

MÁS ALLÁ DE LA
COOPERACIÓN
AL DESARROLLO



Derechos sexuales
y reproductivos

BOLIVIA

ECUADOR

PERÚ

RED **ACTIVAS**



Primera edición, mayo 2011

© Red ACTIVAS

Juan Montalvo, 6

28040 Madrid

www.redactivas.org

Fotografías: CDD Bolivia, CDD Perú, Médicos del Mundo,
Solidaridad Internacional y Ana García Mellado

Diseño: HARPO comunicación

Producción Gráfica: Tecniser

Derechos reservados conforme a la ley

Depósito Legal:

Impreso y hecho en España

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Red ACTIVAS y no refleja necesariamente la opinión de la AECID.

Con la financiación de:



Con la colaboración de:



MÁS ALLÁ DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO

Derechos sexuales
y reproductivos

BOLIVIA
ECUADOR
PERÚ

RED **ACTIVAS**



Red ACTIVAS, antes denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), es una plataforma integrada por las siguientes 13 organizaciones: Médicos del Mundo, Centre d'Estudis Demogràfics, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Mujeres por la Salud y la Paz, Medicus Mundi, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Católicas por el Derecho a Decidir, Enfermeras para el Mundo, Fuden Cooperación Enfermera, Federación de Mujeres Progresistas, Creación Positiva, Matres Mundi y Solidaridad Internacional.

La presente publicación es uno de los resultados del proyecto 09-CAP2-1362 "FORTALECIMIENTO DEL TEJIDO SOCIAL EN AMÉRICA ANDINA Y CENTROAMÉRICA PARA LA PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (1ª Fase)" ejecutado en colaboración con la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir, CDD Bolivia y CDD Perú con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID).

Ha sido elaborado por Ramón Torre Cañal (responsable de proyectos América Latina en Red ACTIVAS) con el apoyo de Cecilia Terrazas (CDD Bolivia), Teresa Lanza, Eliana Cano y Pamela Quishpe, Directoras de Católicas por el Derecho a Decidir de Bolivia, Perú y Ecuador, respectivamente, y Marta O'Kelly (directora de Red ACTIVAS).

Igualmente, se ha contado con las aportaciones de otras entidades como el Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM) y el Colectivo Rebeldía de Bolivia, las organizaciones Sendas, Coordinadora Política Juvenil y Fundación Desafío de Ecuador, así como el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH y Sida (ICWC Perú) y el Movimiento Feminista Manuela Ramos, todas de Perú, y La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, de ámbito regional, a las que también expresamos nuestra gratitud.



La Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir es un movimiento autónomo de personas católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social y el cambio de patrones culturales y religiosos presentes en nuestras sociedades. Promueve los derechos de las mujeres, especialmente los que se refieren a la sexualidad y a la reproducción humana. Lucha por la equidad en las relaciones de género y por la ciudadanía de las mujeres tanto dentro de la sociedad como al interior de las iglesias. Está en un proceso de construcción colectiva, trabajando de manera democrática y participativa.

El objetivo de la Red LA es incidir políticamente en escenarios regionales e internacionales para el avance de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en América Latina, promoviendo una visión positiva de la religión en el campo de la vida sexual y reproductiva.

La Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir tiene presencia activa en los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y Perú

www.catolicasporelderechoadecidir.net



RED **ACTIVAS**



Presentación	9
1. Los más humanos de todos los derechos	10
1.1 Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos	13
1.2 Obligaciones de los Estados con respecto a la garantía de los DSR	14
1.3 Algunos temas clave:	
Orientación sexual e identidad de género, aborto y Estado laico	19
2. El caso de Bolivia	22
2.1 Información general	25
2.2 Situación de los titulares de derechos sexuales y reproductivos	26
2.3 El rol del Estado como titular de obligaciones	34
2.4 El rol de la sociedad civil como titular de responsabilidades	42
2.4.1 El movimiento pro derechos sexuales y reproductivos	42
2.4.2 El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos	46
3. El caso de Ecuador	48
3.1 Información general	51
3.2 Situación de los titulares de derechos sexuales y reproductivos	52
3.3 El rol del Estado como titular de obligaciones	54
3.4 El rol de la sociedad civil como titular de responsabilidades	59
3.4.1 El movimiento pro derechos sexuales y reproductivos	59
3.4.2 El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos	62
4. El caso de Perú	64
4.1 Información general	67
4.2 Situación de los titulares de derechos sexuales y reproductivos	68
4.3 El rol del Estado como titular de obligaciones	78
4.4 El rol de la sociedad civil como titular de responsabilidades	84
4.4.1 El movimiento pro derechos sexuales y reproductivos	84
4.4.2 El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos	86
5. El rol de otros titulares de responsabilidades presentes en la sub-región	90
5.1 La cooperación internacional	94
5.2 La cooperación española	95
5.2.1 La cooperación española en DSR en Bolivia	97
5.2.2 La cooperación española en DSR en Ecuador	97
5.2.3 La cooperación española en DSR en Perú	99
6. Recomendaciones	100
7. Bibliografía	106

Presentación

Cuando una mujer muere a causa de complicaciones en el embarazo o el parto se está violando su derecho a la vida. Cuando además esta mujer es indígena o pobre y eso le impide acceder a servicios de salud reproductiva a los que sí tienen acceso otras mujeres, se están violando sus derechos a la igualdad y no discriminación. Cuando una adolescente se embaraza sin desearlo se viola su derecho a la información, a la educación o al acceso a servicios de prevención. Cuando una mujer fallece a consecuencia de un aborto inseguro se viola su derecho a la vida, a la integridad y a la libertad.

Cuando a una persona viviendo con VIH se le prohíbe mantener relaciones sexuales o embarazarse; cuando a una persona homosexual se le niega la libertad de fundar una familia de su elección; cuando una niña o una adolescente es inducida a mantener relaciones sexuales bajo amenazas, chantaje o coerción; cuando una sobreviviente de violencia sexual debe demostrar que no se merecía tal agresión; cuando un responsable político toma decisiones basadas en una interpretación de la fe religiosa que pone en peligro a las personas; cuando el Estado y la comunidad internacional no asignan los recursos necesarios para garantizar la atención médica de las personas; cuando las personas no pueden participar de la vida pública o encuentran enormes trabas para hacerlo; cuando sistemáticamente se incumplen los compromisos internacionales de desarrollo... se están violando los derechos humanos.

En tanto que derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos (DSR) están protegidos por el ordenamiento jurídico internacional que viene conformado por las diferentes declaraciones y tratados de derechos humanos adoptados en las últimas décadas y que, en mayor o menor medida, recogen los DSR en su articulado y en su espíritu. Por ello, a través de este informe, queremos analizar los avances que se han producido en la garantía y disfrute de los derechos sexuales y reproductivos en 3 países de la región andina: Bolivia, Ecuador y Perú y resaltar también los retos aún pendientes para la cooperación española, en tanto que instrumento para garantizar que los progresos en esta área sigan produciéndose, a través del apoyo a las organizaciones y redes locales así como a los gobiernos que ejercen su responsabilidad y sus obligaciones en esta área legislando y adoptando las políticas necesarias para asegurar estos derechos.

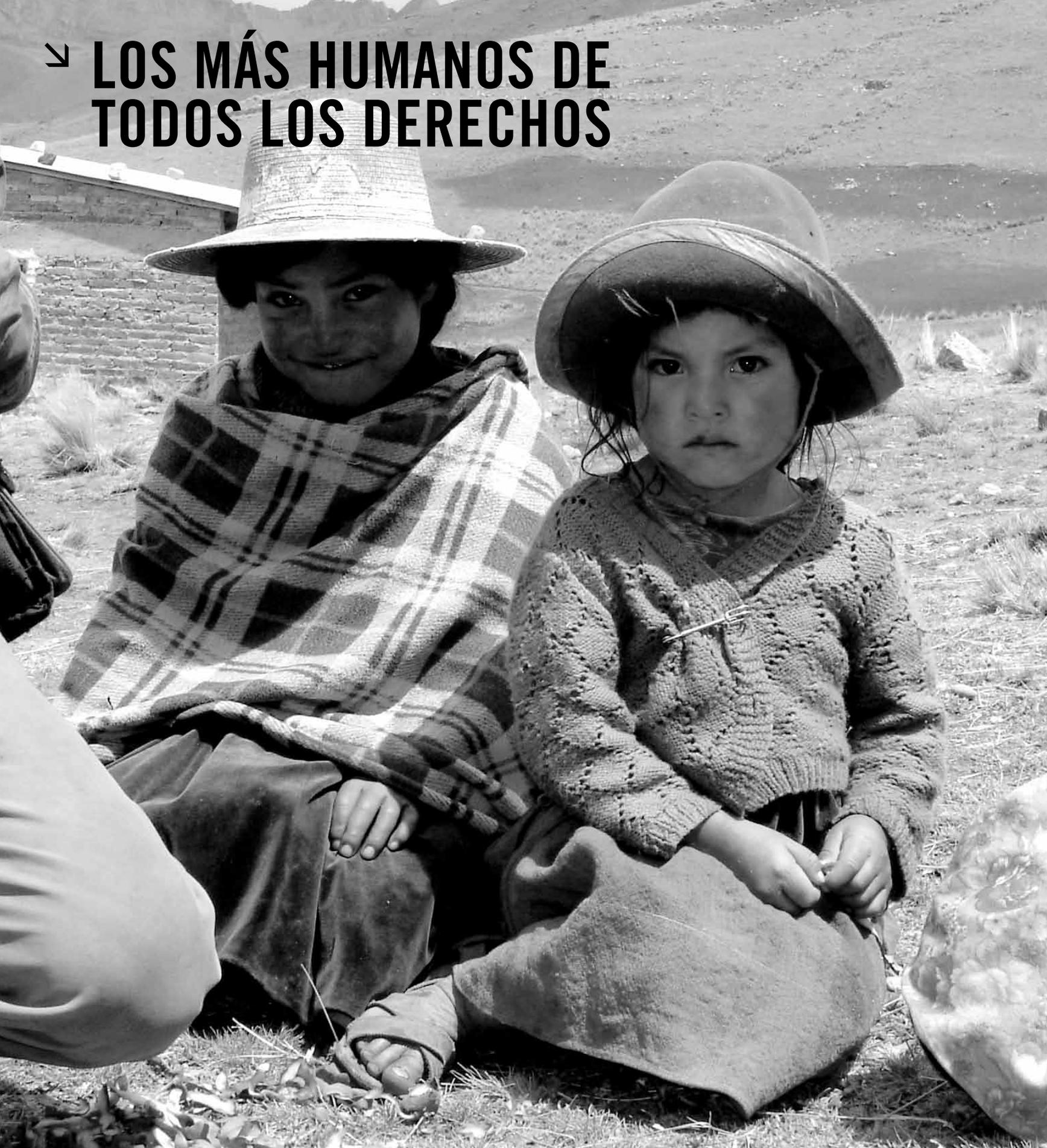
Diana Sojo
Presidenta de Red ACTIVAS

“Los Estados deben asegurarse de que la preocupación fundamental en la formulación y aplicación de programas de planificación familiar y salud reproductiva sea el respeto de los derechos individuales de la mujer; Los Estados deberían emprender la investigación y la obtención de datos de forma sistemática respecto de los casos de violaciones de la salud reproductiva y sexual de la mujer, y utilizar esos datos para la elaboración de futuras políticas estatales que repercutan sobre los derechos de la mujer a la salud reproductiva y sexual (párrafo 93)”.

Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer.

LOS MÁS HUMANOS DE TODOS LOS DERECHOS

➤ **LOS MÁS HUMANOS DE
TODOS LOS DERECHOS**



LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS

Los derechos sexuales y reproductivos, en adelante DSR, son derechos humanos. Incluso, como afirman las organizaciones latinoamericanas, “los más humanos de todos los derechos”.

Los derechos humanos incluyen los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción y así han venido reconociendo desde hace años los principales órganos internacionales de promoción y protección de los derechos humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) engloban, entre otros:

- el derecho a la vida, a la libertad y a la igualdad
- el derecho a la información, la educación y la salud, en especial la salud sexual y salud reproductiva
- el derecho a no sufrir discriminación ni violencia de ningún tipo
- el derecho a pensar libremente y a profesar o no una religión y, por tanto, a tomar decisiones autónomas sin injerencia de interpretaciones religiosas
- El derecho a que exista un orden nacional e internacional que respete, proteja y garantice estos derechos en todo el mundo.

El orden internacional de protección de los DSR viene dado por las diferentes declaraciones y tratados que se han adoptado en las últimas décadas y que, en mayor o menor medida, recogen estos derechos en su articulado y en su espíritu. Hasta el momento, existen nueve tratados internacionales de derechos humanos que son considerados básicos según las Naciones Unidas y cada uno de ellos tiene un comité que supervisa su cumplimiento (ver cuadro 1).

En ámbitos regionales también se han adoptado otros instrumentos que reflejan las preocupaciones específicas en materia de derechos humanos de la respectiva región, y en los que se establecen determinados mecanismos de protección. Por su parte, en el ámbito nacional, la mayoría de los Estados han adoptado constituciones y otras leyes que protegen formalmente los derechos humanos fundamentales. Además, si bien los tratados internacionales y el derecho consuetudinario forman la columna vertebral del derecho internacional de derechos humanos, otros instrumentos, como declaraciones, recomendaciones y principios adoptados en el plano internacional contribuyen a la comprensión, aplicación y desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos.

Es sobre todo a partir de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, cuando se introduce en el lenguaje internacional la expresión “Derechos Reproductivos” y se dice que estos “abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

De esta forma, los Estados han adquirido compromisos al sumarse a las distintas conferencias internacionales celebradas bajo los auspicios de las Naciones Unidas, como las ya mencionadas, pero también a otras como la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la Infancia, la Confe-



rencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos y, especialmente, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas donde, entre otros objetivos, los Estados se comprometieron a lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer; a reducir la mortalidad materna un 75%; a lograr el acceso universal a la salud reproductiva; y combatir el VIH/Sida, antes del año 2015.

OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS CON RESPECTO A LA GARANTÍA DE LOS DSR

Si bien las declaraciones emanadas de estas conferencias y otras resoluciones deberían inspirar las leyes y políticas nacionales, su carácter no vinculante hace que su cumplimiento dependa en buena medida de la voluntad de los gobiernos de turno.

Pero no ocurre así respecto a las obligaciones asumidas por los Estados al adherirse y ratificar los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. Ello engendra obligaciones vinculantes de derecho internacional y los países deben rendir cuentas periódicamente de sus avances o retrocesos. Además, en muchos de los países, estos tratados internacionales de derechos humanos tienen rango constitucional y, junto a las propias Constituciones, conforman el máximo marco jurídico nacional en materia de derechos humanos prevaleciendo sobre las leyes internas.

- La obligación de respetar los derechos humanos significa que los Estados deben abstenerse de interferir o limitar el ejercicio de los derechos humanos
- La obligación de proteger exige que los Estados impidan las violaciones de los derechos humanos contra individuos y grupos, por parte de otros actores
- La obligación de realizar los derechos humanos significa que los Estados deben adoptar medidas legislativas, judiciales, programáticas, presupuestarias y de otro tipo para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos

La aplicación de estos tratados es supervisada por comités integrados por expertos independientes. Estos comités reciben informes periódicos de los Estados Parte que son revisados junto a los propios Estados, tras lo cual presentan sus conclusiones, recomendaciones y observaciones generales. El número creciente de estas observaciones supone una excelente herramienta para conocer el alcance concreto de los derechos tutelados por el sistema de Naciones Unidas.

A veces los comités dictan guías conceptuales sobre la ejecución de un derecho específico, llamadas comentarios o recomendaciones generales, que ofrecen una interpretación autorizada sobre el derecho humano en cuestión.

Cuadro 1. Tratados y convenciones de protección de los DH incluidos los DSR

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos

Objeto	Comité de supervisión	Principales observaciones relacionadas con DSR
<p>El PIDCP, junto con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración Universal de los Derechos Humanos forman la Carta Internacional de Derechos Humanos</p>	<p>Comité de Derechos Humanos</p>	<p>Observación general n° 28</p>

“Los Estados Partes, al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparado en el artículo 6, deberán aportar datos respecto de las tasas de natalidad y el número de casos de muertes de mujeres en relación con el embarazo o el parto; datos desglosados por sexo acerca de las tasas de mortalidad infantil; información sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida; información sobre prácticas que vulneran su derecho a la vida, como el infanticidio de niñas, la quema de viudas o los asesinatos por causa de dote; información acerca de los efectos especiales que la pobreza y la privación tienen sobre la mujer y que pueden poner en peligro su vida.”

Además, el Comité “necesita información sobre las leyes y prácticas nacionales relativas a la violencia en el hogar y otros tipos de violencia contra la mujer, con inclusión de la violación y sobre si el Estado Parte da a la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación acceso al aborto en condiciones de seguridad.

Los Estados Partes deberán asimismo presentar al Comité información acerca de las medidas para impedir el aborto o la esterilización forzados.

Los Estados Partes en que exista la práctica de la mutilación genital, deberán presentar información acerca de su alcance y de las medidas adoptadas para erradicarla.

La información proporcionada por los Estados Partes acerca de todas estas cuestiones deberá referirse también a las medidas de protección que existan, incluyendo los recursos judiciales para proteger a la mujer cuyos derechos en virtud del artículo 7 hayan sido vulnerados.” (Párrafo 11)

“los Estados Partes deben presentar información que permita al Comité evaluar los efectos de las leyes y prácticas que entran en el ejercicio por la mujer, en pie de igualdad con el hombre, del derecho a la vida privada y otros derechos amparados por el artículo 17.

Los Estados Partes deben presentar información acerca de las leyes y las acciones públicas y privadas que se opongan al disfrute en pie de igualdad por la mujer de los derechos amparados por el artículo 17 y acerca de las medidas adoptadas para poner término a esas injerencias y ofrecer a la mujer protección al respecto.” (Párrafo 20)



Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El PIDESC reconoce en su artículo 12 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación general N° 14	<p>En relación al derecho a la salud materna, infantil y reproductiva afirma que: “La disposición relativa a “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.” (Párrafo 14).</p> <p>La Observación General n° 14 dispone así mismo las obligaciones que los Estados Parte deben cumplir entre las que claramente se evidencia que tienen deberes respecto a los derechos sexuales y reproductivos.</p>
--	--	---------------------------	---

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

	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	Recomendación general n° 19 sobre la Violencia contra la Mujer	<p>“b) Los Estados Partes velen por que las leyes contra la violencia y los malos tratos en la familia, la violación, los ataques sexuales y otro tipo de violencia contra la mujer protejan de manera adecuada a todas las mujeres y respeten su integridad y su dignidad. Debe proporcionarse a las víctimas protección y apoyo apropiados. Es indispensable que se capacite a los funcionarios judiciales, los agentes del orden público y otros funcionarios públicos para que apliquen la Convención.</p> <p>g) Se adopten medidas preventivas y punitivas para acabar la trata de mujeres y la explotación sexual;</p> <p>h) En sus informes, los Estados Partes describan la magnitud de todos estos problemas y las medidas, hasta disposiciones penales y medidas preventivas o de rehabilitación, que se hayan adoptado para proteger a las mujeres que se prostituyan o sean víctimas de trata y de otras formas de explotación sexual. También deberá darse a conocer la eficacia de estas medidas;</p> <p>j) Los Estados Partes incluyan en sus informes datos sobre el hostigamiento sexual y sobre las medidas adoptadas para proteger a la mujer del hostigamiento sexual y de otras formas de violencia o coacción en el lugar de trabajo;</p> <p>m) Los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad;</p> <p>n) Los Estados Partes den a conocer en sus informes la amplitud de estos problemas e indiquen las medidas que hayan adoptado y sus resultados”.</p>
--	---	--	---

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

<p>El artículo 1.1 de la Convención contiene la siguiente definición de tortura: "Todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia.</p> <p>La negación intencionada de un servicio de salud esencial constituye tortura en el sentido de la Convención.</p>	Comité contra la Tortura	Observación general nº 2	<p>Recientemente el CAT, en una decisión histórica respecto a Nicaragua, declaró que la prohibición del aborto en los casos de violación, incesto o cuando se amenaza la vida de la mujer, implica que las mujeres estén continuamente expuestas a las violaciones cometidas contra ellas lo que supone un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos.</p> <p>Esta decisión tiene especial trascendencia ya que según el CAT "los Estados Partes están obligados a eliminar todos los obstáculos legales y de otra índole que impidan la erradicación de la tortura y los malos tratos, y a adoptar medidas eficaces para impedir efectivamente esas conductas y su reiteración".</p>
---	--------------------------	--------------------------	--



Cuadro 2. Mecanismos de NNUU de protección de los DH incluidos los DSR

Consejo de Derechos Humanos

Objeto	Comité de supervisión	Principales observaciones relacionadas con DSR
<p>El Consejo de Derechos Humanos es un órgano intergubernamental que forma parte del sistema de las Naciones Unidas y que está compuesto por 47 Estados Miembros responsables del fortalecimiento de la promoción y la protección de los derechos humanos en el mundo. Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de marzo de 2006, con el objetivo principal de considerar las situaciones de violaciones de los derechos humanos y hacer recomendaciones al respecto</p>	<p>Examen Periódico Universal</p>	<p>El EPU debe responder al conjunto de obligaciones contraídas por los Estados en los siguientes instrumentos: la Carta de las Naciones Unidas; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Estado es Parte; declaraciones y compromisos voluntarios asumidos por el Estado y otras disposiciones del derecho humanitario internacional. Las recomendaciones emanadas en el Informe final serán exigidas a los Estados en el siguiente informe periódico.</p> <p>Este novedoso instrumento para la exigibilidad de los derechos humanos está siendo aprovechado por los actores no estatales en materia de derechos sexuales y reproductivos, como se verá en los Informes de cada país.</p>
	<p>Los Procedimientos Especiales</p> <p>Respecto a los mandatos temáticos, existen dos de especial importancia para los derechos sexuales y reproductivos: el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y la Relatora especial sobre la violencia contra la mujer.</p>	<p>Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>El Informe A/HRC/4/28, de 17 de enero de 2007, sobre el movimiento en pro de la salud y los derechos humanos y el papel de la acción judicial en la protección de este derecho, destaca aspectos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos en los siguientes términos:</p> <p>“La mortalidad y morbilidad maternas ponen de manifiesto fuertes discrepancias entre el hombre y la mujer en lo que respecta al disfrute de los derechos de salud sexual y reproductiva. En resumen, la mortalidad materna pone de relieve múltiples desigualdades por razones étnicas y de género en el plano mundial. Y en todos los casos es recurrente la clara desventaja de quienes viven en la pobreza.” (Párrafo 33)</p> <p>Finalmente, en dicho Informe, se explican elementos fundamentales para entender el derecho a la salud: en las normas internacionales de derechos humanos este derecho está sujeto a una realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. Sin embargo “este derecho también crea algunas obligaciones de efecto inmediato que no están sujetas a esos dos factores. Por ejemplo, la igualdad de trato entre la mujer y el hombre no está sujeta a realización progresiva ni a la disponibilidad de recursos. Ningún Estado puede sostener que no tiene recursos suficientes para prestar servicios a mujeres y hombres en igualdad de condiciones y que, por lo tanto, por el momento va a prestar servicios prioritariamente a los hombres, pero progresivamente prestará los mismos servicios a las mujeres en los años venideros, a medida que disponga de los fondos necesarios.” (Párrafo 63)</p> <p>El Relator Especial también afirma, en relación con el derecho a la salud, que las instalaciones, bienes y servicios médicos deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad; y que la aplicación práctica precisa de estas condiciones puede variar de un país a otro, en función de, por ejemplo, los recursos disponibles.</p>

<p>El Consejo de Derechos Humanos es un órgano intergubernamental que forma parte del sistema de las Naciones Unidas y que está compuesto por 47 Estados Miembros responsables del fortalecimiento de la promoción y la protección de los derechos humanos en el mundo. Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de marzo de 2006, con el objetivo principal de considerar las situaciones de violaciones de los derechos humanos y hacer recomendaciones al respecto</p>	<p>Los Procedimientos Especiales</p> <p>Respecto a los mandatos temáticos, existen dos de especial importancia para los derechos sexuales y reproductivos: el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y la Relatora especial sobre la violencia contra la mujer.</p>	<p>Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer</p>	<p>En su Informe E/CN.4/1999/68/Add.4, de 21 de enero de 1999, sobre las Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, observó, entre otras cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos lo siguiente: “Los actos que limiten deliberadamente la libertad de la mujer para utilizar medios anticonceptivos o para hacerse un aborto constituyen violencia contra la mujer por cuanto que la someten a un número excesivo de embarazos y partos contra su voluntad, lo que aumenta riesgos de morbilidad materna que se podrían evitar. (Párrafo 57)</p> <p>Entre las recomendaciones de dicho Informe a los Estados existen una amplia variedad relacionadas con los DSR, entre las que están: “Los Estados deben asegurarse de que la preocupación fundamental en la formulación y aplicación de programas de planificación familiares, salud reproductiva sea el respeto de los derechos individuales de la mujer (párrafo 80); Los Estados deberían ofrecer mayor educación a los trabajadores de la salud y asegurar que pueda disponerse fácilmente de información acerca de las consecuencias para los derechos humanos de la salud reproductiva, incluidas las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional (párrafo 86); Los Estados deberían emprender la investigación y la obtención de datos sistemática respecto de los casos de violaciones de la salud reproductiva y sexual de la mujer, y utilizar esos datos para la elaboración de futuras políticas estatales que repercutan sobre los derechos de la mujer a la salud reproductiva y sexual (párrafo 93).”</p>
--	---	---	---

Los DSR insertos en estos tratados internacionales y regionales deben ser objeto de reconocimiento por parte de los Estados y su respeto, protección y realización son una obligación de los gobiernos. A título de ejemplo, a nivel regional existen obligaciones jurídicas derivadas de instrumentos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes. Los derechos que emanan de estas fuentes pueden ser exigidos ante los dos mecanismos regionales que conforman el sistema interamericano de protección y promoción de los derechos humanos en las Américas: la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

ALGUNOS TEMAS CLAVE: ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO, ABORTO Y ESTADO LAICO

En 2006 un distinguido grupo de especialistas en derechos humanos procedentes de 25 países, de diversas disciplinas y con experiencia relevante en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, adoptaron en forma unánime los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género.



Por otro lado, en 2008 la Organización de Estados Americanos (OEA), manifestó por primera vez su preocupación por la discriminación padecida por las minorías sexuales en el mundo y llamó a implementar medidas para corregir esta vulnerabilidad. A su vez, en 2009, la OEA aprobó una segunda declaración de igual nombre, donde fue más enfática en su llamado y en el 2010, dio luz verde a una tercera declaración de similares características. Asimismo, la Declaración Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género, suscrita por 66 países en Naciones Unidas, llama a eliminar toda ley que sancione a las personas en razón de su orientación sexual o identidad de género, al tiempo que pide terminar con la discriminación y violación a los derechos humanos que afecta a las minorías sexuales en el mundo.

Finalmente, la protección de los derechos humanos ligados a la orientación sexual e identidad de género está contemplada en la Recomendación General n° 20 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales donde se señala que “en cualquier otra condición social” (artículo 2.2 del Pacto), se incluye la orientación sexual. De esta forma, “los Estados partes deben cerciorarse de que las preferencias sexuales de una persona no constituyan un obstáculo para hacer realidad los derechos que reconoce el Pacto, por ejemplo, a los efectos de acceder a la pensión de viudedad. La identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación. Por ejemplo, los transgénero, los transexuales o los intersexo son víctimas frecuentes de graves violaciones de los derechos humanos, como el acoso en las escuelas o en el lugar de trabajo.” (Párrafo 32)

En relación con la interrupción voluntaria del embarazo, como se mencionaba anteriormente en el Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer: “Los actos que limiten deliberadamente la libertad de la mujer para (...) hacerse un aborto constituyen violencia contra la mujer”.

Cuando el derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas con respecto al aborto está restringido, queda amenazada una amplia gama de derechos humanos. Las decisiones de las mujeres en

materia de aborto no tienen que ver solamente con sus cuerpos en términos abstractos, sino que, en términos más amplios, se encuentran relacionadas con sus derechos humanos inherentes a su condición de persona, a su dignidad y privacidad. Los obstáculos existentes para este tipo de decisiones interfieren con la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos y las interpretaciones directamente relevantes emitidas al respecto por las entidades autorizadas de las Naciones Unidas, llevan a la conclusión que la mujer tiene el derecho a decidir en asuntos relacionados con el aborto. Desde mediados de los 90 hasta comienzos de 2005, estos órganos han emitido al menos 122 observaciones finales referidas a noventa y tres países, abordando de manera sustantiva la relación entre el aborto y los derechos humanos básicos. Estos órganos sostienen que ciertos derechos humanos firmemente establecidos se ven comprometidos por leyes y prácticas en materia de aborto que poseen carácter punitivo y restrictivo.¹

En especial, las observaciones de los comités, han girado en torno a las siguientes cuestiones:

- Los Estados deberían eliminar las barreras legales para acceder al aborto en caso de violación y cuando el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer.
- Independientemente del carácter legal del aborto, los Estados tienen obligación de brindar atención a las complicaciones derivadas del aborto inseguro.
- Ninguna mujer o proveedor/a de servicios debería ir a la cárcel por este motivo.

El aborto es una esfera principal de preocupación en los países latinoamericanos, región que cuenta con el mayor número de países que prohíben todas las formas de aborto, incluyendo aquél que se realiza para salvar la vida de la mujer. A consecuencia de esta barrera, el aborto inseguro se ha convertido en la segunda o tercera causa de mortalidad materna en muchos países ya que, con independencia de que las leyes sean restrictivas, la necesidad de recurrir al aborto no ha cesado. Las leyes punitivas solo sirven

para que las mujeres acudan al circuito clandestino y, muchas veces, inseguro. El mayor contrasentido respecto a la legislación sobre el aborto en la región es que quienes promueven la prohibición total lo hacen afirmando el derecho a la vida, mientras que la realidad demuestra que a lo que contribuye es a acabar con la vida de miles de mujeres cada año.

Finalmente, en lo que compete a la laicidad del Estado, ésta se basa en dos principios esenciales para los derechos humanos: el anti dogmatismo y el respeto. El primero implica el uso de la razón, del saber y de la ciencia frente a los dogmatismos (verdades absolutas) de las creencias, mientras que el respeto consiste en aprender a convivir en la diversidad. La laicidad también sostiene que la soberanía popular reside en sus ciudadanos y ciudadanas y, por tanto, la legitimidad de un gobierno se da a partir del ejercicio democrático y no de la apropiación y/o el apoyo de las autoridades religiosas.

Uno de los principales argumentos de las personas y grupos que se oponen a los derechos sexuales y reproductivos es que “los llamados derechos reproductivos”, el “género”, la “salud reproductiva”, la “orientación sexual” o la “planificación familiar” son sólo intereses de grupos y multinacionales “abortistas” y “homosexualistas” y, bajo ningún concepto, estos aspectos pueden ser considerados derechos humanos. Sin embargo como se ha visto, los derechos sexuales y reproductivos forman parte intrínseca de los derechos humanos y están reconocidos, cada vez con mayor claridad, en declaraciones y tratados fundamentales de derechos humanos de obligado cumplimiento por los Estados y por tanto, su disfrute puede ser exigido a los Estados por vía judicial.

Sólo un Estado Laico puede ofrecer el marco de respeto necesario para que la sociedad decida sobre estos temas y evitar que las creencias religiosas o espirituales ejerzan presión sobre las libertades individuales y las libertades públicas.

