean vivir su sexualidad con personas del mismo sexo o de maneras alternativas a las normalizadas por la sociedad en la que viven.

VII. CRITERIOS DE INTERVENCIÓN DE MEDICUS MUNDI

Para medicusmundi, las intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva deben estar basadas en los principios básicos de:

- Enfoque desde los derechos humanos y, en esta área en particular, desde los derechos sexuales y reproductivos, prestando especial atención a los grupos más vulnerables (menores, mujeres y población más empobrecida y/o marginada)
- Trabajo conjunto con nuestros socios locales, teniendo en cuenta siempre los factores socioculturales locales.
- La equidad e igualdad de género.
- Principios de ciudadanía, lo que conlleva la aceptación de las obligaciones debidas que los Estados deben de tener para con sus ciudadanos y ciudadanas, rechazando políticas injustas de escasa prestación de servicios públicos o tendencias privatizadoras.
- Principio de laicidad y democracia real en las políticas públicas,

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Criterios de intervención

1. Posibilitar a todas las personas el ejercicio de los **derechos sexuales y reproductivos**, identificando y atendiendo a los grupos especialmente vulnerables y promoviendo acciones que persigan la **igualdad y equidad de género** a nivel mundial.
2. Denunciar y combatir, con el fin de reducir, todas las **formas de violencia** relacionadas con la sexualidad y la reproducción, con especial énfasis en las basadas en el género.
3. Promover el acceso universal a una **información completa** y veraz y a la educación integral sobre salud sexual y reproductiva.
4. Promover el **fortalecimiento** de los sistemas de salud basados en la atención primaria, integrando en ella la atención integral a la salud sexual y reproductiva.
5. Facilitar el acceso universal a la atención integral a la salud sexual y reproductiva.
6. Contribuir a detener y revertir la propagación de la **infección por el VIH** y otras **infecciones de transmisión sexual**, integrándolos en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
7. Incidir a nivel local, nacional e internacional para hacer que la Salud Sexual y Reproductiva sea una **prioridad en la cooperación al desarrollo** y así asegurar los **recursos humanos y económicos** necesarios para su garantía.
8. Contribuir, mediante alianzas estratégicas, a la transmisión de conocimientos y a la acción conjunta forjando relaciones sólidas sur-sur, sur-norte, norte-sur, o triangulares que fortalezcan el movimiento mundial para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
9. Realizar los análisis críticos pertinentes para identificar y transmitir a la sociedad todos los factores de índole política, económica, jurídica y social que constituyen una amenaza global para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
10. Investigar y denunciar a nivel internacional todas las decisiones políticas y económicas encaminadas a la reducción del gasto público en salud como decisiones que contribuyen a conculcar el derecho universal a la salud y, como consecuencia, el derecho a la salud sexual y reproductiva.
11. Investigar y denunciar a nivel internacional todas las decisiones políticas adoptadas a nivel local, nacional, regional o internacional que supongan una limitación al reconocimiento o ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

12. Investigar y denunciar a todos los actores internacionales que adopten decisiones políticas o comerciales cuya consecuencia sea dificultar el acceso a una atención sanitaria integral en materia de salud sexual y reproductiva.

13. Mejorar el **seguimiento y evaluación** de las intervenciones así como **replicar** las experiencias que funcionan.

14. **Favorecer capacidades de incidencia** en colectivos o redes sociales que compartan los fines perseguidos por medicusmundi en materia del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

ANEJO: Cuadro sobre la relación de los Derechos Humanos con los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Impacto sobre las Mujeres de la falta de cumplimiento de estos derechos

DERECHOS HUMANOS	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	VIOLACIONES de los DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES RELACIONADAS CON LA SSR
Artículo 1. Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos.		Feticidios femeninos; feminicidio de recién nacido o en la infancia; elevada mortalidad perinatal e infantil por falta de asistencia sanitaria embarazo y parto.
Artículo 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.		Muchos de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres son violados de forma habitual por el simple hecho de pertenecer al sexo femenino.
Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.	El Derecho a la libertad excluye todas las formas de coerción, violencia, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. El Derecho a la vida implica el derecho a no morir por causas evitables relacionadas con la sexualidad o la reproducción. Derecho a la seguridad: ninguna persona puede ser obligada a sufrir una intervención de su aparato reproductor y que ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o a interrumpirlo.	Mortalidad muy elevada y evitable relacionada con la maternidad. Prácticas tradicionales nocivas. Sexo con coerción o violencia. Riesgos durante el embarazo por no acceso a métodos de regulación de fertilidad. Embarazos no deseados. Abortos no seguros. Restricciones legales o sociales para el ejercicio de actividades sexuales calificadas de patológicas, tipificadas como delitos, no normativas o cuya existencia es pasada por alto o negada.
Artículo 4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre.	Derecho a elegir a compañero(a) sexual y a contraer o no matrimonio .	Relaciones sexuales impuestas con coerción o violencia o por normas sociales; matrimonios precoces y forzados; esclavas sexuales en conflictos; tráfico sexual; prostitución infantil ...