Garantizar los derechos sexuales y reproductivos en el marco de un Estado laico, implica, entre otras cosas que ²:

- El Estado debe despenalizar aquellas acciones y prácticas que corresponden a la vida privada de las personas y que sólo cada una de ellas puede decidir realizar o no —mantener relaciones sexuales prematrimoniales o extramaritales, realizar prácticas homosexuales, el aborto, etc.
- El Estado debe brindar los servicios públicos de educación y salud que hagan efectivos esos derechos.
- El Estado debe ofrecer una educación sexual abierta a todas las personas.
- El Estado debe crear las condiciones para que cada persona pueda ejercer una sexualidad libre y saludable. Para ello debe garantizar el acceso a servicios de salud que permitan prevenir problemas relacionados con la vida sexual (embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, por ejemplo) y que aseguren su tratamiento cuando la prevención falle.
- El Estado debe garantizar el pleno ejercicio de los Derechos Humanos.

NOTAS

1 Human Rights Watch. Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Aborto en América Latina. 2005

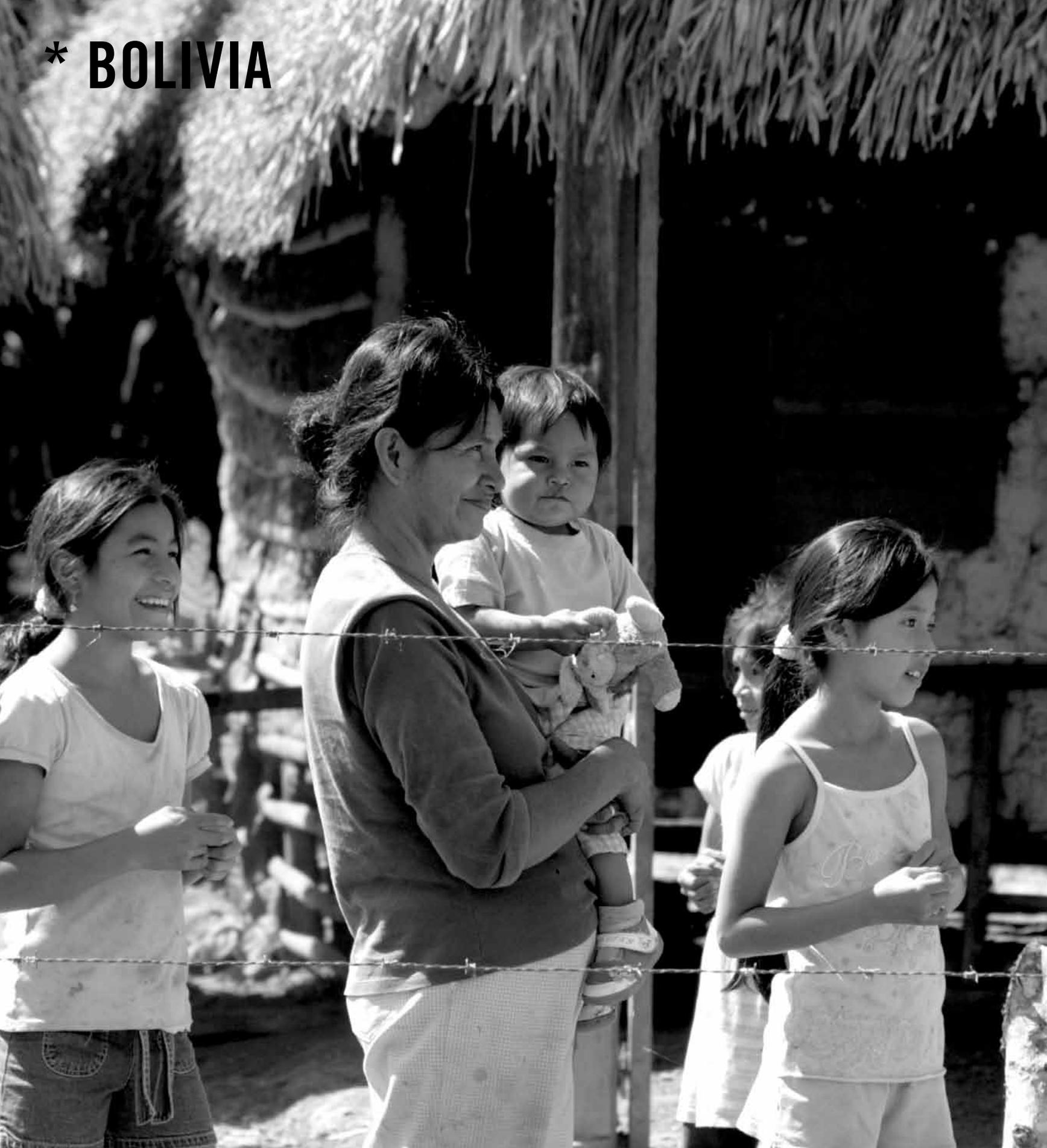
2 SALAZAR UGARTE, T. Estado laico y derechos sexuales y reproductivos. Gire. Mexico, 2008.

La presencia y el activismo de las redes, articulaciones, asociaciones feministas y otras ONG de la sociedad civil boliviana que trabajan en la incidencia política y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos es amplio y muy significativo.

Es gracias a estas organizaciones que se evitan retrocesos y se avanza en el respeto de estos derechos.

Su mayor logro en los últimos años ha sido la inclusión del artículo 66 de la nueva Constitución Política del Estado, garantizando a las mujeres y los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

*** BOLIVIA**



INFORMACIÓN GENERAL

El Estado Plurinacional de Bolivia (en adelante Bolivia) se halla situado en el centro de América del Sur, teniendo como países limítrofes a Brasil, al norte y al este; a Paraguay al sudeste; a la Argentina al sur; y a Perú y Chile al oeste. En su territorio de 1.098.581 kilómetros cuadrados se distinguen tres zonas geográficas predominantes: el Altiplano, al oeste del país, que ocupa el 28 por ciento del territorio; el Valle, en la región central, ocupa el 13 por ciento del territorio y, por último, en la región norte y oriental, el Llano, que constituye la región más extensa del país y abarca el 59 por ciento del territorio. Bolivia se divide política y administrativamente en nueve departamentos: La Paz, Oruro y Potosí en el Altiplano; Chuquisaca, Cochabamba y Tarija en el Valle; y Santa Cruz, Beni y Pando en el Llano.

En el país también existe una importante diversidad étnica y cultural que se ha reflejado en la actual Constitución Política del Estado, pasando a denominarse el país como Estado Plurinacional de Bolivia. Una proporción importante de la población (65%) conserva su lengua y, en gran medida, su herencia cultural. Son idiomas oficiales del Estado el castellano y todos los idiomas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos (36 pueblos), siendo el quechua, aymara y guaraní los mayoritarios.

Según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE), para el 2010 se estimaba la población boliviana en 10.4 millones, lo cual significa una densidad poblacional de aproximadamente 9.1 personas por kilómetro cuadrado. Continúa considerándose a Bolivia como uno de los países menos densamente poblados de América Latina, con una tasa de crecimiento anual promedio del 2%. Las tres principales ciudades del país, el denominado “eje troncal”, concentran el mayor porcentaje de la población (La Paz / El Alto, Cochabamba y Santa Cruz).

De acuerdo al 6° Informe nacional sobre Desarrollo Humano (IDH) de 2010², la sociedad boliviana es profundamente desigual, pese a los grandes avances logrados estos últimos años en materia social

y de democratización del sistema político. Según el IDH, en los cuarenta últimos años la esperanza de vida aumentó de 45 a 65 años y la tasa de alfabetización del 63% al 91%. Asimismo, en el ámbito de la participación política, 6 de cada 10 ciudadanos/as consideran que los indígenas y las mujeres tienen hoy una mayor posibilidad de ejercer cargos públicos que en el pasado.

Sin embargo, la desigualdad continua siendo importante. Respecto a la educación, la escolaridad en áreas rurales es de 5 años, mientras que en áreas urbanas alcanza los 10 años. Persiste también una desigual distribución del ingreso que se mantuvo sin cambios estos últimos cuarenta años y que es una de las más extremas en América Latina: en Bolivia, el 20% más rico de la población concentra el 60% del ingreso, mientras que el 20% más pobre apenas acumula el 2%. Estas brechas frenan el desarrollo tanto individual como colectivo. Un hombre que no es indígena, vive en la ciudad y hace parte del quintil más rico de la población, estudiará en promedio 14 años, en comparación con los 2 años de estudio de una mujer pobre, rural e indígena.

Finalmente, según una encuesta nacional llevada a cabo en 2010 por el equipo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Bolivia, el año pasado, tres de cada diez bolivianos y bolivianas afirmaron haberse sentido discriminados, fundamentalmente por “el color de la piel”, “la manera de hablar”, “el origen étnico y el “no tener dinero”. Este sentimiento de discriminación es el más alto de América Latina.

La historia política de Bolivia es compleja y debe ser entendida desde su diversidad cultural y resistencia al colonialismo, tanto exterior como el denominado “interno”. Esta historia de exclusión de la mayoría indígena, de las mujeres y otros grupos del país acarrea hasta la actualidad profundas desigualdades sociales y económicas.

En 2003 se produce un punto de inflexión al ocurrir un quiebre del sistema político representado por los partidos tradicionales gobernantes los últimos veinte años, en los que las políticas de ajuste estructural

marcaron el desmantelamiento del Estado, tanto en lo económico como en lo social. Ese año, después de semanas de protesta social generalizada, concluye con la huida del entonces Presidente y la sensación de punto de no retorno. La insatisfacción es encauzada por Evo Morales Ayma, que se convierte en 2006 en el primer Presidente indígena del país con una mayoría de votos aplastante.

Entre las promesas electorales, la organización de una Asamblea Constituyente Fundacional representa el punto de partida mínimo en el que los sectores tradicionalmente excluidos depositan sus esperanzas. El 6 de agosto de 2006 se instala la Asamblea Constituyente conformada por 255 representantes elegidos por sufragio universal y durante dos años se discute y redacta una nueva Carta Magna que es promulgada el 7 de febrero de 2009, tras la aprobación del 61,4% de la población efectuada mediante referéndum.

De acuerdo a la Constitución Política del Estado (CPE), el Estado se organiza y estructura a través de los órganos Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral. La Asamblea Legislativa Plurinacional, órgano bicameral, está compuesta por la Cámara de Diputados conformada por 130 miembros y la de Senadores con 36 Miembros. El Órgano Ejecutivo está conformado por la Presidenta o el Presidente del Estado, la Vicepresidenta o el Vicepresidente y las Ministras y los Ministros de Estado. Los dos primeros elegidos por sufragio universal, quienes deberán reunir el cincuenta por ciento más uno de los votos válidos, habiéndose ampliado la elección a una segunda vuelta electoral. El Órgano Judicial está conformado por la jurisdicción ordinaria, la jurisdicción agroambiental y, como gran avance, por la jurisdicción indígena originaria campesina ejercida por sus propias autoridades.

Por otra parte, Bolivia se encuentra inmerso en un proceso de descentralización administrativa y política que ha convertido a los departamentos en autónomos por primera vez en su historia, pudiendo la población de los mismos elegir a sus representantes. Asimismo, la CPE reconoce la autonomía regional y la autonomía indígena originario campesina, además de la municipal.

La nueva CPE es sin duda una de las más avanzadas de la región en cuanto al amplio catálogo de derechos humanos. Incorpora la clasificación de derechos fundamentales, derechos civiles y políticos, derechos de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos, Derechos Sociales y Económicos, Derechos de la Niñez, Adolescencia y Juventud, Derechos de las Familias, Derechos de las Personas Adultas Mayores, Derechos de las Personas con Discapacidad, Derechos de las Personas Privadas de libertad, Derechos de las personas con diferente Orientación Sexual, Derechos de las Personas con VIH Sida, Derechos de las Mujeres, Derechos de las Usuarias y los Usuarios y de las Consumidoras y los Consumidores, Educación, Interculturalidad y Derechos Culturales. Asimismo, la CPE ha situado a los diferentes Tratados Internacionales, entre los que están aquellos relativos a los derechos humanos, en un rango superior al de las leyes nacionales y resto de normativas².

El desafío se encuentra en la actualidad en la implementación y el desarrollo normativo de la CPE, que implicará la discusión de al menos 100 nuevas leyes y los reglamentos y políticas públicas que emanen de ellas, algunas muy importantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

SITUACIÓN DE LOS TITULARES DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Respecto a la mortalidad materna

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, la Razón de Mortalidad Materna en Bolivia es de 310 por cada cien mil nacidos vivos, habiéndose producido una disminución poco relevante desde la ENDSA 1998 que situó este indicador en 390 mujeres por cada cien mil nacidos vivos; e incluso un aumento respecto a la ENDSA de 2004 (229

por cada cien mil nacidos vivos). Con estos datos, se puede evidenciar que Bolivia no alcanzará la meta de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna en el año 2015. (Meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio).

Por otro lado, las diferencias entre mujeres urbanas y rurales también incrementan el problema. En el área urbana, el 70% de las mujeres recibe atención al parto en centros de salud. En cambio, en el área rural sólo el 22,03% de las mujeres acuden a establecimientos de salud y una mayor proporción son atendidas en sus domicilios (69,18%).

“Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano”.

Viceministerio de Igualdad de Oportunidades

El Ministerio de Salud informa que las principales causas de mortalidad materna son: hemorragias (32,7%), infecciones (16,8%), complicaciones del aborto (9,1%), hipertensión (4,7%) y otras no especificadas (34,8%). La mayor parte de las muertes maternas ocurren en el domicilio, seguido de las que ocurren en algún establecimiento de salud y, en menor porcentaje, en otros lugares.

En Bolivia, el nivel de atención prenatal por personal cualificado (médico o enfermera) alcanza el 90 por ciento. Si bien este indicador muestra una mejora importante, el país todavía se sitúa entre los países con cobertura intermedia en la región en cuanto a atención profesional prenatal. Asimismo, el 72 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la ENDSA 2008 tuvo al menos cuatro controles prenatales, lo cual es concordante con la norma. Sin embargo, en el área rural esa proporción llega a sólo 60 por ciento, frente al 81 por ciento en el área urbana.

También la atención del parto por un profesional de salud, 71%, ha mejorado con relación a 2003. Sin embargo la cobertura es aún baja con respecto a otros países que superan el 80%.

Según la ENDSA 2008, el 13% de las mujeres en edad fértil cuenta con el seguro de la Caja Nacional de Salud, 3% posee un seguro privado, otro 3% está afiliada a un seguro otorgado por alguna prefectura, 1% cuenta con el seguro universitario, menos de 1% con el seguro militar, menos de 1% posee otro tipo de seguro y, sin embargo, un poco más de las tres cuartas partes (79%) de las mujeres en edad fértil no está afiliada a ningún tipo específico de seguro de salud.

Respecto al embarazo no deseado

Los valores de la tasa global de fecundidad (TGF) indican que los niveles de procreación en el país descendieron de 3,8 a 3,5 hijos/as por mujer entre los períodos considerados en las ENDSA de 2003 y 2008 (2,8 hijos/as en áreas urbanas frente a 4,9 en áreas rurales).

La ENDSA 2008 mostró que seis de cada 10 nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no eran deseados en ese entonces (70% en el área rural) y que, en general, las mujeres bolivianas tienen en promedio dos hijos/as más de los que hubieran querido tener³. En el caso de las mujeres más pobres, generalmente indígenas, este número aumenta a 3,5 hijos/as.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, la ENDSA 2008 reveló que las bolivianas y bolivianos muestran una preocupación por regular su fecundidad por diversos motivos, siendo el más relevante la precaria situación económica de muchas familias. En este sentido, seis de cada diez mujeres en unión usa algún método anticonceptivo y en el grupo de mujeres no unidas pero sexualmente activas la prevalencia de uso es mucho mayor, casi ocho de cada diez. Los tres métodos más usados entre todas las mujeres y entre las unidas son la abstinencia periódica

(14 y 21%, respectivamente), seguido de lejos por la inyección (7 y 11 %, respectivamente) y el DIU (6 y 8%, respectivamente). El caso de que la abstinencia periódica sea el método más utilizado llama mucho la atención cuando se compara con el dato de que 4 de cada 10 usuarias de este método desconocen su período fértil y, por tanto, es probable que no lo utilicen correctamente exponiéndose así a un embarazo no deseado.

Las diferencias más amplias en el uso de algún método de planificación familiar se observan al considerar la educación, el quintil de riqueza y el número de hijos vivos. Los mayores niveles de uso se registran cuando las mujeres tienen entre uno a cuatro hijos (alrededor de 64%), mientras en mujeres con cinco o más hijos el nivel desciende a 55%.

De acuerdo a los datos anteriores, es posible apreciar que todavía es bajo o insuficiente el número de mujeres que utilizan estos métodos, por lo que la necesidad insatisfecha de anticoncepción es alta ya que las mujeres en edad fértil desean espaciar los nacimientos o limitar el número de hijos. Especial relevancia tiene la necesidad insatisfecha de anticoncepción para limitar el número de hijos (13,8%) frente a la de espaciarlos (6,4%). Esta situación se ve reflejada en la baja tasa de uso de anticoncepción quirúrgica voluntaria tanto femenina como masculina, la más reducida de la región (menos del 7%).

En lo que respecta al embarazo adolescente, Bolivia se asemeja a otros países de América Latina, región que tiene las tasas más altas de embarazo adolescente del mundo. Según los resultados de un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística (INE), se estima que de las 520.000 adolescentes de entre 15 y 19 años de edad que viven en el país, algo más de 80.000 ya son madres o se encuentran embarazadas. Y esta situación se agrava al constatar que del 21% de las adolescentes que afirman ser sexualmente activas, sólo un 1,6% utiliza un método anticonceptivo moderno para evitar un embarazo no deseado.

Cada hora 3 adolescentes se embarazan en Bolivia.

Sin duda, el poco conocimiento de los métodos de planificación familiar y el difícil acceso a los métodos modernos de anticoncepción, a pesar de su contemplación en distintas leyes y políticas del Estado, se debe básicamente a los bajos niveles de instrucción, a los bajos ingresos y a factores de discriminación en razón de género y generacional, pero principalmente de clase y etnia, ocasionando de esta forma que sean las mujeres más pobres, indígenas y con bajo nivel de instrucción (que además viven en áreas rurales), las que presentan las tasas más altas de fecundidad no deseada en el país.

Respecto al aborto

El aborto en Bolivia es considerado como un problema de salud pública debido a su incidencia como tercera causa de muerte materna (9,1% de esas muertes), especialmente de mujeres adolescentes.

Debido a que hablamos de abortos clandestinos, resulta muy difícil estimar un número confiable. Sin embargo, con datos de más de una década, en Bolivia se considera que existen entre 50.000 y 60.000 abortos por año y dos mujeres mueren cada día por un motivo que podría ser prevenido, lo que equivale a 650 muertes por año.



Sometemos a nuestras niñas, en algunos casos, lamentablemente, a tener como hijos a sus propios hermanos”.

Fabián Yaksic, Diputado Nacional de Bolivia.⁴

Según noticias aparecidas en prensa escrita⁵, De acuerdo con los datos que maneja la maternidad Percy Boland de Santa Cruz, la mayoría de las pacientes que llega a este centro en busca de atención por abortos provocados admite que optó por el método químico, es decir la ingesta de un fármaco. Restringir la venta de dicho fármaco no es una alternativa para muchos ginecólogos, puesto que las mujeres dispuestas a abortar volverían a las antiguas prácticas (enfermeros, curanderos, malos profesionales, uso de sondas, hierbas y otros productos), que representan más riesgo y pueden aumentar las muertes maternas. Las estadísticas en el hospital Francés señalan que atiende entre dos y tres abortos por día (espontáneos y provocados). Sin embargo, el director de este nosocomio, Fernando Lacoa, valoró el hecho de que las mujeres ahora acuden a los hospitales y no se mueren en sus casas. “Todos los ginecólogos somos conscientes de lo que sucede en el país, pero desgraciadamente las normas y políticas de salud no las damos los ginecólogos”, sino el Ministerio de Salud, puntualizó Hevia. Según las organizaciones que defiende el derecho a decidir, las cifras revelan que cada hora 5 féminas recurren al aborto, 120 por día y 44.000 al año, y una muere a consecuencia de un aborto inseguro cada 6 días.

Respecto al cáncer de cuello uterino

Bolivia es el segundo país con mayor incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino (CCU) en América Latina, siendo una de las primeras causas de muerte en mujeres de 35 a 59 años de edad. Los departamentos de Oruro y Potosí y la ciudad de El Alto son las regiones con mayores índices de mortalidad a causa de esta enfermedad.

Sólo una de cada tres mujeres se realiza el examen de Papanicolaou para detectar lesiones que pueden provocar CCU. Si bien este dato es muy bajo, se ha mejorado respecto a 1998 cuando sólo tres de cada 100 mujeres acostumbraban a someterse a la prueba. Con la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en 2006, las mujeres en edad reproductiva pueden acceder a este análisis de manera gratuita e incluso ser atendidas hasta la primera fase

en caso de desarrollar cáncer. Sin embargo, existen otras barreras que impiden que las mujeres acudan a estos servicios, entre las que están: la falta de apoyo o incluso la oposición de las familias; la falta de laboratorios y personal adecuado para realizar los exámenes, provocando demoras y pérdidas de los resultados; el propio temor de las mujeres a un resultado positivo; y la cuestión cultural y genérica que hace que las mujeres no presten atención a su salud hasta que la enfermedad ya está en fase avanzada y las molestias son inaguantables.

Otra barrera tiene que ver con que la norma de salud solo contempla el tratamiento en las primeras lesiones premalignas y no así de las que tienen un estadio avanzado. Estos gastos suelen ser asumidos por la propia familia de la mujer y, las que tienen suerte, por algunas organizaciones benéficas.

Respecto a la violencia contra las mujeres

De diversos estudios realizados, se ha logrado estimar que de cada 10 mujeres, ocho son víctimas de violencia física, psicológica o sexual en Bolivia. Según el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, entre el 2000 y el 2005 la Policía Nacional, a través de las Brigadas de Protección a la Familia (BPF), registró un promedio de 44.136 casos anuales de violencia dentro de la familia. Asimismo, según informa el Observatorio Manuela de la ONG CIDEM, durante 2010, 145 mujeres fueron asesinadas, 89 de ellas víctimas de feminicidio de las que el 42% tenía entre 18 y 20 años.

Un estudio realizado en 2008 por el centro “Una Brisa de Esperanza”, con sede en Cochabamba, afirma que en Bolivia “una de cada cuatro niñas y uno de cada siete niños son víctimas de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad”, debido a la alta vulnerabilidad de esta población. Asimismo, en más del 80 por ciento de los hogares de Bolivia, los niños son maltratados física, psicológica y sexualmente.

Según un informe de la Coordinadora de la Mujer en 2009, se denunciaron nueve casos de violencia

sexual contra mujeres cada día, de los que sólo el 23% llegan a ser investigados por la Fiscalía.

Es importante destacar el subregistro de los casos de violencia, ya que muchos de ellos no reciben atención institucionalizada porque la mayoría de las mujeres optan por no denunciar. No se cuenta con un sistema nacional de registro, y los datos de instituciones como la Policía Nacional, no comparten los mismos indicadores con otras instituciones, además de no ser procesados.

Pese a la importancia del problema de la violencia, se ha evidenciado que el acceso a la justicia para las sobrevivientes de violencia contra las mujeres es limitado debido a que los casos denunciados son tratados con mucha indulgencia en todos los ámbitos y frecuentemente, se traduce en re victimización, en conciliaciones bajo presión o en el abandono de los casos.

Uno de los casos más sonados en Bolivia fue la violación de MZ en 1994 y su denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ya que la víctima no pudo acceder a la justicia y el delito quedó impune. Gracias a ese caso, Bolivia llegó a un acuerdo amistoso con la víctima reconociendo su responsabilidad por la violación de los derechos de MZ reconocidos en los tratados interamericanos de derechos humanos.

Sin embargo, la impunidad de los agresores y más en casos de violencia sexual sigue siendo inaceptablemente alta. El defensor del Pueblo, Rolando Villena, asegura que con la actual justicia, “ni el cuatro por ciento de las mujeres que iniciaron demanda penal por violencia sexual o por la muerte de mujeres ha concluido con sentencia (...). Es como si no hubiera justicia”.

Otras formas de violencia como el acoso sexual en el trabajo, el abuso sexual en centros educativos y el acoso político que sufren las mujeres que están en cargos públicos, son problemas de primera magnitud que reciben poca atención por parte del Estado.

“**Conocemos cual es la problemática de la violencia contra las mujeres en todo el país pero no existe la acción directa del Estado para cuestionar aquellas relaciones de poder que atentan contra las mujeres al ser víctimas de la agresión sexual, y peor aún cuando estas agresiones son denunciadas pero terminan pudriéndose en las instancias correspondientes y la impunidad sigue siendo un elemento presente en el accionar de los operadores de justicia”**

Katia Uriona, Directora de la Coordinadora de la Mujer

Respecto a la orientación sexual e identidad de género

Según un auto diagnóstico del Colectivo GLBT de Bolivia en 2008 ⁶, “la discriminación y violencia verbal, física y/o sexual, psicológica y espiritual ejercida contra personas con diversa orientación sexual y/o identidad de género se expresa en:

- Discriminación y violencia dentro del núcleo familia.
- Falta de normas y políticas públicas que contribuyan al respeto de los derechos de las personas con diferente orientación sexual y/o identidad de género.
- Estigmatización de las personas con diferente orientación sexual y/o identidad de género en Bolivia, que se fortalece a nivel educativo, permeando una visión tradicional que no concibe la realidad de las personas GLBT.

Esta discriminación es patente también en otros estudios realizados en el país. El último de ellos, correspondiente a abril de 2011, afirmaba que “el 70% del colectivo Gay, Bisexual, Trans (travesti, transsexual y transgénero (GLBT) y Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) sienten la homofobia del personal que atiende los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR). Especialmente sienten mayor discriminación las personas travestis y también aquellas que no están empoderadas, es decir que tienen problemas de autoestima o que recién salen del clóset”.

Las personas GLBT de Bolivia se han ido fortaleciendo a los largo de los últimos años a pesar que cada vez es mayor la presión de sectores ultraconservadores, en especial de las iglesias católicas y evangélicas. La reciente aprobación de la ley contra el racismo ha permitido que la discriminación por orientación sexual e identidad de género sea sancionada. No obstante, el derecho a formar la familia de propia elección sigue siendo una realidad lejana, más tras la aprobación de la nueva Constitución Política del Estado que, en su artículo 63 define el matrimonio exclusivo entre hombre y mujer.

Respecto al estado laico

En el actual texto constitucional boliviano, el artículo 4 señala: “El Estado respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales, de acuerdo con sus cosmovisiones. El Estado es independiente de la religión.”

Desde el ámbito figurativo, el artículo 4 del texto Constitucional representa un avance que coloca a Bolivia al paso de los Estados modernos, que son y deben ser laicos, es decir libres de imposiciones de las confesiones religiosas, así como respetuosos y garantes de las distintas opciones religiosas de sus ciudadanas y ciudadanos.

Ello no ha sido óbice para que se mantengan las prerrogativas y privilegios de los que goza la iglesia católica, tales como la exención de pago de impuestos de insumos, bienes muebles, inmuebles e incluso de grandes extensiones de tierra en todo el territorio nacional. Además, persisten fuertes lazos en la relación del Estado con el Vaticano en vista que el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional firmado entre la Iglesia Católica Boliviana y el gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia del 20 de agosto del 2009, contradictoriamente, fortalece el estatus actual de la iglesia, que sigue actuando con bajo perfil en todos los aspectos de la vida social y política del país. Su vinculación con sectores empresariales de gran capacidad económica también se ha visto fortalecida, especialmente en la región del oriente donde están ubicados los opositores al actual proceso social y político.

La injerencia de la iglesia católica y las iglesias evangélicas en la vida política sigue siendo desproporcionada en lo referente a los DSR. Su actuación para impedir la promulgación de la Ley Marco de DSR en 2004 fue objeto de escándalo internacional para las organizaciones de derechos humanos, y su persistente vigilancia hacia cualquier avance en materia de regulación o despenalización del aborto dificulta el avance de los derechos humanos y, por tanto, la lucha contra la mortalidad materna o la violencia sexual, entre otros.

Cuadro 3. Observaciones y recomendaciones de los órganos internacionales de derechos humanos al gobierno de Bolivia

Consejo de Derechos Humanos

Procedimiento	Tema	Recomendaciones/Observaciones
Examen periódico Universal, 14° período de sesiones (15 de Marzo de 2010)	Violencia de género	Promulgar la nueva ley integral sobre la venta de niños, la explotación sexual y la trata, y adoptar medidas concretas e inmediatas para fortalecer el Consejo Nacional contra el Tráfico y la Trata de Personas.
		Derogar sin tardanza todos los instrumentos legislativos que discriminen a la mujer, incluidas las disposiciones discriminatorias de la legislación penal y civil
		Adoptar todas las medidas necesarias para erradicar la violencia de género, incluida la tipificación del feminicidio como delito y su adecuada penalización
		Promulgar la Ley marco Nº 810 sobre los derechos sexuales y reproductivos
		Incorporar en los nuevos planes la necesidad de registrar de manera unificada la violencia contra la mujer
		Aprobar, lo antes posible, el proyecto de ley contra el acoso y la violencia política por razón de género
Orientación sexual	Incluir la orientación sexual y la identidad de género en todas las leyes e iniciativas de lucha contra la discriminación y de promoción de la igualdad y desarrollar programas para educar y sensibilizar al público, incluidas las autoridades policiales, militares, judiciales, penitenciarias y de otra índole	
Salud reproductiva	Continuar aplicando programas para la protección de los derechos de la mujer, en especial la mujer embarazada, con el objeto de reducir de manera significativa las tasas de mortalidad materno infantil y la malnutrición; seguir aplicando medidas para reducir la mortalidad materna derecho a la salud sexual y reproductiva y para ampliar el acceso a los servicios de salud, particularmente en las zonas rurales, a fin de reducir la incidencia de la mortalidad materna, especialmente entre las mujeres jóvenes, las indígenas y las de las zonas rurales; seguir impulsando la implementación del proyecto piloto de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino	

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

40° período de sesiones (28 de abril al 16 de mayo de 2008)	DSR	El Comité alienta al Estado parte a que tome las medidas necesarias, incluyendo medidas legislativas para afrontar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de los abortos clandestinos. Le recomienda al Estado parte que en los programas escolares los temas de educación sexual y de métodos de planificación familiar sean abordados abiertamente, de tal manera que contribuyan a prevenir los embarazos precoces y la transmisión de enfermedades sexuales. El Estado parte debe también continuar con sus esfuerzos para disminuir la mortalidad materna. Para este fin, el Comité recomienda al Estado parte considerar la pronta promulgación de la Ley Marco 810 sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y considerar la no derogación del artículo 266 del Código Penal.
---	-----	---

Comité de Derechos del Niño

52º período de sesiones (Octubre de 2009)	Salud de los y las adolescentes	El Comité recomienda al Estado parte que: a) Realice un estudio amplio con el fin de comprender la naturaleza y el alcance de los problemas de salud de los adolescentes, en el que estos participen plenamente, b)establezca alianzas con organizaciones pertinentes para llevar a cabo campañas de sensibilización sobre, por ejemplo, los riesgos para la salud tanto de la madre como del bebé de los embarazos en edad adolescente o la importancia de la vacunación; c) Promueva los servicios de salud reproductiva para todos los adolescentes, incluida la educación en materia de salud sexual y reproductiva en las escuelas, las comunidades y los centros de salud, y asegure el acceso a dichos servicios.
	Trata y explotación sexual	<p>El Comité exhorta al Estado Parte a que vele por la promulgación y plena aplicación de la legislación relativa a la trata, tráfico y explotación sexual de personas, así como de los planes nacionales de acción y demás medidas de lucha contra todas las formas de trata y explotación sexual de las mujeres. El Comité alienta al Estado Parte a que impulse, en la medida de lo posible, acuerdos regionales sobre este problema en el área del Mercado Común del Sur.</p> <p>Recomienda, además, que el Estado Parte ataque la causa fundamental de la trata y explotación sexual intensificando sus esfuerzos por mejorar la situación económica de las mujeres, para eliminar así su vulnerabilidad ante la explotación y los tratantes, y adopte medidas para la rehabilitación e integración social de las mujeres y las niñas víctimas de la trata y explotación sexual, así como medidas punitivas efectivas a los responsables de estos crímenes.</p>
	DSR	<p>El Comité exhorta al Estado Parte a tomar las medidas necesarias para resolver la situación de impasse en que se encuentra la Ley 810 y promulgarla lo antes posible. Asimismo, el Comité insta al Gobierno a que fortalezca la ejecución de programas y políticas de planificación familiar y de salud reproductiva encaminadas a brindar un acceso efectivo a las mujeres y a los adolescentes, especialmente en el medio rural, a la información sobre la atención y los servicios de salud, en particular en materia de salud reproductiva y métodos anticonceptivos asequibles.</p> <p>El Comité recomienda asimismo que el Estado Parte intensifique sus esfuerzos por incorporar la educación sexual en función de la edad en los planes de estudios y organice campañas de información para impedir los embarazos entre las adolescentes</p>
	Aborto	El Comité insta al Estado Parte a que proceda a la reglamentación de las disposiciones legales vigentes, relativas al derecho al aborto terapéutico de las mujeres bolivianas. Asimismo, el Comité insta al Estado Parte a que permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de cara a reducir las tasas de mortalidad materna
	Salud materna	El Comité exhorta al Estado Parte a que actúe sin dilación y adopte medidas eficaces para resolver el problema de la elevada tasa de mortalidad materna garantizando la atención médica adecuada durante el embarazo, parto y posparto y asegurando el acceso a las instalaciones de atención de salud y a la asistencia médica prestada por personal capacitado en todas las zonas del país, en particular en las zonas rurales

EL ROL DEL ESTADO COMO TITULAR DE OBLIGACIONES

Bolivia ha promulgado una nueva **Constitución Política del Estado (CPE)** en enero de 2009 que incorpora un catálogo completo e integral de derechos humanos. Es destacable además, que los derechos reconocidos en la Constitución deben ser interpretados de acuerdo a los tratados internacionales de derechos humanos cuando estos prevean normas más favorables. Además, ha suscrito y ratificado los principales tratados internacionales de derechos humanos y aquellos relativos al sistema interamericano de derechos humanos.

El único aspecto negativo importante es aquel referente a la definición de matrimonio, que establece que sólo se refiere a aquel entre un hombre y una mujer, limitando así el derecho de las personas del mismo sexo a acceder a él.

Tras la aprobación de la CPE, se observa la progresiva consolidación de un marco normativo para el respeto, protección y realización de los derechos sexuales y reproductivos a partir de la ratificación de estos instrumentos, así como de la aprobación de diversas normas y políticas internas dirigidas a garantizar la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la prevención y sanción de todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas, entre otros aspectos.

Así, el Decreto Supremo N° 29851 de 10 de diciembre de 2008 instaura el **Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos** (Bolivia Digna Para Vivir Bien 2009-2013) que, entre otros, dispone un capítulo sobre los derechos sexuales y reproductivos donde se afirma que no se cuenta con una norma que regule y posibilite el ejercicio de los mismos y, por lo tanto, se compromete a impulsar la aprobación de una ley a tal efecto, además de impulsar la creación de una reglamentación para el aborto terapéutico, entre otras acciones vinculadas con los DSR. Asimismo el PNADH, señala acciones en relación a los derechos

de las personas con diversa orientación sexual y los derechos de las personas que viven con VIH – Sida.

El **Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades** “mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien”, por su parte, fue promulgado mediante Decreto Supremo N° 29850 de fecha 10 de diciembre de 2008. En dicho Plan se señala la necesidad de mejorar la salud de las mujeres, ampliar la cobertura de servicios, promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el marco del reconocimiento pleno de la diversidad cultural y étnica del país. Es responsable de su implementación el Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales dependiente del Ministerio de Justicia.

Por otro lado, la Resolución Ministerial 1185/09 del Ministerio de Salud y Deportes establece el **Plan Nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud 2009-2015**. En dicho Plan se toma en cuenta un enfoque basado en los derechos sexuales y reproductivos para definir como prioridades las siguientes: la prevención del embarazo adolescente, de la mortalidad materna y neonatal y de las infecciones de transmisión sexual y VIH; la prevención y atención de la violencia sexual; la promoción de hábitos saludables; y el acceso universal a servicios de redes de salud.

El aspecto más destacable de la CPE es que en su artículo 66 “garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”, lo que convierte a Bolivia en el primer país en incorporar este concepto en su Carta Magna. Por otra parte, existen otros artículos importantes, como el que el Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada, entre otros en el sexo, la orientación sexual e identidad de género, la edad, el embarazo (artículo 14). El derecho de toda persona a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual, en especial de las mujeres, está recogido en el artículo 15. También el derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural (artículo 45), a la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo (artículo 48), a la no discriminación y violencia de niños, niñas y adolescentes tanto en la familia como en la sociedad (artículos 59 y 61) y a la igualdad entre ambos cónyuges en todo lo referente a la familia (artículos 63 y 64).

Cuadro 4. Políticas y planes nacionales relacionados con los DSR

Denominación	Fecha	Comentario
Plan nacional de acción de derechos humanos (Bolivia Digna Para Vivir Bien 2009-2013)	Decreto Supremo N° 29851 de 10 de diciembre de 2008	Dispone un capítulo sobre los derechos sexuales y reproductivos y recoge el compromiso de impulsar la aprobación de una ley a tal efecto.
Plan nacional para la igualdad de oportunidades “Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien”	Decreto Supremo N° 29850 de fecha 10 de diciembre de 2008	Dicho Plan recoge la necesidad de mejorar la salud de las mujeres, ampliar la cobertura de servicios y promover los derechos sexuales y reproductivos.
Plan estratégico nacional multisectorial VIH/Sida (2008-2012)	2008 - 2012	
Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud 2009 – 2015	Resolución Ministerial 1185/09 del Ministerio de Salud y Deportes	Prioriza la prevención del embarazo adolescente, de la mortalidad materna y neonatal y de las infecciones de transmisión sexual y VIH; la prevención y atención de la violencia sexual; la promoción de hábitos saludables, y el acceso universal a servicios de redes de salud
Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva (PENSSR) 2009 - 2015	2009 - 2015	El documento señala en sus metas hasta 2015 aquellas relacionadas con: mortalidad materna, mortalidad neonatal, acceso a anticoncepción, atención a hemorragias de la primera mitad del embarazo, cáncer de cuello uterino y acceso a antirretrovirales para personas viviendo con VIH/Sida.
Plan nacional de prevención, control y seguimiento de CACU 2009 – 2015	2009 - 2015	
Plan nacional de prevención, control y seguimiento de Cáncer de mama 2009 – 2015	2009 - 2015	
Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal 2009 – 2015	2009 - 2015	
Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción	2009	
Plan sectorial de desarrollo (PSD) 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”	2010 - 2020	El PSD se basa en tres ejes principales: Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural; Promoción de la salud en el marco de la SAFCI; y Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

En abril de 2004, las cámaras de Diputados y Senadores aprobaron por unanimidad la **Ley Marco n° 810 sobre derechos sexuales y reproductivos**, con el objetivo de recopilar en una sola ley todos los derechos dispersos en otras leyes y políticas públicas ya existentes, entre los que no se encontraba el derecho al aborto legal y seguro ni los derechos familiares sin discriminación por orientación sexual e identidad de género. A pesar de esta aprobación por el Poder Legislativo, el Presidente de la República interrumpió la promulgación de la ley tras las presiones de la jerarquía de la iglesia católica a la que después se sumaron la mayoría de las iglesias evangélicas. Tras varios años en que la ley duerme en el limbo jurídico y en los que reiteradamente los órganos de los tratados internacionales de derechos humanos recomiendan al Estado la promulgación de la misma, esta sigue sin salir adelante. Recientemente la sociedad civil está retomando el camino de esta ley, contemplando esta vez la interrupción voluntaria del embarazo en su articulado, entre otras cuestiones.

En materia de **derecho a la salud**, Bolivia está haciendo importantes esfuerzos para disponer, por primera vez en su historia, de un sistema de salud universal. Este sistema se basa en el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva Y Democrática, Para Vivir Bien” del actual gobierno, que entre sus objetivos contempla la eliminación de la exclusión social en salud a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.⁷

El Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”, del Ministerio de Salud y Deportes, es el documento estratégico que orienta la acción de todo el sector salud. Sus metas contemplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Entre las principales metas para 2020 están, entre otras, la reducción de la razón de mortalidad materna a menos de 100 por cada 100.000 nacidos vivos, así como la reducción de la tasa de fecundidad en adolescentes a menos de 88 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años. El PSD se basa en tres ejes principales: Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural; Promoción de la salud en el marco

de la SAFCI; y Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI.

La Ley N° 2426, del **Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)**, dispone la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuita en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Asimismo, la Ley N° 3250, de 5 de diciembre de 2005, amplía las prestaciones del SUMI y se orienta a mujeres de 5 a 60 años de edad. Para las mujeres embarazadas de 15 a 49 años, se desarrollan un total de 180 prestaciones que guardan estrecha relación con la maternidad segura y la reducción de la tasa de mortalidad materna, así como con la obligatoriedad de la prevención del cáncer de cuello uterino y tratamiento de lesiones pre malignas, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

Asimismo, el gobierno instauró el **Bono Juana Azurduy**, mediante Decreto Supremo 066, de 26 de agosto de 2009. Se trata de un programa dirigido a la mujer gestante, en lactancia y con niños menores, que otorga un subsidio condicionado a: Cuatro controles prenatales; Control post parto; y Monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño hasta el segundo año de edad. El subsidio supone la entrega final (tras dos años) de aproximadamente 185 euros. En la actualidad, a pesar de que esta medida ha conseguido aumentar el acceso a los servicios, el Bono Juana Azurduy está fuertemente cuestionado ya que su sostenibilidad depende de un crédito del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno ya ha declarado que es posible que se termine la prestación en un futuro cercano. Asimismo, las organizaciones de mujeres indígenas han reclamado que el subsidio no estaba llegando correctamente a las zonas rurales, donde precisamente se necesitaba más.⁸

En lo que respecta a la legislación sobre VIH – Sida, el gobierno ha aprobado la **Ley N° 3729, de 8 de agosto de 2007, para la prevención del VIH/Sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que**

viven con el VIH/Sida. Esta norma busca garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH/Sida, así como del personal de salud y de la población en general. Además, define las competencias y responsabilidades del Estado, sus instituciones y las personas naturales o jurídicas relacionadas con la problemática del VIH/Sida. Establece mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas para prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación de las personas que viven con el VIH/Sida, a través de campañas de información, mediante el uso de medicamentos antirretrovirales y profilácticos, exámenes requeridos, vigilancia epidemiológica e investigación.

En el plano de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, el **Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PENSSR) 2009-2015**, siguiendo a la Constitución Política del Estado, reconoce “los derechos sexuales y reproductivos y, más específicamente, a la salud sexual y reproductiva, como derechos humanos; no solamente con el enfoque de proporcionar la atención en la reproducción y enfermedades; sino también, de crear las mejores condiciones para que las personas puedan vivir su sexualidad y sus potencialidades como mejor lo determinen en el curso de todo el ciclo de vida y la protección de estos derechos es universal”. El documento señala en sus metas hasta 2015 aquellas relacionadas con: mortalidad materna, mortalidad neonatal, acceso a anticoncepción, atención a hemorragias de la primera mitad del embarazo, cáncer de cuello uterino y acceso a antirretrovirales para personas viviendo con VIH/Sida.

A partir del PENSSR, distintas unidades del Ministerio de Salud y Deportes ha elaborado planes sobre asuntos concretos de salud sexual y reproductiva: Plan nacional de prevención, control y seguimiento de CACU 2009-2015; Plan nacional de prevención, control y seguimiento del cáncer de mama 2009-2015; Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal 2009-2015; Plan estratégico nacional multisectorial VIH/Sida (2008-2012) y Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción.

Si bien estas políticas son una muestra de la voluntad formal del Estado de avanzar en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, la realidad que denuncian las organizaciones no gubernamentales es que no existe capacidad presupuestaria e institucional para llevarlas a cabo.

La acción más reciente del gobierno en materia de salud sexual y reproductiva busca la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las mujeres afectadas en relación al **cáncer de cuello uterino y al cáncer de mama**. Así, la Resolución Ministerial 268/11, de 25 de abril de 2011, del Ministerio de Trabajo, establece en su primer artículo que se debe “conceder un día hábil al año a todas las mujeres funcionarias o trabajadoras, dependientes de empresas o instituciones del sector público o privado, con funciones permanentes o temporales, para someterse a un examen médico de papanicolau y mamografía”.

En cuanto al **aborto**, la situación en Bolivia resulta preocupante, aunque su legislación no es una de las más restrictivas de la región. El Código Penal vigente tipifica como delito el aborto provocado excepto en dos supuestos: cuando el embarazo es producto de violación, estupro, incesto o rapto no seguido de matrimonio, y cuando el embarazo constituya un riesgo inminente para la vida de la madre (Art. 266). En ambos supuestos, la orden para que se practique el aborto

legal la debe dar el Juez o Jueza que juzga el delito de cuyo producto es el embarazo, aunque este aspecto no está claro. Sin embargo, bajo el argumento de que no existe norma reglamentaria, muchas autoridades demoran la autorización creando situaciones de riesgo para la vida de la mujer pues este debe practicarse en condiciones de clandestinidad. Las causales del aborto no punible llevan vigentes desde hace años, sin embargo, existen muy pocos casos en los que la mujer puede acceder a un aborto por esta vía, no sin grandes dificultades y amenazas de todo tipo.

El 17 de octubre de 2008, la Corte Suprema de Justicia emitió una circular a todos los ministros de los tribunales inferiores, para obligarles a implementar el Artículo 266 del Código Penal. Hasta la fecha no hay constancia sobre la aplicación de dicha circular ni su efecto en el número de abortos legales que se realizan.

Respecto a la atención médica del aborto, la legislación contempla ya desde el año 1999 la atención gratuita a las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo, entre las que están aquellas causadas por abortos inseguros y los proveedores de salud son entrenados en las técnicas necesarias para resolver estas situaciones. En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes en 2009 aprobó las **Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia**, que suponen un compilado de normas y procedimientos para el uso apropiado del Misoprostol, en todos los niveles de atención del Sistema Público de Salud.

La violencia contra las mujeres y niñas es abordada por numerosas leyes por el Estado Boliviano. No obstante, como reiteran una y otra vez los órganos de supervisión de los tratados internacionales de derechos humanos, a pesar del gran cuerpo legislativo que Bolivia tiene en materia de violencia contra las mujeres, las estadísticas continúan siendo tremendamente altas.

La Ley N° 054 del 08 de noviembre de 2010, **Ley de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes** establece la normativa para proteger la vida, la integridad física, psicológica y sexual, la salud y seguridad

de todas las Niñas, los Niños y Adolescentes, modificando diversos artículos del Código Penal vigente. La Ley N° 3773, de 12 de noviembre de 2007, declara el día 9 de agosto “**Día Nacional de la Solidaridad con las víctimas de Agresiones Sexuales y en Contra de la Violencia Sexual en niños, niñas y adolescentes**”. Encomienda al Poder Ejecutivo, Prefecturas Departamentales y Gobiernos Municipales promover, gestionar y evaluar la formulación e implementación de políticas de prevención y atención integral de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes, para disminuir los índices de violencia sexual.

Mediante la **Ley N° 3325, de 18 de enero de 2006, de Trata y Tráfico de Personas y Otros Delitos Relacionados**, se crea el capítulo V “Trata y Tráfico de Personas” del Título VIII “Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal” de la Ley N° 1768 de 11 de marzo de 1997 del Código Penal, incluyéndose como delitos la trata de seres humanos, reducción a estado de esclavitud u otro análogo, guarda o adopciones ilegales, explotación sexual comercial como la pornografía, pedofilia, turismo sexual, y violencia sexual comercial, explotación laboral, matrimonio servil y pornografía y espectáculos obscenos con niños, niñas o adolescentes y proxenetismo.

A su vez, la **Ley N° 2033, de 29 de octubre de 1999 de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual**, tiene por objeto proteger la vida, la integridad física y psicológica, la seguridad y la libertad sexual de todo ser humano. Introduce cambios sustanciales en el Código Penal vigente en ese momento y reconoce un listado de derechos y garantías a las víctimas.

Finalmente, la legislación más antigua en esta materia se produjo a consecuencia de la firma de Bolivia de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, o Convención Belem do Pará: la **Ley N° 1674, de 15 de diciembre de 1995, contra la Violencia en la Familia o Doméstica** que define la violencia en la familia o doméstica como la agresión física, psicológica, sexual cometida por el : 1) cónyuge o conviviente; 2) los ascendientes, hermanos, parien-

tes, civiles o afines en línea directa o colateral; 3) los tutores, curadores o encargados de la custodia. Esta Ley contempla disposiciones en el ámbito de la protección y prevención en el ámbito educativo y de difusión de derechos en los servicios de salud para brindar una adecuada atención en las víctimas de violencia y acciones de información e investigación que apoyen la erradicación. El enfoque de la ley es más preventivo que curativo, por lo cual se lleva trabajando desde hace años en una modificación o nueva legislación en materia de violencia contra la mujer, que desligue esta violencia del ámbito familiar – doméstico y que incorpore nuevas tipificaciones como el Femicidio o la violencia económica, además de darle un enfoque punitivo y los medios para llevarla adelante.

En lo que respecta a la protección de la orientación sexual e identidad de género, en medio de grandes controversias, el 8 de octubre de 2010 se promulgó la **Ley N° 045 contra el Racismo y toda forma de Discriminación** que establece una pena de hasta cinco años de prisión para quienes discriminen por motivos, entre otros, de sexo, género, orientación sexual e identidad de género, estado de embarazo, y una pena incluso más severa de hasta siete años y medio cuando se trate de funcionarios públicos. Esta sanción supone un reconocimiento histórico a la protección de los derechos humanos relacionados con la orientación sexual e identidad de género en Bolivia, si bien las organizaciones de la sociedad civil aún siguen reclamando una ley específica para esta cuestión. Por otra parte, el Decreto Supremo n° 0189, de 1 de julio de 2009, dando cumplimiento al Plan Nacional de Acción de DDHH, declaró en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia el 28 de junio de cada año como **“Día de los Derechos de la Población con orientación sexual diversa en Bolivia”**. Mediante este decreto, los Ministerios de Justicia, Educación y de Culturas, deben coordinar la realización de actos públicos en conmemoración de ese día.

La educación en aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción es otra gran asignatura pendiente respecto a las obligaciones del Estado para con sus ciudadanos y ciudadanas. Si bien to-

das las políticas públicas relacionadas contemplan la necesidad de brindar información y educación en este ámbito, la realidad es que no existe un plan real para introducir los temas en la educación formal. El 20 de diciembre de 2010, se aprobó la Ley N° 070, **Ley de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”** que señala que son fines de la educación, entre otros: 6. Promover una sociedad despatriarcalizada, cimentada en la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos (artículo 4). A partir de ahí no se contemplan objetivos o contenidos educativos que obliguen a desarrollar estos conceptos. Si tenemos en cuenta la situación de los niños, niñas y adolescentes en relación a los derechos sexuales y reproductivos es asombroso que el Estado no aborde seriamente este asunto.

Finalmente, se debe destacar la promulgación del Decreto Supremo N° 0667, de 8 de octubre de 2010, mediante el que se aprueba el Texto Ordenado del **Código Penal**, que incorpora las sucesivas modificaciones efectuadas mediante la aprobación de varias leyes desde el anterior Código Penal de 1997. Entre las leyes incorporadas destacan algunas en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos ya mencionadas⁹: El Código Penal, a pesar de las modificaciones, sigue siendo discutido en la actualidad en la Asamblea Legislativa Plurinacional. En lo que concierne a los DSR, entre otras cosas, existen grandes controversias respecto a cómo debe quedar lo referente al aborto y al Femicidio.

No obstante a todo lo anterior, aún continúa vigente una doble problemática con relación al referido marco normativo y de políticas públicas: la implementación sigue siendo una asignatura pendiente, tal vez debido a la carencia de recursos y a la debilidad institucional necesaria para dicho propósito. Asimismo, las disposiciones que promueven los derechos sexuales y reproductivos no suelen trascender del ámbito declarativo, lo que se traduce en claras violaciones de los derechos humanos que afectan sobre todo a las mujeres (en particular las indígenas y aquellas que viven en el área rural), a los y las adolescentes y a otras minorías políticas.

Cuadro 5. Instrumentos jurídicos de protección de los DSR

Denominación	Fecha	Comentario
Ley N° 2033, de 29 de octubre de 1999 de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual	1999	Introduce cambios sustanciales en el Código Penal vigente en ese momento y reconoce un listado de derechos y garantías a las víctimas.
Ley N° 1674, de 15 de diciembre de 1995, contra la Violencia en la Familia o Doméstica	1995	Define la violencia en la familia o doméstica como la agresión física, psicológica, sexual cometida por el : 1) cónyuge o conviviente; 2) los ascendientes, hermanos, parientes, civiles o afines en línea directa o colateral; 3) los tutores, curadores o encargados de la custodia.
Ley N° 2426, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	2005	Dispone la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuito en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad
Ley N° 3325, de 18 de enero de 2006, de Trata y Tráfico de Personas y Otros Delitos Relacionados	2006	Reconoce como delitos la trata de seres humanos, la reducción a estado de esclavitud u otro análogo, la guarda o adopciones ilegales, la explotación sexual comercial como la pornografía, la pedofilia, el turismo sexual, y la violencia sexual comercial, la explotación laboral, el matrimonio servil y los espectáculos obscenos con niños, niñas o adolescentes y el proxenetismo
Ley N° 3729, de 8 de agosto de 2007, para la prevención del VIH/Sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/Sida	2007	Establece mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas para la prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación de las personas que viven con el VIH/Sida, a través de campañas de información, mediante el uso de medicamentos antirretrovirales y profilácticos, exámenes requeridos, vigilancia epidemiológica e investigación

Constitución Política del Estado	2009	El artículo 66 señala: “Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”. Esto convierte a Bolivia en el primer país de AL en incorporar este concepto en su Carta Magna
Ley Nº 054 del 08 de noviembre de 2010, de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes	2010	Establece la normativa para proteger la vida, la integridad física, psicológica y sexual, la salud y seguridad de todas las Niñas, los Niños y Adolescentes, modificando diversos artículos del Código Penal vigente
Ley Nº 045 contra el Racismo y toda forma de Discriminación	2010	Establece una pena de hasta cinco años de prisión para quienes discriminen por motivos, entre otros, de sexo, género, orientación sexual e identidad de género o estado de embarazo, y una pena incluso más severa de hasta siete años y medio cuando se trate de funcionarios públicos. Esta sanción supone un reconocimiento histórico a la protección de los derechos humanos relacionados con la orientación sexual e identidad de género en Bolivia
Ley Nº 070, de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”	2010	Señala que son fines de la educación, entre otros: Promover una sociedad despatriarcalizada y cimentada en la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos (artículo 4)

EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL COMO TITULAR DE RESPONSABILIDADES

El movimiento pro derechos sexuales y reproductivos

La presencia y el activismo de las redes, articulaciones, asociaciones feministas y otras ONG de la sociedad civil boliviana que trabajan en la incidencia política y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos es amplio y muy significativo. Es gracias a estas organizaciones que se evitan retrocesos y se avanza en el respeto de estos derechos inherentes a todas las personas. Sin duda el mayor logro de los últimos años por parte de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en DSR ha sido la inclusión del artículo 66 de la nueva Constitución Política del Estado, garantizando a las mujeres y los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Pero también hay que destacar el incansable papel que han venido jugando para que a día de hoy, la normativa boliviana sea una de las más avanzadas de la región en estos temas.

No exentas de contradicciones, disputas y retrocesos, las organizaciones de DSR han venido asumiendo de manera ejemplar su papel de promoción y defensa, de control social al gobierno y de denuncia pública tanto nacional como internacionalmente. Asimismo, la alianza con otras organizaciones sociales y con distintas agencias de cooperación, en especial del sistema de Naciones Unidas en Bolivia, logró avanzar la agenda política y, en ocasiones, prevenir retrocesos legislativos propiciados por grupos antiderechos. La inmensa mayoría de los planes, programas, normas y protocolos relacionados con los DSR cuentan con el impulso y supervisión de las OSC.

Además, las OSC tienen un papel activo en la redacción sistemática de informes sombra para los

distintos órganos internacionales supervisores de tratados de derechos humanos y sus recomendaciones suelen ser muy tenidas en cuenta por estos a la hora de emitir observaciones al país. Asimismo, su presencia en cada evento internacional en el que el Estado debe intervenir contribuye significativamente a que Bolivia mantenga su compromiso con los acuerdos internacionales, por encima del gobierno de turno.

Sin embargo, mantener este nivel de activismo tiene un coste muy elevado y la alarma ha empezado a sonar en los últimos años, coincidiendo con la retirada del país de donantes tradicionales de apoyo a esta causa y el auge de organizaciones antiderechos cada vez mejor capacitadas y financiadas. Además de la reducción de recursos, muchas agencias de cooperación condicionan la agenda de DSR al limitar el uso de recursos a algunos temas específicamente y obviando otros importantes como el aborto y el costo que este supone en la vida de las mujeres.

Otro factor que limita el papel de las OSC en Bolivia es la polarización político-partidaria, agudizada los últimos años desde la llegada al poder del Movimiento Al Socialismo de Evo Morales. Un sector de las OSC apoyó este proceso de cambio, algunas veces a riesgo de retroceder en lo avanzado, lo cual propició una falta de articulación y construcción de pactos mínimos basados en derechos no negociables entre las OSC, principalmente del movimiento feminista y de mujeres.

Además, tras el cambio de gobierno de 2006, muchas de las OSC cayeron en la cuenta de que no habían estrechado los lazos necesarios con los movimientos sociales indígenas originarios campesinos que sustentaban al nuevo gobierno y que, en consecuencia, existía un elevado riesgo de que la agenda de DSR retrocediera. De hecho, con el proceso de cambio surgieron voces que reivindicaban valores homofóbicos y misóginos como un patrimonio cultural de los pueblos, siendo que toda ideología basada en los DDHH se constituía en un ataque colonialista hacia los “auténticos” valores del pueblo.

Cuadro 6 Principales actores del movimiento por los DSR

Denominación	Tipología	Descripción
Coordinadora de la Mujer	Plataforma	<p>La Coordinadora de la Mujer es una red de instituciones privadas sin fines de lucro con cobertura a nivel nacional y la principal expresión del movimiento de mujeres de Bolivia. En el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos trabaja principalmente en referencia a la violencia contra las mujeres, mientras que otras cuestiones como el aborto o la salud sexual y reproductiva de las mujeres no son un eje principal.</p> <p>Las organizaciones que integran la Coordinadora de la Mujer son: Asociación de Instituciones de Promoción y Educación (AIPE); Asociación Guías Scout; Casa de la Mujer; Centro de Capacitación e Investigación de la Mujer Campesina de Tarija (CCIMCAT); Centro de Capacitación Integral de la Mujer Campesina (CCIMCA); Centro de Capacitación y Servicio para la Integración de la Mujer (CECASEM); Centro de Desarrollo y Fomento a la Auto - Ayuda (CEDEFQA); Centro de Investigación y Apoyo Campesino (CIAC); Centro de Investigación y Asesoramiento Social y Económico (CIASE); Centro de Investigación y Educación Sexual y Reproductiva (CIES); Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA); Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza (CPMGA); Centro de Promoción Minera (CEPROMIN); Centro de Tecnología Intermedia (CEDETI); Centro Juana Azurduy; Coordinadora de la Mujer - Beni (COOMUJER); Equipo de Comunicación Alternativa con Mujeres (ECAM); Fundación La Paz; Instituto de Formación Femenina Integral (IFFI); Instituto Politécnico Tomas Katari (IPTK); Organización de Mujeres Aymaras del Kollasuyo (OMAK); Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI); Programas para la Mujer (PRO MUJER); Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU).</p>
Campaña 28 de septiembre por el derecho a decidir	Plataforma	Articulación feminista de organizaciones y activistas por el derecho al aborto y los DSR.
Coalición Boliviana de Organizaciones LGBT	Plataforma	Su objetivo es la promoción y defensa de los derechos humanos GLBT mediante estrategias de incidencia política a nivel nacional e internacional. Está integrada por: ADESPROC LIBERTAD GLBT, Fundación Diversencia, Fundación Igualdad LGBT, Asociación Civil Equidad LGBT, Fundación Manodiversa y Red TREBOL.
Coalición por el Derecho a Decidir	Plataforma	Es una coalición de organizaciones no gubernamentales locales e internacionales que se han unido para conseguir la modificación del Código Penal que se prevé elaborar para el año 2012 para despenalizar el aborto.

Mesa Nacional de Trabajo de Defensa y Promoción a los Derechos Humanos de las personas con distinta orientación sexual e identidad de género	Plataforma	Nace en 2011 con el objetivo de velar e incidir en la agenda pública y política para lograr la inclusión, reconocimiento y garantía de los derechos humanos de las personas con diversa orientación sexual e identidad de género en todo el territorio Boliviano. Entre sus integrantes se encuentran: MANODIVERSA, EQUIDAD TLGB, IGUALDAD LGBT y ADESPROC LIBERTAD LGBT.
Mesa Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos	Plataforma	Es una articulación de 57 organizaciones a nivel nacional que surge en 2004 a partir de la aprobación en las cámaras de Diputados y Senadores de la Ley 810 de Derechos Sexuales y Reproductivos. Tiene representación en ocho de los nueve departamentos de Bolivia, aunque su trabajo principal se desarrolla en la ciudad de La Paz en el ámbito de la incidencia política con el Poder Ejecutivo y Legislativo. Durante 2010, la Mesa discutió un documento base para una futura Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.
Red Nacional de Personas que Viven con VIH/Sida en Bolivia (REDBOL):	Plataforma	Fundada el año 2001, es una red enteramente compuesta por personas viviendo con VIH de todos los departamentos de Bolivia. Su misión es trabajar para el empoderamiento de los grupos de personas viviendo con VIH y SIDA (PVVS) en Bolivia, para mejorar su calidad de vida facilitando acceso a la información, comunicación, capacitación y servicios de atención integral, elaborando políticas y estrategias desde la perspectiva de esta comunidad que contribuyan a la disminución del estigma y la discriminación y promoviendo su directa participación como protagonistas y parte de la solución.
Católicas por el Derecho a Decidir (CDD)	ONG	Surge en Bolivia el año 1996. Es una institución privada sin fines de lucro que desempeña actividades dentro de tres áreas específicas: área de Políticas Públicas y Advocacy, área de Educación y Capacitación, área de Comunicación y Medios (acciones mediáticas para difundir los derechos sexuales, derechos reproductivos y derecho a decidir). Entre otras acciones, CDD mantiene desde 2006 un Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, como espacio de la sociedad civil creado para apoyar al proceso de fortalecimiento de la promoción y defensa de los DSR en el país. Asimismo, ostenta en la actualidad la coordinación de la Mesa Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos.
Centro de Información y Documentación de la Mujer (CIDEM)	ONG	
CISTAC	ONG	
Colectivo Rebeldía	ONG	
Oficina Jurídica para la Mujer	ONG	
Adesproc Libertad	ONG	
Igualdad GLBT	ONG	
CIES	ONG	
RedVihda	ONG	

Hoy por hoy, no es posible trabajar la incidencia política en DSR si no se hace desde una perspectiva de interculturalidad. Más aún teniendo en cuenta que los principales indicadores son persistentes al describir que quienes más vulneración de estos derechos sufren son las mujeres indígenas rurales. Durante el proceso de Asamblea Constituyente se produjo un acercamiento claro a las nuevas actoras y se logró su apoyo a la demanda de constitucionalización de los derechos humanos de las mujeres y, en particular de los DSR. Esta nueva relación se mantiene en la actualidad y el apoyo de estos movimientos sociales está llegando al punto de emitir declaraciones nacionales afirmando la necesidad de los DSR para las mujeres bolivianas incluyendo el derecho a tener un aborto seguro y legal.¹⁰ Sin embargo, aún representa un desafío la construcción y consolidación de una base social amplia que demande y exija estos derechos desde sectores populares y desde las diversas culturas y pueblos del Estado Plurinacional de Bolivia.