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Artículo 5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.	Derecho a contar con protección frente a cualquier atentado, violencia, agresión o práctica perjudicial contra el propio cuerpo o la sexualidad.	Mutilación genital femenina, violencia sexual, tráfico sexual, no acceso o denegación de atención sanitaria durante el embarazo o el parto.
Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación.	Derecho a disfrutar de un marco normativo y social equitativo que permita a todas las personas desarrollar su vida sexual y reproductiva en igualdad, sin ningún tipo de discriminación.	Negación o dificultades para acceder a información y formación en SSR a mujeres no casadas, adolescentes u homosexuales. Normas legales o sociales que impiden a las mujeres el acceso cuidados en SSR. Discriminación en caso de presentar discapacidades o en casos de poligamia.
Artículo 8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.		Obstáculos sociales y/o económicos para acceder a los tribunales y poder defender sus derechos sexuales y/o reproductivos.
Artículo 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.	Derecho a establecer cualquier tipo de asociación sexual responsable.	Detenciones y condenas (incluso de muerte) relacionadas con la actividad sexual de las mujeres fuera del matrimonio (casadas o solteras) o en caso de homosexualidad.
Artículo 10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.		Obstáculos legales, sociales y/o económicos para acceder a los tribunales y a ser tratadas con justicia por dichos tribunales en cuestiones relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos.
Artículo 11. 1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.		Condenas a mujeres relacionadas con su sexualidad y/o reproducción sin que se les aseguren las garantías necesarias para su defensa.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Artículo 12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada,	Derecho a la privacidad sexual.	Control de la vida sexual y reproductiva de las mujeres
Artículo 16. 1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. 2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.	Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables. Derecho a contraer o no matrimonio y a elegir compañero(a) sexual.	1. Los derechos de las mujeres no son iguales a los de los hombres en el matrimonio. En algunos lugares simplemente carecen de derechos. 2. Los matrimonios forzados siguen siendo habituales en muchas zonas.
Artículo 17. 1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.		En muchos lugares las mujeres pertenecen al marido y no tienen derecho a propiedades.
Artículo 19. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión	Derecho a pensar y a manifestar libremente las ideas relacionadas con la sexualidad. Derecho a tener acceso y a difundir información completa, clara y veraz sobre sexualidad y reproducción.	Limitaciones y obstáculos para acceder a información sobre SSR así como poder opinar sobre estas cuestiones y difundirlas
Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad	.	Ausencia de seguridad social relacionada con la SSR; humillaciones en cuestiones de SSR; impedimentos al desarrollo de su personalidad al estar limitadas en cuestiones de SSR.
Artículo 23. 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo.		Imposibilidad de elegir libremente su trabajo por verse obligadas, como consecuencia de la elevada fertilidad, a ocuparse del trabajo reproductivo.

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

Artículo 24. Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo		La dureza e inacabable duración del trabajo reproductivo no permite disponer de tiempo libre o para el descanso
Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial [...] la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.	Derecho a beneficiarse de aquellos tratamientos, investigaciones y avances del conocimiento que contribuyan a mejorar el bienestar y la salud sexual y reproductiva. Derecho a cuidados y asistencia especiales durante el embarazo y el parto	Falta de servicios de información y atención sexual o incapacidad de acceder a ellos. No cuidados ni asistencia a la maternidad en muchos países.
Artículo 26. 1. Toda persona tiene derecho a la educación.	Derecho a recibir una educación sexual integral basada en un enfoque positivo de la sexualidad.	Obstáculos para el acceso a educación en SSR