Agenda de la OSC para continuar impulsando los DSR

Tras la aprobación de la nueva Constitución Política del Estado en 2009, el proceso de reformas legales es una prioridad para todos los sectores sociales del país. En el caso de las OSC que trabajan por los DSR, se están priorizando algunas cuestiones legislativas concretas.

De forma reactiva, ante la coyuntura de elaboración de un nuevo Código Penal (CP), están centrando sus esfuerzos en el tratamiento que del aborto hace el mismo. Por una parte, existe el deseo de despenalizar completamente el aborto sacándolo de CP y, por otra, que como mínimo el articulado permanezca como está (despenalización en dos supuestos), pero aprobando un protocolo que permita ejercer efectivamente este derecho.

Por otra parte, en el aspecto proactivo, queda pendiente la elaboración de una Ley Integral contra la Violencia a las Mujeres que incorpore aspectos

como el feminicidio y el acoso sexual, convirtiéndola en un instrumento punitivo para los agresores. También, se está queriendo retomar la aprobación de una Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, que incorpore la interrupción voluntaria del embarazo como derecho humano. En esta cuestión se están articulando organizaciones a nivel nacional y local, tratando de construir una amplia base social de forma que cuando llegue el momento de presentar el proyecto de Ley esta cuente con amplio respaldo social. Finalmente, desde las organizaciones LGTB se está tratando de impulsar una legislación que reconozca la unión civil o matrimonio entre personas del mismo sexo.

En el ámbito de las políticas públicas relacionadas con los DSR que, como se ha visto, son muy numerosas, el desafío está en su financiación y ejecución. Las OSC, en general, tienen una capacidad limitada para hacer seguimiento permanente a la implementación de las políticas por lo que una forma de realizar el control social es mediante el uso de investigaciones y la redacción de informes sombra a los organismos internacionales. En este sentido, el Estado Plurinacional de Bolivia tiene pendiente la presentación de informes ante dos órganos importantes en materia de DSR: el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la mujer (julio de 2011) y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (junio 2010).

En un plano diferente, la agenda de las OSC pasa por continuar posicionando los DSR en la esfera pública y fortalecer una base social que promueva los cambios necesarios y, si se da el caso, impida que exista un retroceso ante el empuje de los sectores anti derechos. En este sentido es imprescindible la difusión y publicidad de programas de sensibilización sobre los derechos de las mujeres, y los derechos sexuales y reproductivos, a nivel nacional, de forma permanente, y tomando en cuenta aspectos culturales como el idioma. Asimismo, en el nuevo Estado Autonomo, existe una ingente labor de seguimiento de los planes locales y regionales para garantizar los DSR.

El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos

El movimiento anti derechos sexuales y reproductivos se encuentra aglutinado alrededor de las iglesias evangélicas y la iglesia católica. Su abordaje de los DSR es realizado desde una visión cristiana conservadora y absolutamente patriarcal y machista. La sexualidad es tabú, el uso de métodos anticonceptivos está proscrito y el aborto y la homosexualidad son pecados mortales. Estos argumentos son difundidos sistemáticamente tanto desde sus centros religiosos como en todos los espacios donde interactúan, llegando frecuentemente a obstaculizar políticas públicas que beneficiarían al universo de la población cristiana y no cristiana.

El fenómeno de las iglesias evangélicas está creciendo en los últimos años en toda la región y en Bolivia, donde ya alcanzan al 40% de la población, ha llegado a representar la cuarta fuerza política en la Asamblea Constituyente. Su papel creciente entre las poblaciones indígenas originarias campesinas es un aspecto preocupante si tenemos en cuenta la composición étnica del país y el poder de los movimientos sociales de corte indigenista. La mayor fuerza de estas iglesias está en su poder de convocatoria pública, así como en sus centros educativos y sus medios de comunicación, sobre todo las radios.

Respecto a la Iglesia católica, si bien siempre había estado presente en sus acciones contra los DSR, en especial en posibles casos de aborto legal, no contaba con organizaciones importantes que representaran sus intereses desde la sociedad civil hasta la aprobación de la Ley Marco de derechos sexuales y reproductivos en abril de 2004 y la posterior batalla por su promulgación. La organización pionera fue ANE PROVIDA, a la cabeza de un sacerdote jesuita español. Tras ella se constituyeron la Fundación Vida y Familia y la Funda-

ción Vida y Salud y con el paso del tiempo otras organizaciones hasta las 18 que suscribieron en octubre de 2010 la Declaración de Cochabamba, donde, entre otras cuestiones afirman: “Hemos constatado que estos proyectos legales contienen conceptos como “perspectiva de género”, “salud sexual y reproductiva”, “derechos sexuales y reproductivos”, “identidad de género” y “orientación sexual”, que no provienen de la idiosincrasia de ninguna de las 36 naciones y culturas bolivianas, relativizando los valores y derechos fundamentales. Más bien, dichos conceptos se originan en ideologías neocolonialistas ultra feministas que lamentablemente ya se han implementando en países norteamericanos y europeos con el objetivo de legalizar el aborto y las uniones homosexuales, e imponer el control de la natalidad, todo ello contrario a la naturaleza humana, valores y tradiciones vigentes en nuestro país.”¹¹

A partir del proceso vivido por la Ley Marco y desde entonces, estas organizaciones reciben cada vez más recursos financieros y apoyo estratégico y técnico a los grupos locales, configurando un movimiento de resistencia e incidencia política cada vez con mayor poder. La organización internacional que más apoyo está dando es Vida Humana Internacional, con base en Estados Unidos. En 2008, el boliviano Juan Mario Rojas, quien se había destacado especialmente en la lucha contra la Ley Marco, fue nombrado director para América Latina de esta organización.

Entre los “logros” obtenidos por el movimiento anti derechos cabe destacar sin duda la paralización de la mencionada Ley Marco, pero también el hecho de colocar en la nueva Constitución Política del Estado la definición del matrimonio exclusivo entre un hombre y una mujer. En octubre de 2010, también lograron echar atrás el artículo 15 del proyecto de Ley de Protección Legal de niños, niñas y adolescentes que pretendía endurecer las penas en el Código Penal para los delitos de agresión sexual entre otros.

- 1 PNUD (2011). Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Los cambios detrás del cambio. La Paz. http://idh.pnud.bo/index.php?option=com_hello&view=hello2&Itemid=56&id=6
- 2 Constitución Política del Estado. "El bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios internacionales en materia de Derechos Humanos y las normas de Derecho Comunitario, ratificados por el país." Artículo 410 – II.
- 3 El promedio de hijos/as por mujer es de 3,5, pero casi dos terceras partes de las mujeres en unión (63 por ciento) consideran que el número ideal de hijos es 2 o menos
- 4 <http://www.fmbolivia.com.bo/noticia39452-fabian-yaksic-pide-hacer-expedito-tramite-para-autorizacion-de-aborto-impune.html>
- 5 Disponible en: <http://www.eldeber.com.bo/2007/2007-06-08/vernotasantacruz.php?id=2571>
- 6 Colectivo GLBT's Bolivia. Texto base de propuestas (borrador preliminar). Disponible en: http://ypinaction.org/files/02/18/Texto_Base_de_Propuestas_GLBT27s_de_Bolivia.pdf
- 7 Según la definición del Ministerio de Salud y Deportes, "la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCl) se constituye en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula al equipo de salud con la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud; además de complementar las medicinas existentes en Bolivia; se enfatiza que este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez."
- 8 AINI. CNAMIB: "Bono Juana Azurduy no llega a mujeres indígenas, urge hacer un censo". 29 de abril de 2011. <http://www.aininoticias.org/2011/04/>
- 9 Ley contra la violencia en la familia o doméstica; la Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual; la Ley de Trata y Tráfico de Personas y otros delitos relacionados; la Ley para la Prevención del VIH/Sida, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/Sida; la Ley Contra el Racismo y toda forma de Discriminación; y la Ley de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes
- 10 http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Ipas_Bolivia_se_une_a_lideres_indigenas_para_lograr_la_despenalizacion_del_aborto.aspx
- 11 III Encuentro nacional por la vida y la familia. Declaración de Cochabamba, por la vida y la familia. <http://www.lapatriaenlinea.com/?nota=44265>

“Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. Fortalecer las acciones y servicios para garantizar el derecho a una salud sexual y reproductiva no discriminatoria y libre de violencia que respete la diversidad, y empoderar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.”

ECUADOR*



INFORMACIÓN GENERAL

El Ecuador tiene un territorio de 256.379 kilómetros cuadrados y cuatro zonas geográficas predominantes: la Costa, la Sierra, la Amazonía y el territorio Insular. Ecuador se divide política y administrativamente en 24 provincias.

En el país también existe una importante diversidad étnica y cultural que se ha reflejado en la actual Constitución Política del Estado. El castellano es el idioma oficial del Ecuador; el castellano, el kichwa y el shuar son idiomas oficiales de relación intercultural. Los demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas en las zonas donde habitan y en los términos que fija la ley.

El último censo nacional de población y vivienda, realizado en 2010, enumeró a 14.306 millones de personas lo cual significa una densidad poblacional de aproximadamente 55.8 personas por kilómetro cuadrado.

De acuerdo al Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010, Ecuador es el tercer país con mayor desigualdad en Latinoamérica, después de Bolivia y Haití. Existen avances entre 2006 y 2009, pues en este período la pobreza básica se redujo en 1,6 puntos porcentuales y la pobreza extrema en 2 puntos porcentuales, aunque el 57 por ciento de la población rural aún es pobre. En educación, el informe muestra que la matriculación de niños entre 6 y 12 años de edad en 2008 fue del 97,7 por ciento y también revela que el índice de desarrollo humano subió de 0,709 en 1980 a 0,806 en 2007 en Ecuador.

Según el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del año 2007, Ecuador ha progresado significativamente en la mayoría de ellos. En el ODM 3, “promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres”, se ha alcanzado ya, antes de 2015, la meta de equidad en el acceso a la educación: igual número de mujeres (en el nivel superior incluso más) que de hombres se matricula en todos los niveles educativos. Pero esto no

garantiza equidad en el acceso al empleo ni en los ingresos. La tasa de desempleo de las mujeres es el doble y con el mismo nivel de instrucción, por cada dólar que ganan los hombres las mujeres ganan entre 53 y 85 centavos.

Respecto al ODM 5, “mejorar la salud materna”, si bien existe un importante progreso en la reducción de las muertes maternas, su valor se considera aún muy elevado. La razón de mortalidad materna disminuyó sensiblemente en el período 1990-2005: de 117,2 defunciones por cada cien mil nacidos vivos a 56,6. Sin embargo, para alcanzar la meta (29,3), los esfuerzos han de incrementarse sostenidamente. Las mujeres indígenas y quienes viven en el sector rural del país son las más afectadas.

El ODM 6, “detener y empezar a reducir el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis”, por su parte, muestra que desde 1990 la epidemia de VIH/SIDA ha crecido sin cesar en el Ecuador. Hasta junio de 2007, se registra a nivel nacional un total acumulado de 11.007 casos de VIH/SIDA y en el período 1990-2006, un aumento de su tasa estimado en 1675%.

La actual Constitución de la República (29 de septiembre de 2008) fortalece los avances de la anterior (1998) y provee un marco para la reforma del marco jurídico, las instituciones y las políticas públicas nacionales para garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías. Por ello, el país vive un intenso proceso de creación de nuevas leyes y/o realización de reformas legales y por ello la importancia de la Función Legislativa y de la Corte Constitucional es aún más relevante si cabe en este período.

Actualmente existe una alianza estratégica entre la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género (ex Conamu) y el Grupo por los Derechos de las Mujeres de la Asamblea Nacional, para transversalizar el enfoque de género y de derechos de las mujeres en las leyes priorizadas por el cuerpo legislativo, algunas de las cuales afectan significativamente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

SITUACIÓN DE LOS TITULARES DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Respecto a la mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna en el año 1990 era de 117,2 por cada 100.000 nacidos vivos y en el año 2007 de 52,46, mostrando una tendencia irregular. La mayor parte de las muertes maternas se deben a hemorragias obstétricas (43.3%) y de éstas la hemorragia post-parto corresponde al 31.8%; como segunda causa está la eclampsia (32.7%) y la sepsis (1.7%). Entre los factores que más se asocian con la mortalidad materna están el lugar de atención del parto, el personal que atiende el mismo, la oportunidad, el lugar y personal que atiende las complicaciones obstétricas y el control post-parto.

En torno a la atención del embarazo y del parto, se observa la falta de un enfoque intercultural pleno que integre de manera respetuosa y complementaria los conocimientos y prácticas no medicalizadas. Un indicador indirecto de esto es la alta incidencia de parto domiciliario y con parteras, en la población indígena.

El 75,9% de los partos en el período 1999-2004 ocurrieron en instituciones de salud y un 24,1% en el domicilio; de este grupo, el 15% fue asistido por una partera no cualificada, un familiar o dio a luz sola. La encuesta demográfica y de salud materna e infantil señala que, en los servicios de salud materna investigados, el control postparto es la acción de salud menos utilizada en Ecuador. Sólo el 36,2% (44.4% en el área urbana y 26,4% en el área rural) de las mujeres recibe al menos un control postparto.¹

Varias son las provincias y regiones en las cuales son extremadamente altos los porcentajes de madres que no reciben ni un control durante el postparto. Imbabura, Cotopaxi, Bolívar, Azuay y Los Ríos superan el 75%, llegando incluso al 80,4%.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, provincias como Bolívar, Cotopaxi, Imbabura, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Esmeraldas y la región Amazónica presentan porcentajes de atención institucional del parto sensiblemente menores al porcentaje nacional.

En el año 2004, apenas el 57,5% de mujeres embarazadas logra acercarse a la norma mínima y óptima definida por el Ministerio de Salud Pública de 5 o más controles. El 26,2% recibió apenas entre 1 a 4 controles prenatales.

Respecto al embarazo no planificado

Según los datos proporcionados por la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación familiar, del Ministerio de Salud Pública, los niveles de fecundidad son altos en Ecuador, particularmente en mujeres de ciertos grupos poblacionales como mujeres indígenas y adolescentes. La falta de acceso y permanencia en el sistema educativo son causa y consecuencia de la tendencia al alza de la fecundidad en estos grupos, que se ven más vulnerables a la pobreza.

En Ecuador, la Tasa Global de Fecundidad-TGF es de aproximadamente 3.3 hijos por mujer. Mientras que en el área urbana la TGF es de 3 hijos/as, en la zona rural es de 4 y, si se trata de una mujer indígena, la tasa asciende a 5 hijos en promedio durante su vida.

Por otra parte, las mujeres con ningún nivel de instrucción formal tienen aproximadamente 6 hijos durante su vida, en contraste con las mujeres con educación superior que tienen aproximadamente 2. Asimismo, las mujeres que pertenecen al primer quintil de pobreza tienen en promedio 5.1 hijos, es decir, casi 2 hijos más que el promedio nacional. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, en mujeres casadas o unidas, alcanza el 72.7%, y de este porcentaje las mujeres indígenas representan un 47.2% y las mujeres con poca o ninguna instrucción el 51 y 65.1%.

El matrimonio y el embarazo son las dos razones más comunes por las cuales las adolescentes y jóvenes no terminan la escuela secundaria. En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre las que no tienen educación (43% comparadas con las de mayor nivel educativo, 11% con secundaria completa). En el año 2003, el 18,4% del total de partos de nacidos vivos fueron en madres adolescentes entre los 15 y 19 años, proporción que se mantiene en el 2008. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país es de constante incremento en la última década, siendo la más alta de la Subregión Andina².

Respecto al aborto

Ecuador contempla el aborto entre los artículos 441 al 447 del Código Penal de forma que está despenalizado cuando es practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, en los siguientes casos:

1° Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y,

2° Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente, requiriéndose en este caso el consentimiento del representante legal de la mujer.

Salud Mujeres es una línea gratuita que brinda información a las mujeres sobre cómo pueden realizarse un aborto de forma segura mediante el uso de medicamentos. También informa acerca de anticoncepción, incluyendo la de emergencia, y sobre sexualidad en general. La acción se enmarca en la legislación del país, concretamente en el artículo 18 de la Constitución vigente, por lo cual es constitucional y legal. Esta línea, creada en junio de 2008 fue cerrada el 12 de septiembre

de 2010 por una orden enviada desde la Fiscalía General del Estado Ecuatoriano. Ante esta decisión, las promotoras se declararon en resistencia y siguieron entregando información con un nuevo número de teléfono.

Algunos estudios han postulado que cerca del 33% de las mujeres ecuatorianas han experimentado algún aborto y se estima que 95,000 se practican anualmente. Este indicador convierte al país en el primero en la lista de 11 países de Latinoamérica.³ Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, la segunda causa de atención en los establecimientos hospitalarios fue el aborto no especificado con una tasa de 19,2 por cada 10.000 habitantes.⁴

Respecto a la violencia contra las mujeres

La violencia de género es una situación crítica de las mujeres ecuatorianas: ocho de cada diez han sido víctimas de algún tipo de violencia física, psicológica o sexual y más de 250.000 denuncias se han presentado en las comisarías de la mujer y la familia en los últimos tres años. Además, el 64% de las muertes de mujeres publicadas en los periódicos durante el 2009, fueron por violencia machista.⁵

En el 2008, se presentaron 10.672 denuncias por delitos sexuales en la Fiscalía y aproximadamente 300 casos tuvieron sentencia. Un 21% de niños, niñas y adolescentes de Ecuador ha sufrido alguna vez abuso sexual.⁶

Una investigación realizada por el Instituto de la Niñez y la Familia y el Ministerio de Inclusión Económica y Social reveló que el 21,4% de 1.100 escolares entre 16 y 17 años encuestados, que representa a 2,5 millones en el país, fue víctima de violencia sexual. Mientras, cifras de la Fiscalía del Guayas del 2008 arrojan que de las 3.443 denuncias por delitos sexuales, 2.968 tuvieron indagación previa y de ellas solo 328 pasaron a instrucción fiscal (etapa de investigación).

Respecto a la orientación sexual e identidad de género

En Ecuador la homosexualidad es una “enfermedad que puede curarse”, o al menos eso es lo que prometen clínicas ilegales que aceptan a jóvenes, normalmente internados a la fuerza por sus padres, según autoridades y colectivos de gays.

La Fundación Equidad y Género, una organización no gubernamental, tiene anualmente cerca de 15 denuncias de personas que han sido internadas contra su voluntad en alguno de estos centros, donde son “víctimas de maltratos”, como tratamientos con “electricidad o la privacidad de comida y descanso”, según su portavoz, Efraín Soria. En estos centros a veces se usan métodos violentos, como demuestra el caso de “una chica lesbiana que fue violada, además de gays o travestis que les cortaron el pelo o les extrajeron líquido de las prótesis de sus senos”.

Estos son violaciones claras contra los DDHH y son prácticas homofóbicas y discriminatorias.

Respecto al estado laico

El artículo 1 de la nueva Constitución (2008) afirma que el Ecuador se constituye en un Estado constitucional laico. Asimismo, el artículo 3 afirma que son deberes primordiales del Estado, entre otros, “garantizar la ética laica como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico”. El artículo 28, afirma que la educación pública será universal y laica en todos sus niveles y gratuita hasta el tercer nivel de educación superior inclusive.

Sin embargo, en su preámbulo invoca el nombre de Dios y reconoce las diversas formas de religiosidad y espiritualidad, lo que da cuenta de la contradicción que esto supone para un verdadero Estado Laico.

Estas contradicciones se mantienen a la hora de legislar y elaborar políticas públicas. Por un lado, el Presidente Correa afirmó en una entrevista reciente (enero de 2011) que: “Yo soy progresista en economía y en cuestiones sociales pero como practicante

no puedo aceptar el aborto ni el matrimonio entre personas del mismo sexo. En el terreno moral soy muy conservador porque soy católico practicante”⁷. Lo que a todas luces contradice el artículo 3 de la Constitución, en relación a la ética laica como sustento del quehacer público.

Por otra parte, en la presentación de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA, en febrero de 2011, el Presidente “insistió en la importancia de educar, en especial a las madres más pobres y a los adolescentes, pues las cifras de natalidad son preocupantes en las zonas de menos recursos económicos. Explicó también que es católico practicante y que asume el riesgo de enfrentarse a críticas y cuestionamientos de algunos sectores de la iglesia católica. “Estamos dispuestos a asumir el desafío e ir a una agresiva campaña de planificación familiar porque no podemos aceptar que adolescentes se embarquen a los 14 años”, dijo al comentar que incluso hay embarazos de niñas de diez y doce años. Durante la presentación del informe, Correa insistió en que la campaña no implica “jamás métodos abortivos”.⁸

Finalmente, recordar que en febrero de 2011, dentro de las objeciones a la Ley de Educación, el Ejecutivo planteó incluir clases opcionales de religión y moral en las instituciones públicas, a pedido de los padres de familia. Este veto viola directamente el derecho a una educación pública laica, que recoge el artículo 28.

EL ROL DEL ESTADO COMO TITULAR DE OBLIGACIONES

Ecuador ha promulgado una nueva Constitución Política del Estado (CPE) en 2008 que incorpora un catálogo completo e integral de derechos humanos.

El artículo 11 señala que el ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: “Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos

derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación”.

El artículo 32, por su parte, establece que la salud, incluyendo las salud sexual y reproductiva, es un derecho que debe garantizar el Estado bajo principios de equidad y enfoque de género y generacional.

El artículo 35 señala que son sujetos de atención prioritaria las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad y recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado se compromete a prestar especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

En el artículo 43 se protegen los derechos de la mujer embarazada de la siguiente forma: El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

En el artículo 66, entre los Derechos a la Libertad, se establece el derecho a la integridad personal que incluye una vida libre de violencia en el ámbito público y privado, por tanto el Estado deberá adoptar medidas para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, especialmente la ejercida contra las mujeres, niñas/os, adolescentes, adultos/as mayores, personas con discapacidades y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad, medidas que además se hacen extensivas contra la esclavitud y la explotación sexual. Asimismo, garantiza el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras (Párr. 9). También el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener (Párr. 10).

El artículo 347 establece como responsabilidades del Estado asegurar que todas las entidades educativas impartan educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente, con un enfoque de derechos; erradicar todas las formas de violencia del sistema educativo y velar por la integridad tanto física, psicológica y sexual de los y las estudiantes.

El artículo 363 señala además que el Estado es el responsable de asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y post parto.

La Constitución, sin embargo, incorpora dos motivos de preocupación. Uno de ellos lo constituye el artículo 45, en el que se protege el derecho a la vida desde la concepción y el otro, el artículo 67 relativo a la definición del matrimonio como aquel que se realiza entre un hombre y una mujer. A pesar de esta definición, la Constitución deja abierta la puerta a la legalización de las uniones de hecho, sin que figure en ningún sitio el obstáculo para personas del mismo sexo. Donde sí hay limitación es a la hora de que la adopción sólo corresponderá a personas de distinto sexo.

A nivel de desarrollo programático, **El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013**, se constituye en la política máxima del Gobierno. Entre los principios orientadores del Plan está el construir un país que avanza hacia la igualdad, la integración y la cohesión social. Incorpora políticas y metas de igualdad de género y derechos de las mujeres establecidos en 46 políticas implícitas y 16 políticas explícitas, de un total de 92 y 119 estrategias explícitas dirigidas al mejoramiento de los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Entre aquellas relacionadas específicamente con los derechos sexuales y reproductivos encontramos:

Política 1.6. Reconocer y respetar las diversidades socioculturales y erradicar toda forma de discriminación por motivos de género, de opción sexual, entre otros. (Objetivo 1)

Política 3.4. Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. f. Promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo el derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad y fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas. k. Fortalecer las acciones y servicios para garantizar el derecho a una salud sexual y reproductiva no discriminatoria y libre de violencia que respete la diversidad, y empoderar a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos. l. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos. (Objetivo 3)

Política 9.4. Erradicar las prácticas de violencia contra las personas, pueblos y nacionalidades. c. Conformar instancias institucionalizadas en las unidades educativas para actuar como defensoría del estudiantado frente a situaciones de discriminación, maltrato y delitos sexuales, especialmente hacia las

mujeres y la población LGBTI. ¹ Fortalecer las capacidades de las mujeres, de las personas LGBTI y de las personas de los grupos de atención prioritaria para presentar acciones de protección. (Objetivo 9)

Respecto al derecho a la salud, la **Ley Orgánica de Salud** (2006), garantiza la protección de los derechos sexuales y reproductivos incorporando concepciones avanzadas en materia de derechos humanos, bioética e interculturalidad. Declara a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes, al aborto en condiciones de riesgo, como problemas de salud pública, y que los y las operadoras de salud deben obligatoriamente atender un aborto en curso como emergencia médica. Incorpora normas relativas a la profilaxis para VIH en casos de violencia sexual, y contiene un capítulo sobre enfermedades transmisibles que incluye el VIH/Sida, y está prevista la anticoncepción de emergencia para mujeres viviendo con VIH/Sida. La ley dispone la unificación de protocolos de atención en casos de violencia.

La **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**, (1998), según señala la misma, es un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y de los derechos a la salud de niñas y niños menores de cinco años, consagrados en la actual Constitución. Reformada en 2000 y 2005, es el referente estatal para la protección de la maternidad y del (o la) recién nacida hasta los 5 años de edad. Contempla su propia asignación presupuestaria, crea una forma de participación social a través de los comités de usuarias para evaluar los servicios recibidos y prevé la entrega de métodos de anticoncepción. Establece el acceso universal y sin costo a los servicios de salud durante el embarazo, el parto, el posparto. Incluye atención a la salud sexual y reproductiva, acceso a programas y métodos de planificación familiar y anticoncepción, atención a las emergencias obstétricas producto de violencia de género. Fue reformada en el 2005 para agilizar el procedimiento de acreditación de fondos, En esta reforma también se amplió el universo de beneficiarias haciéndola extensible a todas las mujeres que viven en territo-

rio ecuatoriano, y no sólo para ecuatorianas, como respuesta a la problemática del desplazamiento de personas a territorio ecuatoriano.

La Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, propicia la aplicación y el cumplimiento de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales y las leyes, entendiendo que la salud sexual y reproductiva está vinculada con los derechos sexuales, reproductivos y los demás derechos humanos. Su Plan de Acción (2005), ha sido el marco para el diseño de Planes de Acción intersectoriales: para la Reducción Acelerada de la Muerte Materna (2008), la Prevención de VIH/Sida, la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2007), y la Prevención de la Violencia Basada en Género. También está vigente la norma que autoriza la entrega de la anticoncepción de emergencia de manera gratuita en las unidades de salud públicas. El Ministerio de Salud Pública incluyó el tema de violencia para su reporte en la historia clínica y, en el año 2008, construyó las normas de atención integral a la violencia basada en género y la violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA, presentada en febrero de 2011 y con una duración prevista de tres años, supone “una acción del Estado para garantizar los derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, y en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En éstos se brindará educación, consejería en sexualidad y planificación familiar”.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente, de julio de 2007, pretende contribuir a la disminución del embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de salud, educación y protección social en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial, con activa participación de adolescentes y jóvenes y compromiso de la sociedad civil, incluidos los medios de comunicación. En concordancia con el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente, el PNPEA (UNFPA) ha determinado 3 líneas

básicas de acción que se desarrollarán en 5 años: - Sistema de información, monitoreo y evaluación. - Fortalecimiento institucional y cooperación técnica horizontal. - Participación Técnica de Adolescentes, abogacía, alianzas y participación social. Por otra parte, hay que mencionar que en el Ecuador, mediante acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 estableció el 26 de Septiembre de cada año como el “**Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes**”.

Las **Normas y Procedimientos para la Atención Integral a Adolescentes**, de 2009, se publicaron en el marco del Programa Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente. El Ministerio de Salud pone a disposición de las instituciones y equipos de salud de la red pública y complementaria, el paquete normativo para la atención integral de salud de las y los adolescentes, documentos de cumplimiento obligatorio para las instancias que conforman el Sistema Nacional de salud. Las Normas están organizadas en siete capítulos que hacen referencia los marcos legales y a los acuerdos internacionales que sustentan el ejercicio de derechos de adolescentes, marco conceptual, identificación de la situación de salud, atención integral, trabajo en red, participación social y sistema de información. Cada uno de ellos incorpora enfoques de derechos, intercultural, de género, inclusivo e intergeneracional.

Cabe destacar asimismo el Encuentro realizado el 30 de mayo y 1 de junio de 2011 denominado “**Hacia el Observatorio Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos**”, organizado por el Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud. El evento se da en el marco del mandato de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos promulgada en Ecuador en el 2005 y en cumplimiento sus lineamientos estratégicos.

En materia de Educación para la Sexualidad existen numerosas normas. Por una parte, mediante Acuerdo Ministerial n° 910 de 28 de mayo de 2000, se aprueba y dispone la ejecución del **Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA)** en todos los

niveles educativos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, medios de comunicación. Asimismo, mediante el Acuerdo Ministerial n° 3152 de 16 de diciembre de 2003, se crea el **Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PRONE-SA)** para la operativización del PLANESA, **Plan Nacional para la Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo** presentado en junio de 2006 como fruto de un convenio entre los organismos del Estado y la cooperación internacional.

El **Plan Nacional para la Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo y el Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor** han sido el marco que el MEC expida normativas específicas para el tratamiento de la violencia de género en las temáticas de educación de la sexualidad integral (Acuerdo 403), erradicación de los delitos sexuales en el ámbito educativo (Acuerdos: 062 el 3393), trata, tráfico y explotación sexual (Acuerdo 482).

Finalmente, la **Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor**, Ley n° 73 del 20 de marzo de 1998, pretendía institucionalizar la educación para la sexualidad en todo el sistema educativo del país. Si bien de esta ley nacieron importantes Planes y Programas, nunca llegó a implementarse en toda su magnitud. En marzo de 2011, esta ley fue derogada al entrar en vigor la nueva Ley Orgánica de Educación Intercultural.

En lo referente a la igualdad de hombres y mujeres, por encargo de la Comisión de transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género se elaboró en enero de 2011 el documento **Plan de Igualdad, No Discriminación y Buen Vivir para las Mujeres Ecuatorianas y su Estrategia de Transversalización 2010 - 2014**, que sustituye al anterior de 2005. No obstante, aún es una propuesta sin que se tenga conocimiento de cuándo pasará a convertirse en una política pública real. Tiene 12 líneas estratégicas entre las cuales destacan la n° 6: “Erradicación de la violencia de género, el acoso sexual, laboral y político y el femicidio en los diversos ámbitos en que ocurren (social, escolar, aca-

démico, empresarial, doméstico, y en dinámicas de movilidad y zonas de conflictos), que garantice la autonomía corporal, emocional, económica, política y social de las mujeres. Promoción, protección y garantía del derecho a la seguridad ciudadana de las mujeres”; y la n° 7: “Política universal de salud que garantice la promoción, protección y garantía del derecho a la salud de las mujeres diversas, en sus diferentes ciclos de vida, y atención a los derechos sexuales y reproductivos con calidez, calidad, y enfoques generacional, intercultural y específicos para mujeres con otras identidades sexuales”.

Otra normativa relevante es el **Código Orgánico de la Función Judicial** que creó órganos de justicia especializada (los juzgados de violencia contra la mujer y la familia, de contravenciones, y, de familia, mujer, niñez y adolescencia), que intervienen en la investigación y sanción de hechos que atentan contra la integridad física, psíquica y sexual de las mujeres. Dispuso la inaplicabilidad de caución mediación, arbitraje o fuero especial para los casos de violencia intrafamiliar y, como punto importante, propende a una Defensoría Pública especializada para las mujeres, niñas y adolescentes, a través de la creación de los juzgados de violencia contra la mujer. Establece que la integración de todas las instancias de la Función Judicial sea paritaria, aplicando de ser necesario, medidas de acción afirmativa. EL Código demanda la reforma integral de la institucionalidad pública, encargada de su aplicabilidad. Actualmente el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos está trabajando en el diseño del nuevo sistema.

La **Ley Orgánica de la Función Legislativa** incorpora de manera transversal el enfoque y abordaje de los derechos de las mujeres y la igualdad de género, a través de la creación de la Unidad Técnica Legislativa cuyo objeto es acompañar el proceso de creación de la norma y proveer a las comisiones especializadas y al Pleno, de un informe no vinculante sobre algunos temas entre ellos, “...lenguaje utilizado en la norma y revisión de lenguaje no discriminatorio; impacto de género de las normas sugeridas”.

Entre las leyes más relevantes aprobadas en la Asamblea Nacional (2009) está la **Ley Orgánica Electoral y de Organizaciones Políticas** de la República del Ecuador, Código de la Democracia, que además de regular la aplicación de la paridad entre hombres y mujeres en las listas para elecciones pluripersonales, establece como impedimentos para ser candidatos/as, el haber ejercido violencia de género e incumplido con los pagos de alimentos de hijos e hijas. Como medida de acción afirmativa dispone que, en la proclamación de dignidades electas o electos, cuando exista empate por el último escaño y entre los empatados haya una mujer, se le adjudique el escaño a ella. Promueve la representación paritaria en los cargos de nominación o designación de la función pública, en sus instancias de dirección y decisión, así como en los partidos y movimientos políticos.

Igualmente, la erradicación de la violencia contra las mujeres, está presente en numerosas leyes y políticas nacionales tales como:

La **Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia**, Ley N°. 103 de 11 de diciembre de 1995, y su Reglamento General, de 18 de agosto de 2004, tiene como fin proteger la integridad física, psíquica y libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y sanción de la violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia.

El **Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia la niñez, la adolescencia y las mujeres**, aprobado mediante Decreto Ejecutivo n° 620 de 2007, que significó la primera política de Estado para abordar este tema. Incluye mecanismos de coordinación interinstitucional con todos los niveles del Estado. Sus ejes estratégicos son: transformación de patrones socio culturales, sistema de protección integral, acceso a la justicia, sistema de registro y desarrollo institucional. Su ejecución está a cargo de 5 ministerios: Salud, Educación, Gobierno, Justicia e Inclusión Económica y Social, y 2 consejos nacionales: el de Niñez y adolescencia y el de Mujeres (actual Comisión de Transición).

En el marco de este Plan se ha desarrollado la campaña de bien público “Reacciona Ecuador el machismo es violencia”, desde diciembre 2009 y 2010 en varios medios masivos de comunicación nacional y local.

El **Plan Nacional de Erradicación de la Trata, el Tráfico y la Explotación Sexual, contra niños, niñas, adolescentes y mujeres** (2007), que ha elevado el compromiso de la Fiscalía de la Nación y la Policía Nacional al crear unidades especializadas en violencia intrafamiliar y delitos sexuales (trata, violencia sexual, explotación sexual y pornografía) en varias provincias, a fin de que no queden en impunidad. También la mejora de la infraestructura de los centros de acogida para víctimas de estos delitos, y el incremento de personal y equipo técnico de la Policía Nacional que ha creado su “Unidad Anti-trata”. Se procura la reparación-restitución de los derechos de las víctimas.

EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL COMO TITULAR DE RESPONSABILIDADES

El movimiento pro derechos sexuales y derechos reproductivos

A diferencia de lo que sucede en Bolivia o Perú, Ecuador no cuenta con un movimiento de DSR organizado en torno a una serie de demandas básicas. Incluso, el movimiento feminista se encuentra desestructurado y el desafío actual está en organizar ambos movimientos. En cualquier caso, a nivel de redes o articulaciones ecuatorianas de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la incidencia política de los derechos sexuales y reproductivos, las más significativas son:

El **Frente Ecuatoriano por la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos**. Se trata de un nuevo espacio conformado por instituciones y per-

sonas que defienden el ejercicio de los derechos de las personas, fundamentalmente el derecho a decidir en la vida sexual y reproductiva. Su papel hasta ahora ha sido el de elaborar algunos comunicados de posicionamiento frente a políticas del gobierno, como fue la reciente defensa de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a la que se suscribieron numerosas organizaciones nacionales e internacionales.

La **Coalición Ecuatoriana de Personas que viven con VIH/Sida** (CEPVVS). Es una red nacional que promueve la participación organizada de las personas con VIH (PVV) en espacios y acciones que tienen que ver con su vida y su salud, sin discriminación de ningún tipo, con el objeto de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Esta organización junto con otras organizaciones de la sociedad civil, grupos de base comunitaria y grupos de ayuda mutua conforman la **Red ecuatoriana de organizaciones y grupos con trabajo en VIH/sida** - REDEVIDA. Actualmente (2011) REDEVIDA está integrada por 12 Núcleos provinciales de la CEPVVS y otras 14 organizaciones entre fundaciones, asociaciones, grupos de base de personas con VIH y grupos de ayuda mutua.

La **Confederación Ecuatoriana de Comunidades Trans e Intersex** (CONFETRANS). Se trata de una instancia de articulación nacional entre comunidades y organizaciones trans e intersex. El objeto de la CONFETRANS es difundir y descentralizar los avances trans e intersex que existen en Ecuador y poner en marcha, a nivel nacional e internacional, nuevas propuestas y estrategias de erradicación de la violencia, la exclusión, la subordinación, y todas las formas de discriminación por sexo, identidad de género y canon corporal.

La **Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas**, tiene por objetivo ampliar la participación ciudadana de las mujeres y tener una mayor intervención en las instancias de decisión y poder, en el Estado y la sociedad. Ejes de trabajo de la CPME son: Participación política de las mujeres; derechos

económicos y sociales; formación de mujeres líderes y ejercicio de ciudadanía con acciones para su empoderamiento; incidencia con enfoque de género en las políticas públicas; equidad de género y la igualdad de oportunidades; violencia y derechos humanos; salud sexual y derechos reproductivos; fortalecimiento organizativo del movimiento de mujeres; lucha contra la corrupción; relaciones con todos los sectores sociales y políticos del país.

La **Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género** es una organización feminista de jóvenes mujeres y hombres de 15 a 26 años que viene trabajando desde septiembre de 1998, por iniciativa de un grupo de mujeres jóvenes organizadas de la Coordinadora Política de Mujeres que querían visibilizar temas que afectaban directamente a las mujeres jóvenes.

Trabajan sobre todo en Quito apoyando la organización autónoma juvenil y la toma de decisiones de las y los jóvenes sobre sus cuerpos y vidas. En la actualidad, la CPJ ostenta la representación nacional de la Campaña 28 de septiembre por la despenalización del aborto en ALC. Entre otras iniciativas, la CPJ impulsó la línea de información sobre sexualidad y aborto seguro “Salud Mujeres” que se ha convertido en un referente.

El **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM Ecuador**. Integrado por 3 organizaciones (CEPAM, CAAP-CENTRO ANDINO DE ACCION POPULAR, FUNDACION CAUSANA), su trabajo principal consiste en la defensa y exigibilidad de los derechos humanos de las mujeres con una visión feminista y crítica del derecho, mediante el litigio internacional, el monitoreo a los Estados, y el fortalecimiento de la capacidad de sus integrantes para el análisis y argumentación jurídico-política, la concertación de agendas y el diseño de estrategias y cursos de acción para la acción política local y regional.

En lo que se refiere a organizaciones individuales que destacan por su trabajo de incidencia política en DSR (y que pertenecen también a una o más de

las redes anteriores), cabe citar a organizaciones como: Fundación Desafío, CEPAM Guayaquil, Sendas, APROFA, Salud Mujeres y Fundación Causana.

Entre los principales logros de las organizaciones de DSR del Ecuador, destacan:

- El logro de haber incorporado una buena parte de los derechos sexuales y reproductivos en la nueva Constitución de 2008.
- La defensa de la anticoncepción de emergencia, y su incorporación en las normas sanitarias y el cuadro nacional de medicamentos básicos.
- La defensa del aborto terapéutico y la incorporación del misoprostol en las normas y en el cuadro nacional de medicamentos básicos y su uso en los tres niveles de atención.
- La apertura para que las organizaciones trabajen en el tema de prevención del embarazo adolescente. Se ha logrado que el movimiento juvenil se posicione a favor de los DSR y el aborto legal seguro y gratuito.
- La puesta en marcha de algunas políticas públicas como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género.

En cuanto a las mayores debilidades, la principal es la inexistencia de un movimiento en relación a DSR, ya que las distintas organizaciones se articulan de cara a coyunturas específicas. Además, la cada vez menor financiación vía cooperación internacional, en especial para estos temas, compromete la agenda de las organizaciones y su capacidad de subsistir como vigilantes de los titulares de obligaciones.

Por otro lado, aunque el Ecuador no tiene un gran territorio como otros países de la región, acarrea un mismo problema de centralismo. En general, Quito suele acaparar todas las iniciativas políticas y legislativas, resultando muy difícil la participación de otros actores de otras regiones del país.

Asimismo, es necesario el fortalecimiento de una base social que impulse y construya una demanda sentida que es la renovación de liderazgos y base en el movimiento de mujeres, grupos GLBT, jóvenes, y más actores de la sociedad para sostener los cambios y las políticas logradas. Igualmente, constituye un reto fortalecer la voz independiente de la sociedad civil, sobre todo ahora en un momento en el que el Estado capta y busca captar todos los recursos de la cooperación para una administración directa con el riesgo de que estos procesos se den en la rigidez de la visión estatal como la única y, lo que es peor, vinculada a una militancia por un gobierno y no por una propuesta con sentido y contenido concreto.

Agenda de la OSC para continuar impulsando los DSR

La inexistencia o precariedad de un movimiento feminista en el país provoca que no se tenga una agenda de DSR clara. No obstante, entre otras iniciativas, están pendientes las acciones de cara a lo que la asamblea vaya trabajando en relación al Código Penal y las causales de aborto y el código de la salud. Estos dos cuerpos legales van a determinar respuestas de la ciudadanía y posiblemente una articulación para defender o proponer cosas nuevas.

Por otra parte, se ha dado un paso al constituirse un Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos por parte del Estado, en el cual se tendrá como desafío la participación de la sociedad civil.

El fortalecimiento del incipiente Frente Ecuatoriano por la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la reconfiguración del movimiento feminista pueden desembocar en acciones claras que unan al enormemente disperso movimiento de DSR en el Ecuador.

Finalmente, hay que trabajar por la educación sexual para que de veras cumpla con las necesidades y demandas de los y las jóvenes.

El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos

Entre las organizaciones antiderechos más destacadas se encuentran:

La **Fundación Ayúdame a Vivir** (Funavi) que desarrolla sus proyectos teniendo como centro la parroquia de San Isidro del Inca, en la periferia de Quito y cuyos objetivos son: Defender la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural; Ayudar a la mujer en situación difícil e irregular, como la madre soltera, brindándoles, a ella y a su hijo, atención médica, psicológica y legal en la etapa prenatal, en el momento del parto y en la etapa postnatal; procurar la protección y amparo a niños hijos de madres solteras o abandonadas mediante el apoyo para la colocación familiar, el establecimiento de un centro de adopciones y guarderías; emprender centros de capacitación para autogestión y proyectos productivos de ayuda a la mujer; difundir y defender los derechos del niño y los verdaderos derechos de la mujer; coordinar con otras entidades afines, nacionales o internacionales, intercambiando información o realizando proyectos conjuntos relativos a la defensa de la Vida Humana.

La **Fundación Acción Provida**, representante nacional de Vida Humana Internacional. Entre las múltiples actividades de incidencia política, Acción Provida es la encargada de celebrar, junto a la Conferencia Episcopal Ecuatoriana, el Día del Niño por Nacer, 25 de Marzo, tras lograr que Ecuador se uniera oficialmente a esta iniciativa en el 2006 por Decreto Presidencial. Amparo Medina, fundadora de esta organización fue militante de grupos de la izquierda radical, luchadora pro aborto y ex consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).⁹

El **Consejo Ecuatoriano de Laicos Católicos** (CELCA) es una entidad laical sin fines de lucro, de representación, agrupación y coordinación del laicado, generadora de unidad en la diversidad y promotora de la formación integral del laicado, para que viviendo su identidad, transforme las realidades temporales.

Fundación Familia y Futuro se define como un “grupo cristiano que asume como misión la participación ciudadana para la construcción de la cultura de la vida, y así lograr que la sociedad ecuatoriana respete el valor intrínseco de la vida del ser humano, desde su concepción hasta su muerte natural; y fortalezca a la familia como núcleo de la sociedad.

Las tres organizaciones anteriores contribuyeron significativamente a la inclusión del derecho a la vida desde la concepción y a la definición de matrimonio como aquél entre hombre y mujer, que se encuentra en la actual Constitución. Aún así, realizaron campaña por el No a la Constitución bajo el argumento de que perseguía a la iglesia católica, entre otras cuestiones.¹⁰

En lo que respecta a las iglesias evangélicas, estudios realizados en 2006 indicaban que ya el 13% de la población ecuatoriana profesaba esta religión.¹¹ Existe la **Iglesia Evangélica Ecuatoriana**, IEE que pretende aglutinar a todas las denominaciones. También, la Federación de Indígenas Evangélicos del Ecuador (Feine), una de las tres más grandes del país y cuyo baluarte son las provincias del centro andino del país, donde tienen presencia desde hace décadas. Además, una de las organizaciones evangélicas que operan en el país posee desde 1940 la radioemisora HCJB La Voz de los Andes, de alcance mundial, mientras que en 1996 comenzó a funcionar en Quito la Universidad Cristiana Latinoamericana (UCL). La IEE fue muy activa haciendo campaña por el No a la Constitución.

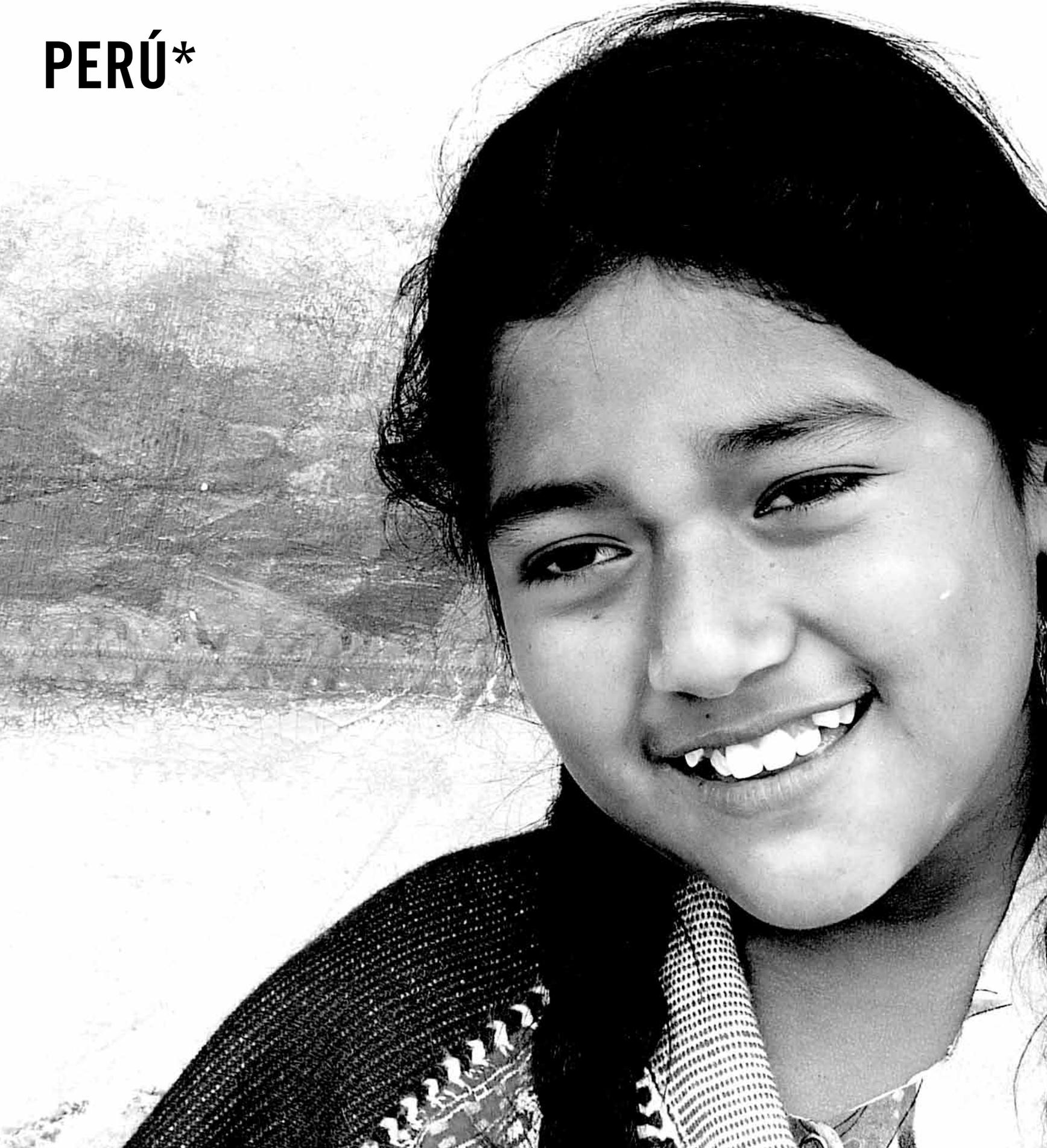


- 1 "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma"
Washington, D.C.: OPS, © 2008
- 2 Disponible en: <http://www.cepar.org.ec/>
- 3 Disponible en: <http://www.clacai.org/contenidos/informacion-para-mujeres/733-ecuador-es-el-pais-con-mas-abortos-en-latinoamerica>
- 4 "Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma"
Washington, D.C.: OPS, © 2008
- 5 Informe de Ecuador a la Comisión Interamericana de las Mujeres.
2010
- 6 Gobierno de Ecuador. Plan para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres, 2009.
- 7 Disponible en: <http://www.agmagazine.info/2011/01/13/rafael-correa-dice-ser-progresista-pero-se-opone-al-matrimonio-gay/>
- 8 Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/lang/es/news/pid/7276;jsessionid=446050279A650BD1D3395935663708B6>
- 9 Disponible en: <http://www.encuentrodefamilias.com.ar/2011/06/07/testimonio-del-amor-y-misericordia-de-dios/>
- 10 Disponible en: <http://famiyaiyfuturo.org/cautelasacerdotal.htm>
- 11 Disponible en: <http://ceirberea.blogdiario.com/1230741720/>

“Las ONGD españolas, mediante sus contrapartes, deberían comprobar más las necesidades reales y la vulneración vigente de DDHH con la población. Si bien la preocupación está puesta en agendas previamente marcadas con temas globales (economía solidaria, pueblos indígenas, acceso al recurso de agua, cambio climático, etc.), en materia de DSR las cosas no han avanzado mucho desde la década de los 90. La cooperación tiene que hacer procesos realmente co-participativos con la gente “participante” de los proyectos.”

Susana Chávez, Directora de Promsex

PERÚ*



INFORMACIÓN GENERAL

El Perú tiene 29,5 millones de habitantes y para 2015 su población llegará a 31,2 millones. La distribución de su población es piramidal, con algo más de la mitad conformada por mujeres y la cuarta parte por debajo de 24 años¹. El crecimiento promedio anual de la población se ha venido reduciendo de manera sostenida desde la década de los 60² y se ubica actualmente en 1,6%³. Aunque en relación al total de su territorio Perú no es un país altamente poblado, existe una fuerte concentración de población en las zonas urbanas, de manera que tres de cada cuatro habitantes viven en ciudades y más concretamente, casi la tercera parte de la población vive en la ciudad de Lima, que cuenta con 9 millones de habitantes⁴. En contraste, la densidad poblacional en las regiones amazónicas es menor a los 10 habitantes por km²⁵. La migración interna y externa, asociada a factores como la violencia política y la búsqueda de oportunidades ante la pobreza y la agudización de la desigualdad económica y social han contribuido a configurar dicha distribución. La migración internacional es considerable. Se calcula que más de 2 millones de peruanos y peruanas emigraron en las últimas dos décadas⁶, siendo 2008 el año con el número más alto de emigrantes estimados. A partir de 2009, en el marco de la crisis económica internacional y un contexto de mejores expectativas en el plano nacional, esta cifra empezó a reducirse, sin que pueda confirmarse aún una tendencia definitiva⁷.

El Perú es uno de los países étnicamente más diversos de América. Se estima que junto con la población mestiza coexisten 67 etnias nativas entre las cuales las más numerosas es la quechua⁸. Dieciocho de dichas etnias estarían en riesgo de extinción. Las epidemias y la sistemática reducción del acceso y control sobre el territorio que ocupan son aún causas del diezmo de dichas poblaciones. La herencia colonial, unida al acervo originario ha configurado una nación con diversos grados de mestizaje en la que permanecen relaciones basadas en un racismo velado y en la subvaloración de lo nativo.

Después de la dramática crisis de finales de los 80, Perú ha mejorado sus indicadores macroeconómicos y especialmente en los últimos quinquenios se ha ubicado entre los países con mayor índice de crecimiento a nivel mundial, siendo el pico más alto 2008 con 9,8% e incluso manteniendo un crecimiento positivo durante la crisis internacional - 0,9% en 2009⁹. Coyunturalmente, estos resultados se relacionan con el alza de los precios de los minerales en el mercado internacional. Estructuralmente, se enmarcan en la implementación de un modelo económico de corte neoliberal que favorece la seguridad jurídica para la inversión extranjera directa y la dependencia de la misma, la precaria calidad del empleo y los bajos salarios, la baja recaudación fiscal y la priorización de los compromisos asociados al pago de la deuda externa frente a la deuda interna - seguridad social - y otros derechos sociales¹⁰.

Entre el año 2000 y 2009, el presupuesto público concentró en promedio el 16,8% del PIB¹¹. En cuanto al gasto social, fuentes oficiales indican que éste se ha incrementado casi en un 60% entre 2004 y 2009¹² aunque aún se ubica por debajo de la mitad del promedio latinoamericano. Si bien las estimaciones varían según entidades y países, existe consenso en que dicho gasto en Perú es sumamente bajo en relación a la riqueza del país expresada en el PIB y que es necesaria una reforma tributaria que permita el incremento de la recaudación fiscal para cambiar esta tendencia¹³ ¹⁴. Al mismo tiempo, miembros de la sociedad civil señalan una escasa transparencia en la gestión del presupuesto nacional, lo cual dificulta una estimación y seguimiento eficiente del mismo¹⁵.

Por su parte, una de cada tres personas en Perú vive en condiciones de pobreza y una de cada diez en pobreza extrema. Si bien estos indicadores han mejorado a lo largo de la década - pasando de 54,8% en 2001 a 34% en 2009- la distribución de la pobreza refleja las importantes desigualdades existentes en el país. Así, el porcentaje de personas pobres en las zonas rurales triplica el de las zonas urbanas y el porcentaje de personas en extrema pobreza es nueve veces mayor si se trata de un entorno rural. Más aún, entre 2008 y 2009, si bien el porcentaje total

de personas que viven en pobreza se redujo, con la pobreza rural ocurrió lo contrario, llegando incluso a incrementarse en más de 8 puntos porcentuales en la selva rural en comparación al año anterior¹⁶.

La desigualdad no sólo se refleja en la situación económica, sino también en el desarrollo integral y la esperanza de vida de la población peruana. De acuerdo a la clasificación del PNUD el Perú tiene un Índice de Desarrollo Humano Alto - 0,723 en 2010, ubicándose en el puesto 63 en relación al resto de países del mundo. Sin embargo, al ajustar ese resultado considerando las desigualdades internas, se produce una pérdida del 30% del IDH, que se reduce a 0,501, y lo haría descender 26 puestos en la clasificación mundial. En el caso de la esperanza de vida, el indicador nacional es de 73 años pero las diferencias de los promedios entre distritos pueden llegar a 13. De acuerdo a PNUD, la desigualdad compromete el 16% de la esperanza de vida en el país¹⁷. Además de la desigualdad que se refleja en la distribución geográfica, que tiene un asociado componente étnico, el Perú presenta un índice de desigualdad por razones de género (IDG) mayor al promedio mundial, al latinoamericano y al de los que están clasificados como países con desarrollo humano medio y alto. En una escala del 0 al 1 en la que 1 representa el mayor grado de desigualdad, Perú obtuvo un índice de 0,614, ocupando el puesto 74 a nivel mundial. Los componentes del IDG en los que presenta resultados menos alentadores están relacionados con la salud y los derechos reproductivos – mortalidad materna, fecundidad adolescente, acceso al primer control prenatal y atención del parto por personal cualificado¹⁸. Las desigualdades basadas en género, especialmente en el ámbito de la salud reproductiva, se entremezclan también con la discriminación por origen étnico¹⁹.

En cuanto a la situación política, el Perú aún debe superar los traumas vividos durante el conflicto interno y la época del ex Presidente Alberto Fujimori, que en la actualidad está en prisión. Numerosos organismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han reiterado su exigencia al Perú para que aborde estos asuntos pendientes y mejore la situación general de los derechos humanos. En mayo de 2011, unas

nuevas elecciones generales colocaron a Ollanta Humala como Presidente para los próximos cinco años. Aún es pronto para conocer el efecto que tendrá esta presidencia sobre los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, el programa electoral del candidato tiene algunos motivos para la esperanza ya que en su Plan de Gobierno 2011-2016 proponía, entre otras políticas para lograr la igualdad y la equidad lo siguiente²⁰: “Garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres; el acceso a métodos de planificación familiar y protección contra ETS, incluyendo la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), así como la prevención del VIH/SIDA y la despenalización del aborto.”

SITUACIÓN DE LOS TITULARES DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Respecto a la Mortalidad materna

Mejorar la salud materna es uno de los objetivos del milenio (ODM 5) a los que el Perú se comprometió con metas concretas de mejoramiento al 2015. Así, la meta 5A indica que el Perú debe reducir la muerte materna en tres cuartas partes en el periodo 1990 al 2015. Esto significa que en el 2015 la muerte materna en el Perú deberá estar en el orden de 66 MM por 100 mil nacidos vivos²¹. Según información oficial publicada en mayo de 2009, el Perú era el segundo país en la región de Sudamérica y México con mayor Razón de Mortalidad Materna (RMM) después de Bolivia²², con 103 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Si bien la cifra es alta, supone una significativa reducción del 44% respecto al dato anterior del año 2000, donde la RMM se situaba en 185 X 100,000 nacidos vivos.

Esta reducción es debida al mayor acceso de las gestantes a los servicios de salud y al control prenatal. Por ejemplo, en 2010, la cobertura de partos

institucionales se incrementó en un 24,1% con relación al 2000 (de 57,9% hasta 81.2%) y en un 2% en relación al 2009. Así mismo, tanto en el área urbana como en el rural, pasó del 92.5% al 93.7% y del 55.0% a 58.7%, respectivamente. Específicamente, el parto institucional de gestantes procedentes del área rural se elevó del 23.4% en el año 2000 al 58.7% en el primer semestre 2010.

Respecto a las causas de la mortalidad materna en el Perú, de acuerdo a datos de 2009 del Ministerio de Salud (MINSA) estas eran principalmente: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo (19%) e infecciones (6%). La mayoría de las muertes ocurrían durante el trabajo de parto y post parto²³. Además, la penalización del aborto tiene una íntima relación con los altos índices de mortalidad materna (6%).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) del año 2000, los principales factores de riesgo para la mortalidad materna se ubican en las mujeres gestantes muy jóvenes menores de 18 años así como en las mujeres de más de 35 años, que tienen un intervalo mayor de dos años entre partos y que tienen más de tres hijos.

Por otro lado, según datos del MINSA, entre 1999 y 2001 “el 50% de la población más pobre acumuló el 85% de las muertes maternas registradas en el país”²⁴. De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología, que registra las muertes maternas ocurridas en los servicios del MINSA, la mayor parte de las muertes maternas se siguen produciendo en las regiones pobres del país, como Cajamarca y Puno. Por otro lado, Cusco es la región en la que más ha disminuido el número de casos.

Entre los factores que siguen limitando un abordaje sostenible y eficaz de la reducción de la mortalidad materna encontramos: a) la falta de una comprensión integral de los condicionantes de la muerte materna, b) la falta de calidad de los servicios en la atención obstétrica, c) la pobre capacidad resolutoria de los servicios y d) la escasa atención a la violencia sexual o sexo coercitivo que expone a las adolescentes a un embarazo temprano no deseado.

Respecto al Embarazo no deseado

Los valores de la tasa global de fecundidad (TGF) indican que los niveles de procreación en el país descendieron de 2,9 a 2,5 hijos por mujer entre los períodos considerados en las ENDES de 2000 y 2009. Mientras el valor de dicha tasa se mantuvo igual en las áreas urbanas (2,2 hijos), en las rurales se produjo una reducción de medio hijo en los últimos diez años, de 4,3 a 3,5 hijos.

Las mayores diferencias en el nivel de fecundidad se presentan por quintil de riqueza y educación de la mujer. Así, las mujeres sin educación tendrían al final de su vida reproductiva 2,1 hijos/as más que las mujeres con mayor educación (1,7). De igual forma, las mujeres con un quintil de riqueza inferior tendrían 2,5 hijos/as más que aquellas con un quintil de riqueza superior (1,5).

La ENDES 2009 mostró que, en general, las mujeres peruanas tienen en promedio el mismo número de hijos/as que hubieran querido tener. Sin embargo, existe una diferencia de más de un hijo/a en el caso de las mujeres de zonas rurales.

En cuanto a los métodos anticonceptivos²⁵, tanto el conocimiento como el uso de los mismos han mejorado en el lapso de los 10 últimos años. Los tres métodos más usados entre las mujeres unidas son los tradicionales o folclóricos (23,9 por ciento), seguido de lejos por la inyección (17,5%) y la esterilización (9,7%). Un 11.8% de mujeres unidas utilizan otros métodos anticonceptivos modernos. El caso de que los métodos tradicionales (sobre todo la abstinencia periódica) sea el método más utilizado llama mucho la atención cuando se compara con el dato de que 4.7 de cada 10 usuarias de este método desconocen su período fértil²⁶ y, por tanto, es posible que se estén exponiendo a un embarazo no deseado.

La Defensoría del Pueblo ha reportado en sus diversos informes de supervisión a nivel nacional del Programa de Planificación Familiar²⁷ dos graves problemas. Por un lado, el desabastecimiento constante de anticonceptivos modernos y por otro lado, el problema recurrente de cobros indebidos en la presta-

ción de los servicios de planificación familiar, pese a la gratuidad del servicio establecida en el marco legal vigente²⁸.

La mayor crisis de desabastecimiento de métodos se presentó entre los años 2001 y 2003 debido a la oposición de los responsables del Ministerio de Salud a considerar el suministro de métodos anticonceptivos modernos como parte de la política pública de salud en atención a sus convicciones religiosas²⁹. Pese a que las gestiones ministeriales sanitarias posteriores no han tenido una oposición ideológica frente a la anticoncepción moderna, no se ha logrado revertir el grave desabastecimiento de métodos originados en los sistemas de compra y distribución en ese periodo, lo cual se aprecia en las estadísticas comparadas de las ENDES 2000, 2004 y 2009, que reflejan un aumento progresivo del uso de métodos tradicionales que no se explican por una elección propia de la mujer sino por el desabastecimiento y la no existencia de alternativas. Por otro lado, esta falta de compromiso del ministerio de salud reforzó el papel de las farmacias como fuentes de provisión de métodos modernos en detrimento del acceso en los servicios públicos. Esta problemática es particularmente relevante para la salud pública pues es el sector público de salud el que atiende al 68,6% de las usuarias actuales de anticoncepción³⁰.

Otro aspecto a resaltar es la brecha existente entre la oferta de métodos anticonceptivos que brinda el sector público y la disponible en el sector privado. En el sector público se mantienen los mismos tipos de anticonceptivos desde hace 30 años, a excepción de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) que ha sido introducida en los últimos cinco años. No se ha incorporado aún ninguno de los compuestos de las nuevas generaciones de anticonceptivos hormonales, que sí existen en el servicio privado³¹.