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Amnistía Internacional. Marzo 2001. Un mecanismo para reivindicar los derechos de la mujer. El Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Mujer. Índice AI: IOR 51/001/2001/s. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI/Texto%20completo%20del%20Protocolo?CMD=VEROBJ&MLKOB=24869665757>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Bott S. Sexual violence and coercion: implications for sexual and reproductive health. En: WHO, 2010, Social determinants of sexual and reproductive health. Cap 8: 133-157. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599528_eng.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Channon AA, Falkingham J y Matthews Z. Sexual and reproductive health and poverty. En: WHO, 2010, Social determinants of sexual and reproductive health. Cap 5: 73–91. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599528_eng.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Cook R, Dickens B, Fathalla M. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia. 2003.
- Cueto M. Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/ SIDA en el Perú. Lima. Consorcio de Investigación Económica y Social / Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2001. Disponible en: <http://cies.org.pe/files/documents/DyP/DyP-07.pdf>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/SIDA. Gac Sanit 2004; 18(supl 2): 47-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500007&script=sci_arttext. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Glasier, Anna; Gülmezoglu, A Metin; Schmid, George P; Garcia Moreno, Claudia; Van Look, Paul FA. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet 2006; 368: 1595–607. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69478-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69478-6/fulltext). Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Gloria Ramírez. (sin fecha). “De la Declaración Universal de los Derechos Humanos del siglo XX a la Carta de Derechos Humanos Emergentes del siglo XXI”. Institut de Drets Humans de Catalunya. http://www.idhc.org/esp/documents/CDHE/CDHE_Ramirez.pdf Consultado el 30 de marzo de 2011.
- Greene, Margaret y Merrick, Thomas (2005). Poverty reduction: ¿does reproductive health matter? World Bank. HNP Discussion paper. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/GreenePovertyReductionFinal.pdf>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Grimes, David A; Benson, Janie; Singh, Susheela; Romero, Mariana; Ganatra, Bela; Okonofua, Friday; E Shah, Iqbal. Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet 2006; 368: 1908–19. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69481-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext). Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Gruber, J., P. Levine, et al. (1999). Abortion legalization and child living circumstances: who is the 'marginal child? The Quarterly Journal of Economics 114(1): 263-291. Disponible en: http://homes.chass.utoronto.ca/~siow/332/gruber_levine_staiger.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Hernández JC. Sexualidad masculina y reproducción. ¿Qué va decir papá? Coloquio Latinoamericano sobre varones, sexualidad y reproducción. Zacatecas, México 1995.
- Lamas, Marta. Diversidad sexual. En: Letra S, número 115, febrero de 2006. Disponible en: <http://mujeresdefuego.blogspot.com/2008/01/que-es-la-diversidad-sexual-por-marta.html>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Malarcher, Shawn. A view of sexual and reproductive health through the equity lens. En: World Health Organization, 2010. Social determinants of sexual and reproductive health. Informing future research and programme implementation. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599528_eng.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Naciones Unidas, 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Naciones Unidas, 1994. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994. A/CONF.171/13.
- Naciones Unidas, 1995. Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social de Copenhague (Marzo de 1995). <http://www.un.org/spanish/esa/socdev/>.

- Naciones Unidas, 1999. Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A/RES/54/4.
- Naciones Unidas, 2011. Commission on Population and Development. Forty-fourth Session. Resolution adopted at the closing plenary session. Fertility, reproductive health and development. www.un.org/esa/population/cpd/cpd2011/cpd44-resolution.pdf. Consultado el 6 de mayo de 2011.
- OCHA/IRIN 2005. Broken bodies, broken dreams. Violence against women exposed. Disponible en: <http://www.irinnews.org/in-depth.aspx>.
- ONUSIDA. HOJA DE DATOS 2010: África subsahariana. Disponible en : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2010/20101123_FS_SSA_em_es.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- OPS/OMS 2000. Salud sexual y reproductiva. Disponible en : <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-sexualidad.htm>. Consultado el 3 de mayo de 2011.
- OPS/WAS 2009. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Disponible en: http://new.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=159&Itemid=241. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Palomino N, Ramos M, Valverde R, Vásquez E. 2003. Entre el placer y la obligación. Derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones en Huamanga y Lima. Universidad Nacional Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Laysec.
- Ramos Padilla, Miguel. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006, 23(3): 201-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36323310>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Thomas, Florence. "...de derechos, amor y sexualidad". Red de Gestores Sociales. Boletín No. 20. Febrero 05 / Marzo 05. Disponible en: <http://centauro.cmq.edu.mx/dav/libela/pdfS/sexualid/08010812.pdf>http://207.58.191.15:8180/xmlui/bits/tream/handle/123456789/65/boletinRGS20_opt.pdf?sequence=1. Consultado el 30 de marzo de 2011.
- UNAIDS 2010. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponible en: www.unaids.org/globalreport/global_report.htm. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- UNFPA (2010). Sexual and Reproductive Health for All. Reducing poverty, advancing development and protecting human rights. Disponible en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uarh_report_2010.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- Vargas Escobar, Milú. 2003. Derechos humanos: Derechos sexuales y reproductivos. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WDR 2000/2001. Attacking Poverty. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/0,,contentMDK:20194762~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:336992,00.html>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO 2007. Neonatal and perinatal mortality. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596145_eng.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO 2008a. Maternal mortality. Fact sheet. Disponible en http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/factsheet_maternal_mortality.pdf. Consultado el 15 de marzo de 2010.
- WHO 2008b. Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.html>. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO 2009. Global health risk. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html.
- WHO 2010a. Maternal mortality. Fact sheet n. 348. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>. Consultado el 15 de marzo de 2010.
- WHO 2010b. Strengthening cervical cancer prevention and control. Report of the GAVI–UNFPA–WHO meeting. December 2009. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/rhr_10_13/en/index.html. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO 2010c. Diez datos sobre la fístula obstétrica. En http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/es/. Consultado el 15 de marzo de 2011

	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva	Codificación: DECLARACIÓN
---	--	--------------------------------------

- WHO 2010d. Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599528_eng.pdf. Última consulta: 21 de junio de 2011.
- WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet, 2006, 367: 1835-41. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-en.pdf>. Última consulta: 21 de junio de 2011.