Respecto a la esterilización forzada

Miles de mujeres pobres en su mayoría campesinas e indígenas fueron esterilizadas contra su voluntad –y se conoce que al menos 18 murieron– en el marco

del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 del gobierno de Alberto Fujimori.

En septiembre de 1995 se promulgó la Ley N° 26530 que estableció el mencionado programa e implantó la esterilización como método de planificación familiar. A partir de entonces, el Ministerio de Salud comenzó una campaña intensa de sensibilización por medio de festivales de salud, para inducir el uso de métodos anticonceptivos irreversibles y tratar de controlar de tal manera la tasa de natalidad, sobre todo entre las mujeres campesinas. Si bien las campañas de información y educación sobre planificación familiar son necesarias para satisfacer el derecho a la información y al acceso a métodos anticonceptivos, nunca deben tener un carácter obligatorio, como fue el caso. Ante las denuncias de organizaciones de la sociedad civil y de defensores/as de los derechos humanos, en marzo de 1998 el Estado se comprometió a emprender correctivos al programa terminando con las campañas públicas. Sin embargo, según un Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)³² durante su visita al país, las esterilizaciones forzadas continuaron al menos dos años más. En dicho Informe se señalaba que: “La Defensoría del Pueblo se ha pronunciado al respecto destacando las siguientes fallas: falta de información previa y completa sobre los métodos anticonceptivos; amenazas con multas y cárcel si las mujeres no acceden a la esterilización; falta de diligencia y salubridad en las intervenciones quirúrgicas; falta de seguimiento posterior, por lo cual muchas mujeres se enferman a raíz de la operación, e inclusive algunas han muerto por tal causa; y discriminación en la aplicación de la AQV (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria), en cuanto la campaña está dirigida principalmente a mujeres y no a hombres fértiles.” El propio Estado reconoció que bajo el plan se realizaron 300.000 esterilizaciones, de las cuales la Defensoría del Pueblo documentó con base en denuncias 2.074 casos forzados.

En 1999³³ las organizaciones CEJIL (Centro por la Justicia y el Derecho Internacional), DEMUS (Estudios para la Defensa de los Derechos de la Mujer), CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), APRODEH

(Asociación Pro Derechos Humanos) y CRR (Centro de Derechos Reproductivos) presentaron el caso ante la CIDH contra el Estado peruano. El 10 de octubre de 2003, las partes firmaron un Acuerdo de Solución Amistosa por el que el Estado reconoció su responsabilidad por la violación de los derechos de Mamérita Mestanza (fallecida en 1998 tras ser sometida a una operación de ligadura de trompas bajo amenazas, sin consentimiento, ni exámenes previos de riesgo quirúrgico), y se comprometió a adoptar medidas de reparación en beneficio de los familiares de la víctima, a investigar y sancionar a los responsables y a adoptar medidas de prevención para evitar que estos hechos se repitan en el futuro.

Pero el Ministerio Público retrasó permanentemente la investigación contra cuatro ex ministros de Salud del régimen de Fujimori y, finalmente, archivó el caso en mayo de 2009 con el alegato de que las imputaciones habían prescrito, al considerar que los posibles delitos eran contra la vida, el cuerpo y la salud, y de homicidio culposo.

En noviembre de 2010, la CIDH condenó de nuevo al Estado peruano por el incumplimiento de sus obligaciones, aunque las posibilidades de que se investiguen estas violaciones a los derechos humanos estarán, muy probablemente, en manos de la voluntad política que demuestre el nuevo gobierno de Perú.

El nuevo Presidente electo del Perú, Ollanta Humala, afirmó mediante su portavoz que este caso no quedaría impune y llevaría ante la justicia a los responsables.³⁴

Respecto a la Anticoncepción de Emergencia

La distribución gratuita de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en los hospitales públicos se encuentra actualmente prohibida por una resolución jurisdiccional. El 29 de octubre del 2004 una ONG de carácter religioso interpuso un proceso de amparo contra el Ministerio de Salud con el objeto de que se abstuviera de iniciar el programa de distribución de la denominada “píldora del día siguiente” en todas

las entidades públicas, asistenciales, policlínicos y demás centros hospitalarios en los cuales se pretendiera cumplir con su entrega gratuita. Para la ONG demandante se trataba de proteger el derecho a la vida del concebido.

Luego de varios procesos el Tribunal Constitucional señaló en 2006³⁵ que, en el estado actual de la Medicina a esa fecha, los efectos de la AOE eran anticonceptivos y, por tanto, no abortivos.

Sin embargo, en octubre de 2009, el mismo Tribunal Constitucional emitió una sentencia que contradecía a la anterior y ordenó al Ministerio de Salud abstenerse de desarrollar como política pública la distribución gratuita a nivel nacional de la AOE, así como “a los laboratorios que la producen, comercializan y distribuyen que incluyan en la posología la advertencia de que dicho producto podría inhibir la implantación del óvulo fecundado.”³⁶

Con posterioridad, el Ministerio de Salud emitió el 8 de marzo de 2010, la Resolución Ministerial N° 167-2010/MINSA por la que, a la luz de nueva evidencia recopilada posterior al proceso judicial de amparo, se declaró que existe certeza de que el levonorgestrel (compuesto básico de la AOE) tiene uso anticonceptivo, que no es abortivo y que no produce efectos secundarios mortales o dañinos. La base de esta resolución fueron tres informes que rebatían la supuesta duda sobre los efectos anti-implantatorios del fármaco.

ALA Sin Componenda, la ONG demandante, reclamó en sede judicial que la Resolución Ministerial constituía un incumplimiento de la obligación de no repartir AOE impuesta al MINSA. El juez encargado del proceso acogió su argumentación y ordenó al MINSA abstenerse de distribuir estos anticonceptivos. Por esta orden judicial, el Ministerio emitió la Resolución Ministerial N° 652-2010/MINSA, de fecha 19 de agosto de 2010, por la que se dispone que la DIGEMID se abstenga de analizar cualquier actividad referida al uso de levonorgestrel como anticoncepción oral de emergencia. Como resultado, la distribución de la AOE en los servicios públicos de salud

ha quedado nuevamente prohibida. Sin embargo, su venta en las farmacias no tiene más restricción que la prescripción médica.

El Tribunal Constitucional (TC) no solo ratificó su sentencia que prohíbe distribuir al MINSA la AOE sino que además cerró la posibilidad de que se pudiera vender a un precio módico el stock de estas pastillas que tenía en su poder.

Dando cumplimiento a esta sentencia, el pasado 14 de mayo de 2011 el Ministerio de Salud publicó la Resolución Ministerial 652-2010/MINSA que dispone la abstención por parte de la Dirección General de Salud de las Personas y la DIGEMID, de realizar cualquier actividad referida al uso del levonorgestrel como Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) y restringiendo así el derecho de las mujeres al acceso a la más amplia gama de métodos anticonceptivos.

El impacto de esta decisión debe ser analizado tomando en cuenta dos factores: por un lado, el hecho de que el sector público es el mayor proveedor de métodos anticonceptivos en el país, con lo cual la mayoría de las mujeres no podrán acceder a él. Por otro lado, esta prohibición afecta sobre todo a las mujeres sobrevivientes de violencia sexual quienes, según el Protocolo de Atención a la Violencia vigente, tenían derecho a acceder a la AOE gratuita en todos los servicios de salud públicos. Dado que según la ENDES 2009³⁷ el 12.4% de las mujeres alguna vez unidas fue obligada a tener relaciones sexuales que no quería o no aprobaba, miles de mujeres se ven expuestas a un embarazo no deseado al no poder utilizar la Anticoncepción de Emergencia.

Respecto al Aborto

Según un estudio realizado a finales de 2006 en el Perú se practican 371,420 abortos clandestinos cada año³⁸. En el 2007, las Direcciones Generales de Salud del Ministerio de Salud (MINSA), reportaron que 40,794 abortos incompletos fueron atendidos a nivel nacional en sus establecimientos; esta cifra solo refleja el número de mujeres que necesitaron

atención a su salud en las dependencias públicas del MINSA por las consecuencias adversas de un aborto inseguro.

Se calcula, además, que se registra un aborto por cada nacido vivo, que la probabilidad de las mujeres peruanas de 15 a 49 años de provocarse un aborto es de 5.2% y que solo el 14% de las mujeres que tienen un aborto se hospitaliza.

El aborto ocupa el cuarto lugar como causa de muerte materna (7%), según el Ministerio de Salud; sin embargo, numerosos estudios sostienen que dentro de las muertes por hemorragias (60%) e infecciones (13%) se encuentran subregistradas muchas muertes por aborto. En consecuencia, si existiera un buen registro de las muertes maternas, el aborto ocuparía posiblemente el primer lugar.

En el Perú, el aborto es ilegal y constituye un delito contra la vida. El único caso de aborto no sancionado por la ley es el que se realiza para salvar la vida de la mujer o evitarle un mal grave o permanente. Además, en la Ley General de Salud existe una norma legal que obliga al personal médico a denunciar los casos en que existan indicios de aborto, disposición contraria al principio de confidencialidad médico-paciente.³⁹

Con esta legislación, la práctica clandestina del aborto es muy alta y, muchas veces, en condiciones inseguras que provocan complicaciones graves especialmente a las mujeres de escasos recursos, sean rurales (69%) o urbanas (44%), y en mucho menor medida a las mujeres que tienen altos ingresos (9%). Aproximadamente 65 mil mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones de aborto.

Todo esto hace que el aborto constituya en el Perú un grave problema de justicia social y de salud pública y, ante esta situación, las Naciones Unidas, a través de varios Comités de supervisión de tratados internacionales de derechos humanos vienen instando al Estado peruano a revisar la legislación que contiene medidas punitivas para las mujeres que abortan, así como a facilitar el acceso al aborto terapéutico permitido por la ley.

En 2005 se produjo un caso emblemático cuando el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas⁴⁰ dictaminó que el estado peruano había vulnerado los derechos humanos de la joven KL (adolescente peruana a la que se le negó el aborto de un feto anencefálico, sufrió severos daños emocionales que afectaron su calidad de vida y vulneraron sus derechos humanos) al negarle el aborto terapéutico, y lo exhortaba a adoptar las medidas necesarias para evitar la repetición de casos similares.

Cinco años después, el Estado peruano continúa negándose a legislar sobre este asunto y provocando así que otras mujeres con casos similares tengan que pasar por lo mismo que K.L. Datos proporcionados por el Ministerio de Salud indican que solo entre 2005 y 2008 se registraron 121 partos de fetos anencefálicos en los hospitales de todo el país.

Respecto al VIH/Sida

La epidemia en el Perú tiene presencia desde hace 25 años. A 30 de abril del 2011, el Ministerio de Salud da cuenta de 27.454 personas viviendo con Sida y 44.044 con VIH⁴¹.

Según ONUSIDA, Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas transexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales.

No obstante, la proporción de mujeres que adquieren el VIH/Sida ha aumentado considerablemente desde el inicio de la epidemia. Según los datos oficiales del MINSA, en 1986 la tasa hombre/mujer era de 9/1 y en los últimos años ha sido de 3/1, proporción que se ha mantenido hasta la actualidad⁴².

Por grupos de edad, las poblaciones más afectadas por el VIH – Sida son los grupos jóvenes: el 41% de casos corresponde a edades que fluctúan entre los 25 y 34 años⁴³. Asimismo, son las ciudades de la costa y selva peruana principalmente urbanas, con alta densidad poblacional, comercio y, por lo tanto, flujo migratorio aquellas que concentran las mayores tasas de casos de VIH/Sida⁴⁴.

Respecto al estigma al que se enfrentan las personas viviendo con VIH/Sida, la Defensoría del Pueblo ha recibido numerosas quejas por discriminación. Estas denuncias estaban referidas principalmente a la negativa, malos tratos y condicionamientos indebidos en la atención por parte del personal de los establecimientos de salud. Entre estas quejas también se encontraron casos de restricciones para que niños y niñas con VIH/Sida pudieran continuar sus estudios en centros o instituciones educativas así como maltratos en la atención por parte de funcionarios de la administración pública.

El desabastecimiento de antirretrovirales y de condones para la prevención de la transmisión del VIH/Sida ha originado asimismo numerosas denuncias por parte de la sociedad civil.

Finalmente, una violación clara a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida la representa el requerimiento de exámenes de VIH como requisito para contraer matrimonio. En efecto, el Código Civil señala que no pueden contraer matrimonio civil personas que adolecieren de enfermedad crónica, contagiosa y trasmisible por herencia, o de vicio que constituya peligro para la prole (artículo 241° inciso 2)⁴⁵.

En octubre de 2010 se discutió en el Congreso un proyecto de ley para reformar este aspecto del Código Civil, sin que hasta la fecha se haya avanzado en su promulgación.

Respecto a la Violencia contra las mujeres

Según datos del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), durante el año 2010, 121 mujeres fueron asesinadas y 47 sufrieron una tentativa. En lo que va de año, hasta abril, se han registrado 33 feminicidios y 25 tentativas. Asimismo, en el mismo periodo se produjeron 14.174 denuncias de violencia familiar y sexual en todo el país, el 30 por ciento de los cuales estaban relacionados a situaciones de maltrato de mujeres de 13 a 25 años.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2009 reveló que el 69 por ciento mujeres de entre 15 y 19 años sufren “situaciones de control y dominio” por parte de sus parejas. Según otra encuesta publicada en mayo de 2011⁴⁶, la violencia física (55%) y psicológica (32%) son el principal problema que padecen las mujeres, seguidos del embarazo no deseado (31%), acoso sexual (28%), violencia sexual (23%), falta de educación (23%), desempleo (18%), etc.

La violencia sexual está presente en la vida cotidiana de las mujeres del Perú: el 12.4 % de las mujeres alguna vez unidas fue obligada a tener relaciones sexuales que no quería o no aprobaba⁴⁷. Otros estudios han encontrado que casi la mitad de las mujeres en edad fértil de Cusco (46.6%) y casi una cuarta parte de las mujeres de Lima (22.5%) ha experimentado algún tipo de violencia sexual por parte de su pareja, siendo la forma más frecuente las relaciones sexuales forzadas físicamente⁴⁸. Los estudios señalan que aproximadamente un 5% de esas mujeres sufren un embarazo no deseado, lo que equivaldría a un mínimo de 35 mil embarazos producto de agresiones sexuales anualmente⁴⁹.

Las leyes y políticas que tratan la violencia contra las mujeres son claramente insuficientes y no abordan seriamente los mandatos de los organismos internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, el presupuesto asignado al Programa Nacional contra la Violencia hacia la Mujer es demasiado escaso para hacer frente a la magnitud del problema. Tampoco existen políticas educativas que prevengan la socialización machista y la legislación no garantiza la debida diligencia frente a la violencia en términos de prevención, investigación de casos, sanción a los agresores, protección y reparación a las víctimas.

En el año 2009, se creó la Comisión Especial Revisora de la Ley de Protección frente a la Violencia Intrafamiliar. Esta Comisión realizó el Anteproyecto de Ley Integral contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia, acogiendo parcialmente la propuesta de sancionar penalmente la violencia hacia la mujer y la familia. Sin embargo, las organizaciones de dere-

chos humanos han denunciado recientemente que este anteproyecto carece de enfoque de derechos humanos y de género y que, nuevamente, busca proteger a “la familia” por encima de los derechos de la mujer y la niña.

Respecto a la orientación sexual e identidad de género

El pasado 22 de marzo de 2011, el Estado peruano decidió no adherirse a la declaración conjunta sobre orientación sexual e identidad de género presentada ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Este documento, suscrito finalmente por 85 países, comprometía a los Estados a gestionar políticas públicas para poner un alto a los actos de violencia y a las violaciones de derechos humanos dirigidas contra las personas por su orientación sexual e identidad de género. De toda Sudamérica, además de Perú, no firmaron Surinam y Guyana.

Esta posición del Estado peruano resulta sorprendente por cuanto sí ha suscrito las resoluciones sobre derechos LGBT que la Organización de Estados Americanos ha emitido los últimos 3 años, y se encuentra enmarcada en las cada vez mayores acciones de grupos antiderechos.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONU SIDA) en Perú, con motivo de la celebración el 31 de mayo de 2010 del Día Nacional de Lucha contra la Violencia y los Crímenes de odio por Orientación Sexual e Identidad de Género⁵⁰, expresó su preocupación por el alto número de casos, además de los maltratos y violaciones de sus derechos humanos de las que son víctimas las personas pertenecientes a la comunidad lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual (LGBTTTI) de la nación andina. Además, el organismo internacional destacó que “existe probablemente un sub-registro importante de casos, porque usualmente no son denunciados por las víctimas y pueden permanecer silenciados por su entorno familiar, o por la desconfianza en las instituciones, entre otras causas”. Finalmente, exhortó a las autoridades peruanas a promover un

marco normativo que prevenga, sancione y elimine la discriminación y violencia por orientación sexual en ese país.

Por otra parte, el informe 2010 sobre derechos humanos de las personas transgénero, lesbianas, gays y bisexuales en Perú, presentado en junio de 2011 por la Red Peruana LGBT y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex), señala que en 2010 hubo 18 asesinatos (uno menos que en 2009) por motivos de orientación sexual e identidad de género. Los autores del informe afirmaron que la falta de políticas públicas “produce un clima de vulnerabilidad para las personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en relación al reconocimiento de sus derechos humanos”.

Precisamente, en diciembre de 2009 se había presentado ante el Congreso un proyecto de ley “Contra los Crímenes de Odio” que, entre otras definiciones, incluía la orientación sexual y la identidad de género. Asimismo a mediados de 2010 se presentó un proyecto de ley de uniones civiles entre personas del mismo sexo. Ambas leyes fueron rechazadas tras una gran campaña organizada por grupos antiderechos.

Respecto al Estado Laico

La Constitución Política del Perú, en su 2º artículo, dentro de los derechos fundamentales de la persona, menciona que toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión. Asimismo, el artículo 50 señala que “dentro de un régimen de independencia y autonomía, el Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú, y le presta su colaboración. El Estado respeta otras confesiones y puede establecer formas de colaboración con ellas.”

La ley orgánica de elecciones también prohíbe de manera explícita el uso o invocación de temas religiosos, de cualquier credo, en las campañas políticas.

En la práctica, la injerencia de la iglesia católica y las iglesias evangélicas en la vida política sigue sien-

do desproporcionada en lo referente a los DSR. Su actuación para impedir la promulgación de leyes y normas “contrarias a la vida y la familia” hace que permanentemente el Perú incumpla sus compromisos internacionales en materia de derechos humanos.

Como se ha podido evidenciar en la reciente campaña electoral presidencial, los candidatos/as de uno y otro signo sostuvieron reuniones públicas con representantes de ambas iglesias, recordando una vieja práctica de “legitimación divina” de su pretensión de poder.

En el caso del Perú, se produce también la situación de que el máximo representante de la iglesia católica es el Cardenal Juan Luis Cipriani, miembro del Opus Dei. Es precisamente esta organización ultraconservadora la que ha atesorado numerosos cargos políticos en los últimos años en puestos tan relevantes para los DSR como el Ministerio de Salud o el Ministerio de Justicia.

Así, no es de extrañar que el pasado octubre de 2010, mediante Ley 29602, se declarara “al Señor de los Milagros como Patrono de la Espiritualidad Religiosa Católica del Perú”, medida que atenta contra el carácter Laico del Estado Peruano.

Finalmente, destacar que, según investigaciones⁵¹ de la ONG Católicas por el Derecho a Decidir en Perú, se ha observado que los y las católicas pueden contemplar una sanción de carácter moral respecto a las mujeres que abortan, pero no están de acuerdo con una sanción penal. Asimismo, el 67% de las personas encuestadas piensa que debe permitirse el aborto en caso de riesgo de la salud de la mujer y un 62% considera lo mismo para casos de malformaciones congénitas o de violación sexual. Otro 63,7% indica que le corresponde a la mujer tomar esa decisión, el 12% asume que le corresponde a la familia como tal, mientras que un 11% dice que es al médico, y el 10,8% a la pareja o el esposo. Hallazgos como éstos permiten comprender que hay matices cuando como católicos y católicas se refieren al aborto, y no están precisamente de acuerdo ni piensan con tanta rigidez como impone la jerarquía de la iglesia.

Cuadro 7. Observaciones y recomendaciones de los órganos internacionales de derechos humanos al gobierno de Perú

Consejo de Derechos Humanos

Procedimiento	Tema	Recomendaciones/Observaciones
Examen Periódico Universal, 14° periodo de sesiones (15 de Marzo de 2010)	Orientación sexual	Considerar la posibilidad de aplicar los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género como guía para la elaboración de políticas
	Genero y violencia	Seguir aplicando las políticas, los planes y los servicios nacionales para impulsar el adelanto de la mujer y proteger a las mujeres de la violencia (Chile) y ampliar la definición de violencia contra la mujer de conformidad con las recomendaciones del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

37° periodo de sesiones (enero-febrero 2007)	Violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité insta al Estado Parte a que dé mayor prioridad a la concepción y aplicación de una estrategia integral para combatir y erradicar todas las formas de violencia contra la mujer. • El Comité exhorta al Estado Parte a que tipifique como delito el abuso sexual incestuoso. • Exhorta además al Estado Parte a que establezca un mecanismo de seguimiento y evaluación de la ley y de los programas de prevención y represión de la violencia contra la mujer. • El Comité insta al Estado Parte a que amplíe su definición de la violencia contra la mujer de manera que incluya, en particular, la esclavitud sexual, el embarazo forzado, la prostitución forzada, la unión forzada y el trabajo doméstico forzado.
	DSR	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité expresa su preocupación por el reconocimiento y la protección insuficientes de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en el Estado Parte. Le preocupa en particular la tasa elevada de embarazos en adolescentes, la escasa disponibilidad de anticonceptivos de emergencia, en particular en las zonas rurales, el aborto ilegal y la interpretación restringida que hace el Estado Parte del aborto terapéutico. Al Comité le preocupa además que el Estado Parte no aplicó las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra el Perú (CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005)).
	Aborto	El Comité también insta al Estado Parte a que permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo. El Comité insta al Estado Parte a considerar la posibilidad de revisar la legislación relacionada con los abortos en casos de embarazo indeseado con miras a suprimir las sanciones que se imponen a las mujeres. El Comité pide además al Estado Parte que cumpla las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra el Perú.
	Planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité insta al Estado Parte a que intensifique las actividades y los servicios de información sobre planificación de la familia destinados a mujeres y niñas, incluido el suministro de anticonceptivos de emergencia, y que promueva con amplitud la educación sexual, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes.

Comité contra la Tortura

36º período de sesiones (1 al 19 de mayo de 2006)	DSR	<ul style="list-style-type: none"> • Al Comité le preocupan las denuncias que se refieren a la esterilización involuntaria de mujeres. Asimismo, el Comité ha recibido información de que personal médico, empleado por el Estado, se niega a suministrar atención médica requerida para que las mujeres embarazadas no recurran a abortos ilegales que ponen en riesgo su vida. La legislación actual restringe severamente el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo, incluso en casos de violación, lo cual ha resultado en graves daños, incluso muertes innecesarias de mujeres. • El Estado Parte debe tomar las medidas necesarias, incluyendo medidas legales, para prevenir de manera eficaz actos que perjudican gravemente la salud de las mujeres proporcionando la atención médica requerida, fortaleciendo los programas de planificación familiar y ofreciendo un mejor acceso a información y servicios de salud reproductiva, incluso para los adolescentes.
---	-----	---

Comité de Derechos del Niño

41º período de sesiones (14 de marzo de 2006)	DSR	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité está preocupado por la elevada tasa de embarazos precoces y por el número de adolescentes que fallecen por someterse a un aborto. Además, al Comité le preocupa la falta de servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, debido también a la asignación insuficiente de recursos en esos sectores. • El Comité recomienda al Estado Parte que, teniendo en cuenta la Observación general del Comité sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención (CRC/GC/2003/4), garantice el acceso a los servicios de salud reproductiva a todos los adolescentes y lleve a cabo campañas de sensibilización para informar plenamente a los adolescentes sobre sus derechos en materia de salud reproductiva, y en particular sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos precoces. Además, el Estado Parte debe adoptar todas las medidas posibles para hacer frente al fallecimiento de niñas adolescentes a causa del aborto.
	VIH/Sida	<p>El Comité recomienda al Estado Parte que, teniendo en cuenta la Observación general Nº 3 del Comité sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, así como las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos (E/CN.4/1997/37):</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Intensifique las medidas para prevenir la transmisión materno infantil, por ejemplo, coordinándolas con las actividades encaminadas a reducir la mortalidad materna; b) Aplique el tratamiento antirretroviral a los recién nacidos de madres seropositivas y amplíe la disponibilidad de pruebas del VIH para las mujeres embarazadas; c) Preste especial atención a los niños infectados y afectados por el VIH/SIDA o huérfanos por el fallecimiento de sus padres a causa del SIDA, brindándoles suficiente apoyo médico, psicológico y material y recabando la participación de la comunidad; d) Redoble sus esfuerzos organizando campañas y programas de sensibilización sobre el VIH/SIDA destinadas a los adolescentes, en particular a los de grupos vulnerables, y a la población en general, para que no se discrimine a los niños contagiados y/o afectados por el VIH/SIDA; e) Asegure la dotación de recursos financieros y humanos suficientes para la aplicación eficaz del Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA; y f) Solicite más asistencia técnica del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros.

EL ROL DEL ESTADO COMO TITULAR DE OBLIGACIONES

La actual **Constitución Política del Estado** peruano data de 1993, de la época fujimorista. En relación con los artículos que afectan a los derechos sexuales y reproductivos se encuentran: “toda persona tiene derecho a la vida (...). El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece (artículo 2); El matrimonio es definido como aquél entre un hombre y una mujer (artículo 5); la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables.

La Constitución reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación e información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud (artículo 6). Por otro lado, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 7 y la separación entre iglesia y Estado en el artículo 50, en los siguientes términos: “Dentro de un régimen de independencia y autonomía, el Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú, y le presta su colaboración. El Estado respeta otras confesiones y puede establecer formas de colaboración con ellas”.

En este sentido, el reconocimiento del matrimonio entre personas del mismo sexo, así como el derecho al aborto está supeditados a la interpretación constitucional. Asimismo, el reconocimiento explícito a la Iglesia Católica vulnera el principio de laicidad del Estado.

Perú ha suscrito y ratificado los principales tratados internacionales de derechos humanos y aquellos relativos al Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Sin embargo, es notorio el retraso acumulado a la hora de rendir cuentas ante los diversos comités de derechos humanos.

Debido a las recientes elecciones presidenciales y al muy probable cambio de políticas del nuevo gobierno, resulta difícil aventurar su relación con los

derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, en adelante se muestran aquellas políticas y leyes relacionadas con el tema y que, hasta nuevo aviso, permanecen en vigor.

El Decreto Supremo n° 017-2005-JUS, de 11 de diciembre de 2005, establece el **Plan Nacional de Derechos Humanos del Perú 2006-2010**, prorrogado un año más, que incluye explícitamente referencias, entre otros, a los derechos de las mujeres, de los/as adolescentes, de las personas viviendo con VIH/Sida y de “las personas con diferente orientación sexual”. Sin embargo, son escasas las medidas relacionadas con el respeto y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El **Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006- 2010**, por su parte, fue aprobado mediante Decreto Supremo n° 009-2005-MIMDES, de 15 de noviembre de 2005. Contiene cuatro líneas estratégicas entre las que la número tres se ocupa de garantizar los derechos sociales y culturales de las mujeres entre los que figuran los DSR ligados a salud. Asimismo, la línea n° 2 aborda la violencia contra las mujeres y establece medidas para combatirla.

Posteriormente, se aprobó la Ley 28983, **Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres**, de 15 de marzo de 2007. En la misma, se establece como lineamiento para el poder ejecutivo lo siguiente: “Garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura”, convirtiéndose así en la única norma con rango de ley que reconoce los DSR en el Perú.

Por otro lado, el **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010**, promulgado mediante Decreto Supremo N° 003-2002-PRO-MUDEH, de 7 de junio de 2002, aborda en su capítulo 4 los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia, especialmente en lo que tiene que ver con el embarazo. Asimismo, también contempla

medidas para reducir la violencia, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/Sida y la explotación y abuso sexual.

En materia de **derecho a la salud**, la Ley 26842, **Ley General de Salud**, de 20 de julio de 1997, señala los derechos y deberes de la población en este ámbito. En relación a los DSR, el artículo 6 reconoce el derecho de toda persona “a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.”

Por otra parte, el Perú cuenta con un **Plan Estratégico Sectorial de Salud 2008-2011** oficializado con Resolución Ministerial N° 169-2009/MINSA. Es un instrumento de gestión de mediano plazo que contiene las líneas de acción que direccionan las intervenciones de las dependencias y entidades que conforman el Sector Salud. Este documento fue formulado en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud 2007 – 2020, contenidos en el **Plan Nacional Concertado de Salud**, Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, suscrito por todos los partidos políticos que se presentaban a las elecciones. Entre los Objetivos de dicho Plan estaba el de reducir la mortalidad materna, abordando el embarazo en adolescentes, las complicaciones del embarazo, parto y post parto, y la ampliación del acceso a la planificación familiar.

El Ministerio de Salud, es el encargado de desarrollar la **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva** aprobada el 27 de julio de 2004, por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA. La RM 195-2005/MINSA, de fecha 9 de marzo de 2005, aprobó el **Plan General** de dicha Estrategia para los años 2004-2006 cuyo objetivo es

fortalecer la salud sexual y reproductiva de toda la población. A pesar que la Estrategia Sanitaria SSR sigue vigente, no se ha encontrado evidencia de un nuevo Plan General para llevarla adelante en períodos posteriores.

Dentro del Plan General de la ENSSSR 2004-2006 se aprobaron una serie de normas específicas entre las que destacan: **Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva**, Resolución Ministerial 668-2004/MINSA, de 21 de junio de 2004, que contiene nueve módulos de trabajo. La **Norma Técnica de Planificación Familiar** creada por Resolución Ministerial 536-2005/MINSA, de 14 de julio de 2005, que detalla los procedimientos estandarizados en esta materia en los servicios públicos de salud. Asimismo, esta norma reconoce entre sus enfoques, el enfoque de derechos humanos y el enfoque de género y dentro del primero de ellos desarrolla los derechos sexuales y reproductivos.

También encontramos la **Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural**, creada por Resolución Ministerial 598-2005/MINSA, de 2 de agosto de 2005, y cuyo objetivo es ofrecer un instrumento que contribuya a brindar una atención efectiva, de calidad y respetuosa de la cultura de las mujeres en particular andinas y amazónicas.

Asimismo, para implementar esta estrategia se han desarrollado diversas políticas en forma de Documentos Técnicos. En este sentido, por Resolución Ministerial 207-2009/MINSA, de 27 de marzo de 2009, se aprueba el **Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015**, que tiene como finalidad involucrar a todas las instancias públicas y privadas en el propósito de reducir la mortalidad materna y perinatal. El principal límite de este plan estratégico es que no tiene carácter vinculante para los gobiernos regionales, pese a que varios de ellos tienen, por el proceso de descentralización en curso, competencias asumidas en materia de salud. Además, el Plan carece del financiamiento necesario que permita asegurar acciones de incidencia sostenida para que los decisores entiendan su importancia.

Cuadro 8. Instrumentos jurídicos de protección de los DSR

Denominación	Año	Descripción
Constitución Política del Estado	1993	La Constitución reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación e información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud (artículo 6). Por otro lado, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 7.
Ley N° 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar	24 de diciembre de 1993	Esta norma fue modificada en varias oportunidades y en estos momentos se discute un anteproyecto de “Ley Integral contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia”, a cargo de una Comisión Revisora.
Ley 26842 General de Salud	20 de julio de 1997	En relación a los DSR, el artículo 6 reconoce el derecho de toda persona “a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia.
Ley de Política Nacional de Población	DL N° 346 el 6 de julio de 1985	La Ley de Política Nacional de Población señala como prioridad del Estado la paternidad responsable y el acceso a programas de planificación familiar que comprendan educación, información y servicios a través de los establecimientos del sistema de salud y la garantía de libre elección de los métodos.
Ley N° 27942, de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual	26 de febrero 2003	
Ley 28704 de Violencia Sexual	abril de 2006	
Ley N° 28950, contra la Trata de Personas y el Tráfico de Migrantes	16 de enero 2007	
Ley 28983 de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres	15 de marzo de 2007	Es la única norma con rango de ley que reconoce los DSR. Garantiza el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura”.

La Resolución Ministerial 290-2006/MINSA, de 20 de marzo de 2006, aprueba el **Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva**, por su parte, tiene como objetivo estandarizar los procedimientos técnicos en los proveedores de salud, para contribuir a que las personas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos a través de servicios accesibles y de calidad. Más tarde, mediante RM 278-2008/MINSA, se aprueba el Documento Técnico **Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva**.

Igualmente, en la actualidad, se encuentra preparado el **Plan Nacional Multisectorial de Prevención de Embarazo Adolescente 2011-2021**, enmarcado en el Plan Regional Andino y a la espera de la aprobación por nuevo gobierno. Los objetivos de dicho Plan son: reducir en un 40% el inicio temprano de las relaciones sexuales en las y los adolescentes y reducir en un 20% el porcentaje de adolescentes que son madres a temprana edad. Por otra parte, también en el marco regional, mediante Resolución Ministerial 551-2010/MINSA, de 16 de julio de 2010, se declaró la **Cuarta Semana del mes de septiembre de cada año como “Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”**.

El **Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/Sida en el Perú**, aprobado mediante Decreto Supremo 005-2007/SA, de 2 de mayo de 2007, establece ocho objetivos estratégicos para abordar este tema. Asimismo, dispone que la Comisión Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), sea el mecanismo coordinador del país en todo lo relacionado al trabajo en el tema VIH/Sida.

Respecto a la educación sexual, la misma se encuentra institucionalizada en la Resolución Ministerial 0180-2008/ED, de 16 de julio de 2008, **Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la Educación Sexual Integral para Profesores y Tutores de la educación básica regular**. Estos lineamientos tienen por objetivo que los docentes desarrollen acciones pedagógicas como una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuya al desarrollo de conocimientos, ca-

pacidades y actitudes para que los estudiantes valoren y asuman su sexualidad en el marco del ejercicio de sus derechos y lo de los demás.

El Perú en materia de población se rige por la “**Ley de Política Nacional de Población**”, promulgada con DL N° 346 el 6 de julio de 1985, y su modificatoria del Capítulo VI aprobada con la Ley N° 26530, el 8 de setiembre de 1995. La Ley de Política Nacional de Población señala como prioridad del Estado la paternidad responsable y el acceso a programas de planificación familiar que comprendan educación, información y servicios a través de los establecimientos del sistema de salud y la garantía de libre elección de los métodos. Asimismo, ha sido marco para las sucesivas políticas gubernamentales sobre este tema, siendo la actual el **Plan Nacional de Población 2010-2014**. El objetivo n° 4 de este Plan es promover el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en las poblaciones en situación de pobreza. Asimismo, se establece una Comisión Multisectorial encargada de la implementación, seguimiento y evaluación de dicho Plan.

La Resolución Ministerial N° 295-2006-MINSA, del 26 de julio de 2006, aprueba la **Guía Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas** según nivel de capacidad resolutoria. Entre estas se encuentran aquellas derivadas de complicaciones post aborto.

En cuanto al **aborto**, la situación en el Perú resulta preocupante, puesto que su legislación es una de las más restrictivas de la región. El Código Penal vigente solo reconoce la figura del aborto terapéutico, que está despenalizado desde 1924. El artículo 119 de dicho Código define este como la interrupción del embarazo encaminada a salvar la vida de la mujer gestante o evitarle en su salud un mal grave y permanente⁵². Así, la práctica del aborto está penalizada inclusive en los casos de violación y malformación incompatible con la vida extrauterina⁵³. Por otra parte, aún en los casos en que el aborto está despenalizado, no se cuenta con un protocolo para garantizar su atención. De nuevo se han denunciado casos ante varios comités internacionales sin que el Estado peruano haya hecho nada al respecto.

Respecto a la violencia contra las mujeres, el Perú cuenta con una Ley y dos políticas públicas similares. Por una parte, la Ley N° 26260, de **Protección frente a la Violencia Familiar**, de 24 de diciembre de 1993, promulgada con la intención de establecer la política del Estado y de la sociedad frente a la Violencia Familiar, así como las medidas de protección correspondientes. En este sentido, la Ley recoge una serie de acciones que involucran a diferentes organismos del Estado. Esta norma fue modificada en varias oportunidades y en estos momentos se discute un anteproyecto de “Ley Integral contra la Violencia hacia la Mujer y la Familia”, a cargo de una Comisión Revisora. Las organizaciones de mujeres acogieron, en principio, con satisfacción este anteproyecto ya que, entre otras cuestiones, proponía sancionar penalmente la violencia hacia la mujer. Sin embargo, según estas mismas organizaciones “la orientación del texto del anteproyecto no sigue los principios de dignidad, igualdad y no discriminación, debida diligencia e interés superior del niño y la niña, así como los enfoques de género y derechos humanos aprobados, ya que la Comisión Revisora tipifica el delito de Violencia hacia la mujer y la familia protegiendo la “armonía familiar”, antes que la vida, el cuerpo y la salud de las mujeres.”⁵⁴

Por otra parte, el **Programa Nacional de Violencia Familiar y Sexual**, está dirigido a niñas, niños, adultos mayores, además de las mujeres y tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población. El **Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015** aprobado mediante DS n° 003-2009-MIMDES, de 27 de marzo de 2009, responde a los estándares internacionales de derechos humanos, con enfoque de género, y establece que la violencia contra ella, en el fondo, es un problema de discriminación sexual, cuya causa es el machismo.

La existencia de ambas políticas públicas, con enfoques diferentes, hace que no esté clara la prioridad del Estado en esta materia, por lo que idealmente se

debería actualizar la Ley que se discute en el parlamento y, a partir de ahí, elaborar una única política pública basada en los derechos humanos.

Finalmente, el Perú cuenta con otra serie de leyes que abordan distintos tipos de violencia, como el **Código Penal de 1991** y modificatorias, especialmente la Ley 28704 o **Ley de Violencia Sexual**, de abril de 2006. En especial, la modificatoria del artículo 173 de dicho Código, generó alta preocupación en las organizaciones de DSR y en los profesionales de salud que trabajan con adolescentes, porque tipifica como delito de violación sexual todo tipo de relaciones sexuales que se realicen con menores de 18 años, sean estas consentidas o no por parte de las /os mismos adolescentes. Previa a esta modificación, la Ley reconocía como violación sexual aquellas relaciones sexuales que se producían con menores de 14 años. Con la modificatoria, las relaciones sexuales con personas menores de 18 años y mayores de 14 años, se castiga con una pena no menor de veinticinco ni mayor de treinta años de pena privativa de la libertad, lo que a todas luces representa una violación de los DSR de los y las adolescentes ya que si bien en principio se buscaba la protección de los menores frente a la violencia sexual, se terminó por prohibir por ley la relaciones sexuales consentidas entre menores.

En cualquier caso, el 8 de septiembre de 2010, la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso aprobó el proyecto de ley que propone despenalizar las relaciones sexuales consentidas de adolescentes entre los 14 y 18 años de edad. Este dictamen avivó el debate entre quienes se oponen y quienes se encuentran a favor de la penalización de las relaciones sexuales de adolescentes y finalmente, el proyecto tuvo que ser retirado.

Finalmente, podemos hacer mención a la Ley N° 27942, de **Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual** (26.02.2003) y su Reglamento el D.S. N° 010 – 2003 – MIMDES que sanciona el hostigamiento sexual producido en el marco de las relaciones de autoridad o dependencia y a la Ley N° 28950, **contra la Trata de Personas y el Tráfico de Migrantes** (16.01.2007) y su Reglamento el D.S. N° 007-2008-IN, que asigna tareas sectoriales.

Cuadro 9. Estrategias y planes nacionales de promoción de los DSR

Denominación	Fecha	Descripción
Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010	7 de junio de 2002	Aborda los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Plan General de la ENSSSR 2004-2006	27 de julio de 2004	Se aprobaron una serie de normas específicas entre las que destacan: las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la Norma Técnica de Planificación Familiar, la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.
Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006- 2010	15 de noviembre de 2005	La línea estratégica número tres aborda los derechos sociales y culturales de las mujeres entre los que figuran los DSR. Asimismo, la línea n° 2 aborda la violencia contra las mujeres y establece medidas para combatirla
Plan Nacional de Derechos Humanos del Perú 2006-2010	Decreto Supremo n° 017-2005-JUS, de 11 de diciembre de 2005	Incluye explícitamente referencias, entre otros, a los derechos de las mujeres, de los/as adolescentes, de las personas viviendo con VIH/Sida y de “las personas con diferente orientación sexual”. Sin embargo, son escasas las medidas relacionadas con el respeto y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/Sida en el Perú	Decreto Supremo 005-2007/SA, de 2 de mayo de 2007	Establece ocho objetivos estratégicos para abordar este tema. Asimismo, dispone que la Comisión Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), sea el mecanismo coordinador del país en todo lo relacionado al trabajo en el tema VIH/Sida.
Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la Educación Sexual	16 de julio de 2008	Tienen por objetivo que los docentes desarrollen acciones pedagógicas en educación afectivo-sexual
Plan Estratégico Sectorial de Salud 2008 – 2011	Resolución Ministerial N° 169-2009/MINSA	Contiene las líneas de acción que direccionan las intervenciones de las dependencias y entidades que conforman el Sector Salud
Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 -2015	27 de marzo 2009	No tiene carácter vinculante para los gobiernos regionales, pese a que varios de ellos tienen, por el proceso de descentralización en curso, competencias asumidas en materia de salud.
Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015	DS n° 003-2009-MIMDES, de 27 de marzo de 2009	Responde a los estándares internacionales de derechos humanos, con enfoque de género, y establece que la violencia contra ella, en el fondo, es un problema de discriminación sexual, cuya causa es el machismo
Plan Nacional Multisectorial de Prevención de Embarazo Adolescente 2011-2021	2010	Los objetivos de dicho Plan son: reducir en un 40% el inicio temprano de las relaciones sexuales en las y los adolescentes y reducir en un 20% el porcentaje de adolescentes que son madres a temprana edad
Plan Nacional de Población 2010-2014	2010	El objetivo n° 4 de este Plan es promover el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos sexuales y reproductivos.

EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL COMO TITULAR DE RESPONSABILIDADES

El movimiento pro derechos sexuales y derechos reproductivos

Las organizaciones de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos tienen gran experiencia de trabajo y son enormemente activas. Entre sus logros principales destacan:

- Haber posicionado la demanda del Protocolo de aborto terapéutico y de la Anticoncepción de Emergencia.
- Haber conducido demandas judiciales internacionales que han ordenado al Estado Peruano atender el aborto no penalizado y llegar a un acuerdo amistoso en relación a las esterilizaciones forzadas.
- La promoción de políticas públicas a nivel local y regional sobre asuntos de DSR.
- Crear condiciones de vigilancia y exigibilidad de los DSR ante los gobiernos de turno en los últimos 20 años. Su capacidad de generar Informes Sombra ante los órganos internacionales de derechos humanos es un ejemplo a seguir.
- Causa del anterior logro, también merece la pena destacar su capacidad para organizarse y sumar esfuerzos humanos y económicos desde sus especificidades.
- Cuestionar la injerencia de las religiones, en especial, la católica en los asuntos públicos del país.
- Contribuir a la generación de conocimiento a nivel regional con su capacidad de involucrar a otros sectores y de lograr que incorporen los argumentos de DSR (sector médico, político, jurídico y de DDHH).

Por indicadores macroeconómicos, el Perú se ha situado entre los Estados de ingreso medio y esta situación, en lugar de mejorar, puede degenerar en la ralentización de las actividades de las organizaciones de DSR debido a la retirada de recursos. Por otra parte, además de la reducción de recursos,

las escasas agencias de cooperación que aún permanecen en el país condicionan la agenda de DSR al limitar el uso de recursos a algunos temas y obviando otros importantes como el aborto y el costo que este supone en la vida de las mujeres.

También existen dificultades en la propia organización interna del movimiento. A pesar que son muy activas, la realidad es que son muy pocas las organizaciones que realizan incidencia política en comparación con la ingente tarea que se les presenta. Además, persisten recelos individuales e institucionales que hacen muy difícil concertar agendas políticas. Entre el movimiento existe la percepción de que está pendiente una discusión seria para incorporar a otros actores claves, como por ejemplo la comunidad médica, donde por un lado, permanece el estigma del feminismo y, por otra, no hay una apropiación de las cuestiones de DSR, que se dejan en manos de las organizaciones feministas.

Finalmente, las debilidades de las organizaciones de DSR también pueden ser exportadas a la comunidad de derechos humanos en general. Perú ha enfrentado serias violaciones de los derechos humanos que han incluido asesinatos selectivos y otros delitos de lesa humanidad. En este contexto, las violaciones a los derechos humanos de las mujeres no han sido recogidas y reclamadas de igual forma que otras por las organizaciones de DD.HH.

Otros desafíos importantes se enmarcan en el contexto de la diversidad cultural (la apropiación de los DSR por parte de los movimientos sociales indígenas y campesinos); y del nuevo gobierno, al que muchas de las organizaciones de DSR apoyaron abiertamente y que ahora deberá rendir cuentas.

Agenda de la OSC para continuar impulsando los DSR

Sin duda, entre la amplia gama de derechos sexuales y reproductivos, los próximos años vendrán marcados por siete objetivos políticos claros:

- La aprobación del protocolo de atención al aborto terapéutico, sin que esto signifique que no se intente avanzar hacia la ampliación de otras cau-

- sales de despenalización (por ejemplo, en caso de violación).
- El acceso público y gratuito a la anticoncepción oral de emergencia.
 - La aprobación de la Ley sobre salud sexual y reproductiva, que actualmente está detenida en el congreso.
 - La despenalización de las relaciones sexuales consentidas entre personas de 14 a 18 años.
 - La persecución de los agresores y reparación a las víctimas de violencia sexual y, especialmente, a las mujeres que sufrieron esterilizaciones forzadas.
 - El desarrollo de una política pública en materia de Educación Sexual Integral.
- La persecución de los crímenes de odio y prohibición de discriminación por causas de orientación sexual e identidad de género, incluyendo la posibilidad de regular el matrimonio o unión entre personas del mismo sexo.

En el ámbito de las políticas públicas relacionadas con los DSR, como se ha visto existe gran cantidad de ellas y el desafío está en su financiación y ejecución. El nuevo gobierno tendrá ante sí la obligación de responder a las observaciones de los distintos órganos internacionales de derechos humanos y profundizar al mismo tiempo la democracia, lo que incluye avanzar en la consecución de un verdadero Estado Laico.

Cuadro 10. Principales redes del movimiento por los DSR

Denominación	Tipología	Descripción
Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí Podemos!	Plataforma	Colectivo creado en 2006 con el objetivo de realizar acciones de incidencia política y vigilancia para que el Estado promueva y garantice una efectiva Educación Sexual Integral (ESI) con calidad científica y ética, bajo los enfoques de Derechos Humanos, Género, Interculturalidad y Diversidad. Está integrada por las siguientes organizaciones: Movimiento Manuela Ramos, Amnistía Internacional, Inppares, CMP Flora Tristán, Lundu, Fovida, Asociación Prosa, Redess Jóvenes, Apropro, Asociación Kallpa, Red Interquorum Lima, Movimiento el Pozo, Colectivo Magenta, Católicas por el Derecho a Decidir – Perú, Homas, Salud sin límites–Perú, Musas–Perú, Estrelia Nizama, Rodolfo Herrera y Aldo Aliaga.
Campaña 28 de septiembre por el derecho a decidir	Plataforma	Articulación feminista de organizaciones y activistas por el derecho al aborto y punto focal de la Campaña regional del mismo nombre.
Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM Perú	Plataforma	Su trabajo principal consiste en la defensa y exigibilidad de los derechos humanos de las mujeres con una visión feminista y crítica del derecho, mediante el litigio internacional, el monitoreo a los Estados, y el fortalecimiento de la capacidad de sus integrantes para el análisis y argumentación jurídico-política, la concertación de agendas y el diseño de estrategias y cursos de acción para la acción política local y regional. Está integrado por 16 organizaciones: Movimiento Manuela Ramos, CMP Flora Tristán, DEMUS, Milenia Radio, Movimiento El Pozo, Aurora Vivar, Lesbianas Independientes Feministas LIFS y Promsex; Instituto de Desarrollo Local, Casa de la Mujer, Asociación Humanidad Libre; Centro de Promoción De La Mujer Micaela Bastidas, Prodemu Asociación, Promoción y Desarrollo de La Mujer, FEPROMU, CEPROM, CEPCO y CEPEMA Lulay.

<p>Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud)</p>	<p>Plataforma</p>	<p>Espacio articulado de la sociedad civil en el ámbito de la salud. Promueve el debate, el diagnóstico, la socialización de estudios y experiencias, la elaboración de propuestas y la construcción colectiva de consensos e interlocución en torno a la problemática de salud en el país y en lo global. Alienta la vigilancia ciudadana y el control social de la marcha de los actores de la salud y de su gobierno. Está integrado por 15 mesas de salud, entre las que existe la Mesa de Vigilancia en Salud Sexual y Reproductiva.</p>
<p>Mesa de Vigilancia Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>Plataforma</p>	<p>Articulación de organizaciones y personas de la sociedad civil que trabajan en conjunto para la incidencia política y la vigilancia ciudadana de un estado laico que desarrolle políticas y acciones destinadas a promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los/as ciudadanos/as. Está integrada por las siguientes organizaciones: Movimiento Manuela Ramos, PROMSEX, CMP Flora Tristan, Pathfinder Internacional, APROPO, APPRENDE, Redes Jóvenes, CESIP, Sociedad de obstetricia y Ginecología, CENDIPP, INPPARES, IESSDEH, Asociación Vía libre, Asociación Grupo de Trabajo Redes, FOVIDA.</p>
<p>Red Peruana de Masculinidades</p>	<p>Plataforma</p>	<p>Colectivo integrado por personas y organizaciones peruanas que buscan contribuir en el desarrollo, investigación y difusión del tema de las masculinidades, realizando también incidencia y vigilancia para la incorporación del enfoque de las masculinidades en las políticas públicas relacionadas a salud sexual y reproductiva y la violencia de género.</p>
<p>Red Peruana Trans, Lésbica, Gay y Bisexual</p>	<p>Plataforma</p>	<p>Integrada por 24 organizaciones y activistas individuales, fundamentalmente de Lima. Su objetivo es realizar acciones a favor de los derechos de las personas TLGB desde diversos campos: académico, simbólico, político y cultural dentro del más amplio contexto de la lucha por una sociedad más justa y democrática.</p>

El movimiento en contra de los derechos sexuales y reproductivos

El movimiento anti derechos sexuales y reproductivos se encuentra aglutinado alrededor de las iglesias evangélicas y la iglesia católica. Su abordaje de los DSR es realizado desde una visión cristiana conservadora y absolutamente patriarcal y machista. La sexualidad es tabú, el uso de métodos anti-conceptivos está proscrito y el aborto y la homosexualidad son pecados mortales. Estos argumentos son difundidos sistemáticamente tanto desde sus centros religiosos como en todos los espacios don-

de interactúan, llegando frecuentemente a obstaculizar políticas públicas que beneficiarían al universo de la población cristiana y no.

Entre las organizaciones antiderechos más destacadas se encuentran:

Coordinadora Nacional Unidos por la Vida y la Familia. Se trata de una asociación que agrupa a instituciones y personas que han suscrito su declaración de principios, de forma que actúa como portavoz de la sociedad civil para “lograr un resultado más eficaz en la lucha a favor de la vida, desde la fecundación hasta la muerte natural; y en la promoción de la familia como ámbito natural idóneo para el desarrollo de la persona.”

Sodalicio de la Vida Cristiana (SVC), es una institución de la iglesia católica, nacido en Perú y de carácter ultraconservador. El apostolado del Sodalicio se ha extendido por todo el Perú, en especial a través de las diferentes asociaciones del Movimiento de Vida Cristiana. Cuenta con un portal de difusión de noticias religiosas, ACI Prensa y con Ve-Multimedios, que es la institución sodálite encargada de brindar asesoría técnica para la elaboración de páginas web y cursos virtuales. Además es dueña de la Universidad Católica San Pablo. El SVC también puede ejercer actos de presión política para impedir que avancen iniciativas que no se corresponden con la ‘ley natural’, como lo hicieron para anular el protocolo de aborto terapéutico en la Región Arequipa, al sur de Perú.⁵⁵

Alianza Latinoamericana para la Familia (ALAFA), de carácter católico, representa el ala pedagógica de los grupos anti derechos. Esta organización regional tiene en Lima su principal editorial que se encarga de publicar y distribuir libros de texto y otros materiales a toda la región para la “educación en valores”.

ALA Sin Componenda se define como una institución no lucrativa de carácter jurídico cristiana católica, preocupada por el avance del deterioro moral de la sociedad. Entre sus objetivos está la defensa de la vida desde su etapa intrauterina (vientre materno) hasta la muerte natural de la persona humana. Su directorio está compuesto por Yahvé, Jesucristo, Espíritu Santo y María del Perpetuo Socorro. Su mayor éxito hasta el momento está en lograr que el Tribunal Constitucional detuviera la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia en los servicios públicos de salud.

El **Instituto para el Matrimonio y la Familia**, perteneciente a la Universidad Católica San Pablo es un centro de formación, investigación y comunicación antiderechos. Entre sus actividades disponen de Centro de Orientación Familia, Centro de Ayuda a la Mujer y el Proyecto Esperanza para ayuda a “las personas que han pasado por la do-

lorosa experiencia del aborto y se ven afectadas por el síndrome post aborto”.

El **Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural de la Natalidad (CEPROFARENA)** es la organización local que representa a Vida Humana Internacional, la mayor organización antiderechos del mundo. En Perú, cuenta con numerosos miembros del estamento médico, incluyendo a Fernando Carbone, quien fuera Ministro de Salud y previo presidente de Ceprofarena. Además de su trabajo en contra de cualquier avance legislativo o político en DSR, se encarga de producir un discurso médico-científico conservador. Se encarga así mismo de organizar los distintos eventos y congresos anti derechos que se producen en el país.

Finalmente en cuanto al sector católico, el **Population Research Institute**, tiene en Perú su Oficina para América Latina a cargo desde 2001 del antropólogo peruano Carlos Polo Samaniego. Su trabajo principal es el lobby ante el Congreso para generar un ambiente favorable a sus propuestas y, por otra parte, provocar el desprestigio de las organizaciones a favor de los DSR de forma que no reciban financiamiento externo.

En lo que respecta a las organizaciones evangélicas, la **Coalición Internacional Pro Familia y Vida (CIPROFAM)**, es una organización internacional “conservadora y evangélica” que, en el caso del Perú, ha irrumpido con fuerza a partir de 2009 cuando se discutían las leyes sobre crímenes de odio y de unión civil entre personas del mismo sexo. En la última campaña electoral concentró sus esfuerzos en uno de los candidatos, Alejandro Toledo, quien se había manifestado a favor de los DSR.

Entre los “logros” obtenidos por el movimiento anti derechos cabe destacar la prohibición de la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia, el retraso en la promulgación de un Protocolo de Atención al aborto terapéutico, y el rechazo a leyes favorables a los derechos GLBT.



- 1 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de Población y Vivienda. <http://www.inei.gov.pe/>
- 2 Censos Nacionales de Población y Vivienda del 1993, 2005 y 2007, realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- 3 De acuerdo a los Censos realizados entre los años 1993 y 2007, I
- 4 INEI, fuente citada
- 5 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de Población y Vivienda. <http://www.inei.gov.pe/>
- 6 INEI (2008) Perú: Estadísticas de la migración internacional de los peruanos 1990-2007. Lima: INEI.
- 7 Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos (2010) Programa de Aplicación de los Principios Generales para los Mercados de Remesas de América Latina y el Caribe: Perú. Durango: CEMLA.
- 8 http://1.bp.blogspot.com/_2L97deFCoGc/SjHkfyjC_XI/AAAAAAAAAhw/UyLvlvLevAmpU/s1600-h/Mapa_Etno2009.jpg
- 9 Banco Central de Reserva del Perú www.bcr.org.pe
- 10 CAMPODÓNICO, Humberto (2010) Perspectivas de la economía peruana 2010-2011. En: Perú Hoy, Desarrollo, democracia y otras fantasías. Lima: DESCO.
- 11 Banco Central de Reserva del Perú http://www.bcrp.gov.pe/docs/Estadisticas/Cuadros-Anuales/ACuadro_30.xls
- 12 QUIÑONES, Aura (2010) Los ejes de la Política Social en Perú. En: Blog de Pensamiento Social Estratégico. Fondo España PNUD. <http://www.fondoespanapnud.org/category/blog-de-pensamiento-social-estrategico/>
- 13 UNICEF (2006) El gasto social en el Perú 2000 – 2005.
- 14 LAVADO, Pablo (2007) Desigualdad en los programas sociales en el Perú. Lima: CIES, Banco Mundial.
- 15 CITA
- 16 www.inei.gov.pe. Información Demográfica al 15 de diciembre de 2010.
- 17 PNUD (2010) Informe sobre Desarrollo Humano.
- 18 PNUD (2010) Informe sobre Desarrollo Humano.
- 19 Amnistía Internacional (2010) Demoras fatales: Las barreras a la salud materna en Perú. Londres: Amnesty International Publications 2009.
- 20 GANA PERÚ. Plan de Gobierno 2011-2016. Diciembre 2010.
- 21 INEI. Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2008. Lima: INEI, 2008, pp. 183-186. Disponible en: <http://www1.inei.gov.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib0903/libro.pdf>
- 22 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Plan Estratégico Nacional para La Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Lima: Ministerio de Salud, 2009, p. 23. Disponible en: http://www.minsa.gov.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf
- 23 Ídem, p. 27.
- 24 Información de Mortalidad, disponible en: http://www.minsa.gov.pe/oge/estadistica/Archivos/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf
- 25 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2010, p. 270-271. Disponible en <http://desa.inei.gov.pe/endes/>
- 26 CHAVEZ ALVARADO, Susana y Luis TAVARA OROZCO. El derecho a la planificación familiar, una agenda inconclusa en el Perú. Lima: PROMSEX, noviembre 2010, p. 43. Disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/PlanificacionFamiliarDocumentoNacional.pdf>
- 27 La Defensoría del Pueblo tiene tres informes de supervisión a los servicios de planificación familiar: el Informe Defensorial N° 90 (2005), el Informe Defensorial N° 111 (2007) y el Informe de Adjuntía N° 001-2009-DP/ADDM (2009).
- 28 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. Segundo Reporte sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Informe de Adjuntía N° 001-2009-DP/ADDM. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009, p. 166-192. Disponible en <http://www.defensoria.gov.pe/inform-varios.php>
- 29 GONZÁLES RUIZ, Edgar. Cruces y sombras. Perfiles del conservadurismo en América Latina. Lima: PROMSEX, 2005, p. 32-33, 76-77. Disponible en http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/Cruces_y_Sombras.pdf
- 30 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2010, p. 103. Disponible en <http://desa.inei.gov.pe/endes/>
- 31 CHAVEZ ALVARADO, Susana y Luis TAVARA OROZCO. Ob. cit., p. 46-47.
- 32 Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2000). Segundo informe sobre la situación de los derechos humanos en Perú, Capítulo VII, los derechos de la mujer.
- 33 REYES, M.E. Intentando redefinir la justicia: el caso de las esterilizaciones forzadas en Perú. Disponible en: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/es_pub_cuerpos1.pdf
- 34 IPS Noticias. Humala promete justicia para esterilizadas. Disponible en: <http://www.ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=98373>

35 TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia en el Expediente N° 7435-2006-PC/TC, de fecha 13 de noviembre de 2006. Disponible en <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07435-2006-AC.html>

36 TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ. Sentencia en el Expediente N° 02005-2009-PA/TC, de fecha 16 de octubre de 2009. Disponible en <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.html>

37 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2010, p. 270-271. Disponible en <http://desa.inei.gob.pe/endes/>

38 FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Revisión. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, diciembre de 2006. p. 29. Disponible en <http://abortolegalysseguro.com/blog/aborto-en-peru-el-aborto-clandestino-en-el-peru-revision-delicia-ferrando/>

39 Dicho mandato se encuentra establecido en las siguientes normas: Ley 26842. Ley General de Salud. Artículo 30.- El médico que brinda atención médica, cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente. Decreto Legislativo 957. Nuevo Código Procesal Penal. Artículo 326.- Facultad y obligación de denunciar: 1. Cualquier persona tiene la facultad de denunciar los hechos delictuosos ante la autoridad respectiva, siempre y cuando el ejercicio de la acción penal para perseguirlos sea público. 2. No obstante, lo expuesto deberán formular denuncia: a) Quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley. En especial lo están los profesionales de la salud por los delitos que conozcan en el desempeño de su actividad, así como los educadores por los delitos que hubieren tenido lugar en el centro educativo. [...]

40 Se puede acceder al texto del dictamen del Comité de Derechos Humanos de la ONU en <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/KL%20HRC%20final%20decision.pdf>

41 MINSA. Boletín abril 2011. http://www.dge.gob.pe/vigilancia/vih-boletines_vih.htm

42 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Ob. cit., p. 30; MINISTERIO DE SALUD. Ob. cit., p. 14. La información citada en ambas fuentes proviene de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

43 DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Ob. cit., p. 34.

44 Ídem, pp. 31-32.

45 El Código Civil peruano está disponible en <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codcivil.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>

46 Ipsos-Apoyo. Sexualidad, reproducción y desigualdades de género. Mayo 2011. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/archive/all/larepublica/20110529/32/node/354577/todos/13>

47 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2010, p. 270-271. Disponible en <http://desa.inei.gob.pe/endes/>

48 GÜEZMES, Ana y otras. Loc. cit.

49 CHAVEZ ALVARADO, Susana (editora). Loc. cit.

50 <http://blogdelimagay.blogspot.com/2010/05/onusida-insta-al-peru-aprobar.html>

51 CDD Perú. Sexualidad, Religión y Estado. 2010

52 Código Penal peruano. Artículo 119.- Aborto terapéutico. No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente. Disponible en <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>

53 Código Penal peruano.- Artículo 114.- Autoaborto. La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas. Artículo 115.- Aborto consentido. El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años. Artículo 116.- Aborto sin consentimiento. El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años. Artículo 117.- Agravación de la pena por la calidad del sujeto. El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115 y 116 e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8. Artículo 118.- Aborto preterintencional. El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas. Artículo 120.- Aborto sentimental y eugenésico. El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses: 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico. Disponible en <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>

54 Pronunciamiento Cladem Perú - Ley contra la violencia hacia la Mujer y la Familia. 22 de febrero de 2011. Disponible en: <http://dglocal10.blogspot.com/2011/02/pronunciamiento-cladem-peru-ley-contra.html>

55 PROMSEX. Un panorama de los grupos fundamentalistas en Perú. 2008. Disponible en: <http://issuu.com/awid/docs/caso-completo>

“Cada vez más, donantes bilaterales y multilaterales proporcionan su apoyo a los presupuestos de la salud. En general, el Relator Especial ve favorablemente este planteamiento sectorial aunque alerta sobre la necesidad de evitar que este enfoque sectorial margine a la salud sexual y reproductiva. Como señala, algunas cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva suscitan sensibilidades que podrían crear un riesgo elevado de marginación y por este motivo insta a todos los agentes a que reconozcan explícitamente la función indispensable de la salud sexual y reproductiva en la lucha contra la pobreza.”

Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

EL ROL DE OTROS TITULARES DE RESPONSABILIDADES PRESENTES EN LA SUB-REGIÓN

*** EL ROL DE OTROS TITULARES
DE RESPONSABILIDADES
PRESENTES EN LA SUB-REGIÓN**



Como se ha remarcado anteriormente, los derechos sexuales y reproductivos están integrados en las normas internacionales de derechos humanos, así como en múltiples declaraciones y compromisos internacionales al que los Estados, voluntariamente, se han suscrito. Al comprometerse con ellos de manera voluntaria, los Estados adquieren obligaciones, tanto con sus ciudadanos y ciudadanas como con el resto de los países que conforman la llamada Comunidad Internacional.

Estas obligaciones pueden ser demandadas (y, de hecho, lo son) a nivel interno e internacional. En este sentido, la situación de crisis económica y financiera o la coyuntura política particular no pueden ser utilizadas para justificar el incumplimiento de las obligaciones contraídas ni en el caso de los países desarrollados ni en el de aquellos en desarrollo.

Como reconoce el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su informe E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, en relación a la sexual y reproductiva y, en concreto, a la asistencia y cooperación internacional en esta materia: “Además de las obligaciones en el plano interno, los Estados desarrollados tienen la responsabilidad de proporcionar asistencia y cooperación internacional para garantizar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en los países de bajos ingresos (...).

Esto implica que “los Estados deben respetar el derecho a la salud en otros países, y hacer de modo que en su actividad como miembros de las organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud y en particular la prestación de ayuda a otros Estados para que alcancen los niveles esenciales mínimos de salud.

Esta ayuda, según el Relator Especial debe basarse en un enfoque de derechos y de esta forma, por ejemplo, destinarse a promover el acceso a una amplia variedad de servicios que son necesarios para el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios y la información para reducir la incidencia de los abortos en malas condiciones.

Cada vez más, donantes bilaterales y multilaterales proporcionan su apoyo a los presupuestos de la salud, en vez de a determinados proyectos. En general, el Relator Especial ve favorablemente este planteamiento sectorial aunque alerta sobre la necesidad de evitar que este enfoque sectorial margine a la salud sexual y reproductiva. Como señala, algunas cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva suscitan sensibilidades que podrían crear un riesgo elevado de marginación y por este motivo el Relator Especial insta a todos los agentes a que, haciendo abstracción de los aspectos sensibles, reconozcan explícitamente la función indispensable de la salud sexual y reproductiva en la lucha contra la pobreza. Este reconocimiento explícito es importante porque lo que no se menciona puede muy bien quedarse sin ayuda.

Es precisamente en el marco del desarrollo internacional donde se aborda el presente Informe, siendo que su objetivo consiste en proporcionar, a los distintos actores de la cooperación, información para la elaboración de sus políticas y programas desde un enfoque basado en los derechos humanos, en este caso, en los derechos sexuales y reproductivos.

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) aplicado al Desarrollo es un abordaje imprescindible para quienes se quieren dedicar a esta actividad. Tal como afirmaba el Informe sobre Desarrollo Humano del año 2000, “los derechos humanos son una parte intrínseca del desarrollo, y asimismo, el desarrollo es un medio imprescindible para hacer realidad los derechos humanos”. En dicho informe se recomendaba una visión del desarrollo basada en los derechos humanos, que tenga presente la necesidad de aumentar el apoyo a la formación de capacidades para la democracia y la promoción de los derechos; también, que se aumente el apoyo para la erradicación de la pobreza de ingreso y humana; y, finalmente, que a la hora de programar el desarrollo se introduzcan criterios expresamente basados en los derechos humanos.

Desde aquel momento, los derechos humanos han incrementado su importancia dentro de las políticas y programas de desarrollo. La mayoría de las agen-



cias de cooperación y los organismos multilaterales han incorporado este enfoque, al menos en lo formal, siendo un desafío aún su verdadera implementación.

Existen varios ejemplos de este interés creciente en aplicar el Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH). Quizá el más significativo se encuentra en la declaración de “Entendimiento Común” que en el año 2003 suscribieron los organismos de Naciones Unidas, en el contexto de reforma de esta organización. En esta declaración se acordaron 3 atributos fundamentales que debe contener el EBDH:¹

1.- Todos los programas de cooperación, las políticas y la asistencia técnica para el desarrollo deben promover la realización de los derechos humanos tal y como se establece en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales.

2.- Las normas de derechos humanos contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales, y los principios derivados de ellas, deben orientar toda la cooperación y la programación para el desarrollo en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación.

3.- La cooperación para el desarrollo debe contribuir a la mejora de las capacidades de los “titulares de deberes” para el cumplimiento de sus obligaciones y las capacidades de los “titulares de derechos” para reclamar éstos.

Para la Cooperación Española, por ejemplo, este enfoque supone un elemento fundamental a la hora de realizar políticas, planes y proyectos: “Para la Cooperación Española, el EBDH supone la aplicación de determinados principios, valores y normas. Estos son: Definición de los objetivos de cooperación en términos de derechos humanos; No-discriminación y atención a grupos vulnerables; Responsabilidad y estado de derecho; Rendición de cuentas mutua; Construcción y ejercicio de la ciudadanía; Empoderamiento y participación.”²

Como se demostró, en el presente informe se utiliza este enfoque a la hora de describir la situación en cada país. Además, se incluye el término “titulares de responsabilidades” que incorpora a la cooperación española o la cooperación internacional al subdividir el concepto de “titulares de deberes” al que se refiere Naciones Unidas reservando esta función para el Estado. La sociedad civil, la familia, la empresa y otros agentes pasarían a integrarse también bajo el término “Titulares de responsabilidades”.

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La cooperación internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos llega a Bolivia, Ecuador y Perú fundamentalmente a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y de la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995.

Con estas Conferencias se fortalece la financiación y la asistencia técnica necesaria para llevar adelante la agenda de la salud sexual y reproductiva a nivel internacional y numerosas agencias de cooperación y organizaciones no gubernamentales, en especial de Norteamérica y norte de Europa, así como Organismos Multilaterales como UNFPA, OPS o UNIFEM, en alianza siempre con las organizaciones locales, comienzan a generar conciencia, campañas, legislación y políticas que abordan la problemática de la mortalidad materna, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/Sida o la violencia contra las mujeres, entre otros asuntos.

Mientras las agencias de cooperación y los organismos multilaterales brindan apoyo a nivel bilateral, las ONG internacionales establecen oficinas permanentes en los países, muchas de ellas ofreciendo servicios especializados de salud sexual y reproductiva por medio de centros de salud, así como apoyando a otras organizaciones de la sociedad civil local en sus acciones de vigilancia, exigibilidad y denuncia a los gobiernos ante sus incumplimientos.

Las principales ONG internacionales que se asentaron en esos años en la región andina fueron: Population Council, EngenderHealth, Population Services International, Pathfinder International, Interact Worldwide, Family Health International, Population Action International, IPPF, Hivos, Marie Stopes International, PFFA, IPAS y Family Care International, si bien en algunos países tuvieron mayor incidencia que en otros.

En el año 2001, con la llegada a la presidencia de George W. Bush, el gobierno de los Estados Unidos volvió a poner en marcha la Regla de Obstrucción Global o Ley Mordaza mediante la cual se prohibía a todas las organizaciones no gubernamentales el acceso a fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID, por sus siglas en inglés) para la provisión de servicios directa o indirectamente relacionados con el aborto seguro así como incidir políticamente para reformar leyes e incluso proporcionar orientación médica sobre este tema.³

Puesto que la mayoría de las ONG internacionales que trabajaban en estos países provenían de Estados Unidos, el hecho de suscribir la Ley Mordaza significó la drástica reducción de fondos para aquellas que tenían en su agenda el derecho al aborto y, debido a esto, su retirada final del país o su permanencia con sus actividades muy mermadas.

Asimismo, el crecimiento económico experimentado en la pasada década en América Latina, el giro del interés internacional hacia África, la nueva agenda de la Eficacia de la Ayuda y las nuevas agendas internacionales de desarrollo alejadas de El Cairo y Beijing, provocan poco a poco la reestructuración de la cooperación internacional y la ayuda en la subregión andina con el resultado de que cada vez es más difícil acceder a fondos destinados a los derechos sexuales y reproductivos.

En el ámbito de las agencias de cooperación, USAID ha sido tradicionalmente el donante que más recursos ha destinado a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la llegada al poder de Evo Morales o de Rafael Correa provocan fricciones con Estados Unidos y el papel de la Agencia se reduce notable-

mente. Otras agencias importantes en este campo son CIDA (Canadá), GTZ (Alemania), JICA (Japón), DFID (Reino Unido), y la Embajada Real de los Países Bajos aunque en los últimos años comienzan a retirarse del sector.

En lo que se refiere a organismos multilaterales, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) ejerce el liderazgo dentro del sistema de Naciones Unidas en materia de derechos sexuales y reproductivos. En la actualidad, este organismo desarrolla un programa regional, denominado Fondo España – UNFPA para la Igualdad de género, derechos reproductivos y respeto a la diversidad cultural en América Latina y el Caribe, que finaliza en diciembre de 2011 y ha permitido abordar diferentes líneas temáticas en la región andina y centroamericana fundamentalmente.

UNFPA juega, asimismo, un papel clave respecto a las leyes y políticas públicas relacionadas con los DSR que se han aprobado en los últimos años y constituye un referente técnico y político claro para las organizaciones de la sociedad civil, aunque en ocasiones existan fricciones relacionados con el papel de cada uno y la agenda de derechos.

Por otra parte, la actual ONU Mujeres ocupa también un papel fundamental en la subregión. Si bien su agenda no es específica en materia de DSR, su capacidad de articulación con el movimiento feminista y con los gobiernos, así como el aumento de su financiación (sobre todo procedente de España) en los últimos años, ha vuelto a colocar a esta organización en el ámbito político de los tres países.

La Organización Panamericana de la Salud, como órgano competente en materia de salud en las Américas juega igualmente un papel fundamental en el campo de la salud sexual y reproductiva y es una organización pionera en el abordaje de la violencia contra las mujeres desde el sector salud.

Por otra parte, cabe destacar aquí el Organismo Regional Andino de Salud – Convenio Hipólito Hunañe (ORASCONHU), integrado por los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Ve-



nezuela y encargado de proporcionar políticas regionales en el marco del Sistema Andino de Integración. Este organismo es apoyado técnica y económicamente por numerosas agencias bilaterales y multilaterales. En lo que se refiere a DSR, el ORASCONHU cuenta con un sub comité para la prevención del embarazo adolescente y desde él, y con apoyo fundamental de la AECID a través del UNFPA, se ha venido desarrollando desde 2007 el Plan Andino para la prevención del Embarazo en Adolescentes.

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Si bien los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los documentos políticos de la cooperación española, las organizaciones de promoción y defensa de estos derechos nunca han reconocido a España como líder en este sector, al menos de la misma categoría que otras cooperaciones como la de Estados Unidos, Reino Unido, Suecia y Holanda.

Esta falta de reconocimiento ha significado una gran dificultad en la posibilidad de acceder a financiación de procedencia española por parte de las organizaciones de la sociedad civil local. Por una parte, la cooperación oficial a través de sus planes de país no ha contemplado fondos específicos para los DSR ni para las organizaciones que los defienden. Por otra, la mayoría de las ONGD españolas han tardado en incorporar estas cuestiones en sus planes de trabajo y, de hecho, son muy pocas las ONGD especializadas en comparación a las organizaciones internacionales de otros países. Asimismo, el modelo de cooperación española vía ONGD basado en las “contrapartes” o socios locales ha provocado un círculo vicioso respecto a las organizaciones nacionales de DSR en el sentido de que estas no reconocen a las ONGD como socias de sus agendas y al mismo tiempo, las ONGD españolas no tienen tradición en este sector, por lo que ambas organizaciones de la sociedad civil no suelen buscarse.

“
En general, las ONGD españolas no participan de las articulaciones y causas de las organizaciones feministas. Marcan claramente la diferencia entre ONG de desarrollo y activismo político. Además, la falta de transparencia en lo que hacen y la alta rotación de personal cooperante de las ONGD aumentan las dificultades para construir una agenda conjunta”

Representante de la Campaña 28 de septiembre de Bolivia.

En los últimos años, a medida que las convocatorias oficiales comprendían financiación para acciones de derechos de las mujeres y, en menor medida, para acciones de defensa de los derechos sexuales y reproductivos, las propuestas presentadas fueron aumentando paulatinamente.

Por otra parte, la cooperación oficial se ha significado a nivel bilateral, por apoyar la creación y fortalecimiento de los mecanismos nacionales para el avance de la mujer en la región, aunque estos no tuvieran demasiadas competencias en materia de derechos sexuales y reproductivos de manera amplia. Además, a nivel multilateral, la contribución económica a organismos de Naciones Unidas (especialmente al Fondo de Población de Naciones Unidas y a ONU-Mujeres) se incrementa exponencialmente de forma que la cooperación española se convierte en el donante mundial nº 1 de la igualdad de género.

Finalmente, destacar que España es un país pionero y reconocido en el mundo respecto a la protección y realización de los derechos sexuales y reproductivos y esta ventaja comparativa debe ser puesta en valor a la hora de definir las prioridades políticas de los Marcos de Asociación de País y la distribución de la ayuda.

La cooperación española en DSR en Bolivia

En el actual Marco de Asociación de País (MAP) 2011-2015 entre España y Bolivia, se han definido los llamados sectores de actuación integral en Educación, Agua y Gobernabilidad; los sectores de prioridad geográfica como salud y soberanía alimentaria y, finalmente, un sector de actuación específica en el campo de la cultura y el desarrollo. De manera transversal se contemplan los sectores de género, interculturalidad y sostenibilidad ambiental.

Este MAP ha sido criticado ampliamente desde su aprobación, tanto por las ONGD españolas en sede como en Bolivia achacándole falta de participación de la sociedad civil local y extranjera. En lo que respecta a

los DSR, es destacable que el MAP presente serias carencias de enfoque de género y de enfoque de derechos humanos, tanto en su etapa de diagnóstico como en la definición de sus prioridades. Si bien la atención a asuntos de salud sexual y reproductiva estaría contemplada bajo la prioridad geográfica de salud, en el plan de acción del MAP no se contempla ninguna atención especial a las situaciones por las que atraviesan los titulares de derechos y que han sido descritas en este informe.

Finalmente, entre los actores no gubernamentales españoles que trabajan en DSR en Bolivia cabe destacar los Convenios de Cooperación regionales que están desarrollando Solidaridad Internacional y Médicos del Mundo, así como los proyectos de las ONGD: Fundación Haurralde y Red ACTIVAS, casualmente con la misma contraparte local y Fundación Triángulo. Las OSC locales echan en falta mayor apoyo de las ONGD para una agenda integral de los DSR, especialmente en lo que se refiere a la incidencia política con tomadores de decisión y a temas sensibles como el aborto o el matrimonio entre personas del mismo sexo. El hecho de que no existan o se hayan intentado crear espacios de conocimiento mutuo y articulación entre las ONGD españolas y el movimiento de DSR representa una seria dificultad.

La cooperación española en DSR en Ecuador.

En el actual Marco de Asociación de País (MAP) 2011-2013 entre España y Ecuador¹, se han elegido cinco objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (y que significarán el 70% de la AOD), entre los cuales no figura el número 3, que incluye específicamente los derechos sexuales y reproductivos. Sí se incluye el Objetivo nº 9, que comprendería acciones encaminadas a la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Estos cinco objetivos se corresponden con seis sectores de la cooperación: Gobernabilidad democrática; Educación; Agua y Saneamiento; crecimiento económico para la reducción de la pobreza; sostenibilidad ambiental; y políticas para el desarrollo



de pueblos indígenas y afrodescendientes. Otros sectores no priorizados pero que permanecerán vigentes en el país son; Cultura y Desarrollo; y Ciencia y Tecnología.

Por otra parte, la OTC de Ecuador presentó poco tiempo después de aprobarse el nuevo MAP, el Plan de Acción de Género en Desarrollo de la Cooperación Española en Ecuador 2011-2014² “De la igualdad formal a la igualdad real”.

Este Plan nace del consenso entre diversos actores de la CE en el país agrupados en la Mesa de Género. Por una parte, las ONG Españolas (Paz y Desarrollo, Solidaridad Internacional, FERS, Enfermeras por el mundo, FAD, Cruz Roja, Intermón Oxfam y Save the Children, entre otras), la cooperación descentralizada (Xunta de Galicia, Generalitat Valenciana y Generalitat de Catalunya) y las responsables sectoriales de los proyectos bilaterales de la AECID. El Plan recoge las acciones en materia de género que las organizaciones integrantes de la Mesa tienen previsto realizar para el periodo 2011-2014, las cuales vienen reflejadas en la matriz de intervención.

En primer lugar, la Línea de intervención 1, señala: Empoderamiento de las mujeres a través de acciones específicas en las Políticas Públicas y de apoyo a la Sociedad Civil que promuevan mecanismos de igualdad, con especial incidencia en la violencia de género. La Línea de intervención 2: Transversalización efectiva dentro de las acciones de la Cooperación Española en Ecuador y de sus contrapartes, del enfoque de Género y de Derechos en su práctica, instrumentos y acciones, avanzando en el fortalecimiento de las capacidades de género.

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran señalados, como tales, en el Plan de Acción que, además, proporciona indicadores cuantitativos muy claros, como por ejemplo, “Para 2014 realizadas al menos a 2 campañas de sensibilización sobre DSR en el país”.

Durante el año 2010, Ecuador fue el país que mayor financiación vía ONGD recibió de toda la cooperación española (13.878.893,24 euros)³. Existen 31

ONGD españolas en Ecuador, 23 de ellas vinculadas a la Coordinadora de ONGs Españolas en el Ecuador (COEEC). Entre las ONGD españolas que trabajan en temas de DSR, destacan los Convenios de Solidaridad Internacional “Lucha contra la violencia de género y salud sexual y reproductiva, a través de la aplicación efectiva de las políticas públicas, el fortalecimiento de redes regionales específicas y la vigilancia ciudadana, en Bolivia, Ecuador y Perú (2010-2013)” y de Intermón Oxfam “Formación y empoderamiento de mujeres populares para la construcción de nuevas ciudadanías, en Colombia, Perú, Ecuador y Brasil (2010-2013)”. Otras ONGD españolas que trabajan en temas de DSR en el Ecuador son: Interarts, Médicus Mundi y Red ACTIVAS.

Por otra parte, cabe destacar que la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (Seteci) de Ecuador emitió el 5 de julio de 2011 un decreto que contenía las nuevas reglas que debían cumplir las ONG extranjeras en Ecuador.

Según el Presidente de Ecuador, Rafael Correa, “algunas ONG son de extrema derecha, en su mayoría norteamericanas, y pretenden desestabilizar a los gobiernos progresistas”. El nuevo decreto prohíbe a las organizaciones y sus empleados realizar actividades que “aten contra la seguridad y paz pública” o efectúen “labores lucrativas, de injerencia política y/o proselitista”. El artículo 22 del decreto, señala que las ONG extranjeras no podrán ejecutar “proyectos financiados con recursos de la cooperación internacional no reembolsable de fuente bilateral o multilateral bajo sanción de terminación anticipada del Convenio Básico de Funcionamiento”.

Según algunas ONG extranjeras, su efecto será “estrangular económicamente a varias organizaciones ecuatorianas que en varios casos no comparten los objetivos del Gobierno”.

Para finalizar, respecto a la percepción del trabajo de la cooperación española por parte de las OSC locales que trabajan en DSR, estas opinan que la AECID está abierta a estos temas, en especial sus responsables de género, aunque echan en falta mayor apoyo de las ONGD españolas para una agenda integral de los DSR, especialmente en temas sensibles como el aborto o la anticoncepción de emergencia.



Podría decir que la AECID apoya procesos importantes en el país porque tiene una relación con el Estado, pero creo que podría mejorar la relación con organizaciones sociales que tienen trayectoria en el tema en el país y que sostienen procesos sin recursos”

Directora de una organización local.

La cooperación española en Perú

En la actualidad se está elaborando un nuevo Marco de Asociación de País (MAP) 2012-2016 entre España y Perú por lo que aún es pronto para conocer las prioridades sectoriales de la cooperación española en los próximos años. Aún así, existe un riesgo alto de que los sectores de género y salud, en especial relacionados con los DSR, queden fuera de la agenda como ha ocurrido en otros países de la región. Si esto finalmente se produce, España habrá abandonado su ventaja comparativa en materia de cooperación y que significa ser coherente entre la política interna española y la política de cooperación.

Es de esperar que, durante el proceso de elaboración del MAP, se invite y se tenga en cuenta a las organizaciones de la sociedad civil locales que trabajan en DSR, muchas de las cuales han sido y son socias estratégicas de las ONGD españolas en el País. También, sería deseable que el documento contemple un verdadero enfoque de derechos humanos y tenga en cuenta las recomendaciones emanadas de los distintos órganos internacionales de supervisión.

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) trabaja, a través de su Programa de Género en Desarrollo, directamente fortaleciendo las políticas públicas del estado peruano en materia de género, en especial, a través del fortalecimiento del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. También, mediante organismos multilaterales, es notable el apoyo al Fondo de Población de las Naciones Unidas y a ONU-Mujeres, entre otros organismos. Sin bien este apoyo es sustancial, las

organizaciones locales echan en falta un mayor compromiso con la agenda de DSR.

Finalmente, entre los actores no gubernamentales españoles que trabajan en DSR en Perú cabe destacar que existen 100 ONGD de las que 43 tienen presencia física en el país. En la actualidad (aprobados en 2010)⁴ se están llevando a cabo varios Convenios de Cooperación relacionados con asuntos de DSR, ejecutados por Solidaridad Internacional, Médicos del Mundo e Intermon Oxfam. En lo que se refiere a proyectos de ONGD, la AECID aprobó en 2010 acciones relacionadas con los DSR a la organización Fundación Triángulo. Por otra parte, cabe mencionar el proyecto de la ONGD Medicus mundi Guipúzcoa, financiado por el Gobierno Vasco.

Respecto a la percepción del trabajo de la cooperación española por parte de las OSC locales que trabajan en DSR, estas echan en falta mayor apoyo de las ONGD para una agenda integral de los DSR, especialmente en lo que se refiere a la incidencia política con tomadores de decisión y a temas sensibles como el aborto o la anticoncepción de emergencia. El hecho de que no existan o se hayan intentado crear espacios de conocimiento mutuo y articulación entre las ONGD españolas y el movimiento de DSR representa una seria dificultad.



NOTAS

1 Naciones Unidas (2003). El Enfoque basado en los Derechos Humanos para la Cooperación del Desarrollo. Hacia un Entendimiento Común entre las Agencias de la ONU, Nueva York.

2 MAEC (2009). Plan Director de la Cooperación española 2009-2012. Pp. 20

3 La regla de obstrucción global fue impuesta por primera vez en 1984 por el entonces presidente Ronald Reagan, quien la anunció en una conferencia en México. A los pocos días de haber juramentado, el presidente Bill Clinton la revocó y posteriormente, en su primer día laboral el 22 de enero de 2001 el presidente Bush la restableció. Ver más información en: <http://reproductiverights.org>

4 AECID. Memoria anual de la cooperación española en Perú. 2010

La ventaja comparativa de la cooperación española en la subregión es un factor clave a considerar para decidir de forma participativa qué sectores serán prioritarios en los nuevos Marcos de Asociación de País.

En este sentido, no se debe olvidar que España es un país pionero en la legislación y políticas públicas sobre asuntos de igualdad de género y derechos sexuales y reproductivos y por tanto debe prestar más apoyo a estos temas dentro de las prioridades de la ayuda al desarrollo, de forma coherente también con las políticas nacionales.

RECOMENDACIONES

↖ RECOMENDACIONES



Recomendaciones a la

COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- La ventaja comparativa de la cooperación española en la sub región es un factor clave a considerar para decidir de forma participativa qué sectores serán prioritarios en los nuevos MAPs. En este sentido, no se debe olvidar que España es un país pionero en la legislación y políticas públicas sobre asuntos de igualdad de género y derechos sexuales y reproductivos y por tanto también debería continuarse impulsando estos temas coherentemente con las prioridades establecidas con las políticas de cooperación al desarrollo y las políticas nacionales.
- Crear un fondo multianual norte – sur exclusivo para el sostenimiento de las acciones de incidencia política de las organizaciones de DSR de la sub región, entendiendo que estas cuestiones tan políticamente sensibles no pueden ser abordadas desde un proyecto de cooperación más, sino como procesos permanentes de gobernabilidad democrática.
- Reforzar la articulación con el movimiento feminista y de mujeres que trabajan en la agenda de DSR la sub región, manteniendo relaciones periódicas para examinar los avances en esta agenda.
- Fortalecer la capacidad del personal expatriado para trabajar en la agenda feminista y de DSR, involucrándose en la causa política que estos derechos suponen para las OSC locales. Asimismo, aumentar los recursos para asuntos de DSR de forma integral y no restringidos para algunos asuntos “sensibles” como el aborto o el matrimonio entre personas del mismo sexo.
- Priorizar la formulación y aprobación de convenios y proyectos vía ONGD y Multilaterales que aborden específicamente recomendaciones de los distintos comités de supervisión de los tratados internacionales de derechos humanos, especialmente en los asuntos relacionados con los DSR.

En el caso de BOLIVIA

- El recientemente aprobado Marco de Asociación País carece de enfoque de género y derechos humanos. La AECID debería contemplar la inclusión de estos temas en la próxima revisión del MAP.
- Elaborar un Plan de Acción de Género de la Cooperación Española en Bolivia, que cuente con la amplia participación de las ONGD españolas en terreno y en sede, así como las organizaciones locales especializadas en el tema.

En el caso de ECUADOR

- La cooperación española debería conocer mejor los problemas derivados de las violaciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos en el país. Estudiar las estadísticas y no ver sólo los promedios nacionales sino que vea los diferenciales y las brechas que existen en la población
- La AECID y las ONGD españolas deben impulsar la articulación del movimiento feminista y del movimiento de jóvenes hacia la consolidación de un espacio de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos y aprovechando la oportunidad que brinda el Plan de Acción de Género de la Cooperación Española en Ecuador.

En el caso de PERÚ

- Abrir un espacio amplio para el debate con las organizaciones locales de defensa de los DSR incorporando sus demandas en el proceso de construcción del nuevo Marco de Asociación de País que se está discutiendo.
- Crear y fortalecer espacios de incidencia entre las organizaciones españolas y peruanas que apoyen una agenda consensuada y fortalezcan las alianzas y redes locales
- Garantizar que el proceso de selección de propuestas a financiar incluyan temas que el Estado ha venido eludiendo y cuya agenda mantienen activa las ONG locales; por ejemplo, acceso al aborto seguro, disminución del embarazo en adolescentes, el combate contra la trata y la explotación sexual, el abordaje de la violencia basada en género, la erradicación de la discriminación que afecta particularmente por la identidad de género y la orientación sexual.



al estado de
BOLIVIA

- Priorizar la situación de violencia que afecta a mujeres y niñas, realizando las modificaciones legales necesarias; elaborando datos estadísticos que permitan conocer la exacta magnitud del problema y diseñar las políticas adecuadas en base a información real; dotar de presupuesto suficiente y de proveedores de servicios y operadores de justicia sensibilizados y entrenados para abordar este problema; iniciar campañas permanentes de visibilización del problema; y luchar contra la impunidad de los agresores, incluyendo el seguimiento y sanción, en su caso, de los jueces y juezas que sean complacientes con la violencia hacia las mujeres y niñas.
- Promulgar una ley para el fortalecimiento de la sociedad civil, que cuente con presupuestos públicos en forma de subvención transparente para las organizaciones, en especial de las organizaciones de derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Dar cumplimiento a la Convención Iberoamericana de derechos de los Jóvenes ratificada por el Estado, en especial su artículo 23 referido al derecho a la educación sexual, adoptando e implementando políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información y el pleno y responsable ejercicio de este derecho. El actual Plan Nacional de Juventudes 2010-2014 debe ser dotado de presupuesto y recursos humanos apropiados y el Estado debe velar por su aplicación a lo largo de todo el sistema educativo.
- Aprobar cuanto antes una ley que respete, proteja y realice los derechos sexuales y reproductivos en el marco de los principios de derechos humanos, incluyendo la garantía de acceder a un aborto legal y seguro; y al reconocimiento de todos los tipos de familia con iguales derechos, incluyendo aquellas formadas por personas del mismo sexo.
- Eliminar del Código Penal la penalización del aborto libremente decidido y elaborar una reglamentación apropiada para que este derecho pueda ejercerse ampliamente en el sistema de salud universal.
- Impulsar un único organismo gubernamental para el avance de los asuntos de género al máximo nivel y con competencias claras y amplias, dotado de presupuestos estatales y en el que participe abiertamente la sociedad civil. Este mecanismo también debe ser creado y fortalecido en los nuevos espacios autonómicos y guardar coherencia con el ámbito nacional.

al estado de

ECUADOR

- Agilizar la aprobación de una Ley de igualdad y contra la violencia machista que dé cumplimiento a los derechos garantizados por la actual Constitución.
- Incluir contenidos de género, derechos humanos de las mujeres y derechos sexuales y reproductivos en los procesos formativos a servidores públicos de todas las funciones del Estado.
- Favorecer la creación de una normativa más amplia respecto al acceso al aborto seguro y plantear una estrategia eficaz para combatir el embarazo no deseado que comprometa no sólo al Estado sino también a la sociedad civil que ya tiene experiencia en la materia.
- Continuar la línea marcada por la Constitución hacia un verdadero Estado Laico, sin dejarse presionar por grupos anti derechos.
- Conformar cuanto antes la Comisión de Igualdad y colocarla al más alto nivel del Estado, dotándola de recursos y personal suficiente.
- Responder en tiempo y forma a las observaciones y recomendaciones de los órganos de supervisión de los tratados internacionales de derechos humanos.

al estado de

PERÚ

- Derogar, a la mayor brevedad posible, el artículo 241° inciso 2 del Código Civil que demanda la realización de pruebas de VIH como requisito para contraer matrimonio, ya que constituye una violación flagrante de los derechos humanos.
- Aprobar el Protocolo del Aborto Terapéutico, cumpliendo así con el dictamen del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas emitido el 24 de octubre de 2004 respecto del caso KL. Asimismo, iniciar un debate parlamentario serio para ampliar los supuestos de despenalización del aborto, al menos a las causales de violación y a un concepto más amplio de salud, tal como es definida por la Organización Mundial de la Salud.
- Revisar las reformas legales que castigan a las mujeres que abortan, tal como le han aconsejado varios órganos de tratados internacionales de derechos humanos.
- Abordar cuanto antes la situación de violación de los derechos humanos basada en la orientación sexual e identidad de género, prohibiendo la discriminación y persiguiendo a los culpables.
- Cumplir con el acuerdo amistoso que el Estado suscribió con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en relación al acceso a la justicia y reparación para las víctimas de esterilizaciones forzadas bajo el gobierno de Fujimori.
- Aumentar la voluntad política para gobernar en el marco de un Estado Laico, sin privilegiar ninguna confesión religiosa.

La Política de Cooperación Española, reflejada en el Plan Director de la Cooperación al Desarrollo 2009-2012 afirma que la misma se construye sobre la base de varios enfoques, entre los que está el EBDH. “Para la Cooperación Española, el EBDH supone la aplicación de determinados principios, valores y normas. Estos son: definición de los objetivos de cooperación en términos de derechos humanos; no discriminación y atención a grupos vulnerables; Responsabilidad y estado de derecho; Rendición de cuentas mutua; Construcción y ejercicio de la ciudadanía; Empoderamiento y participación.”

BIBLIOGRAFÍA



AECID. Cooperación española en Bolivia. Marco de Asociación de País. 2011-2015. La Paz, 2010

BOLIVIA, ESTADO PLURINACIONAL DE:

- 28 de junio de cada año como “Día de los Derechos de la Población con orientación sexual diversa en Bolivia”. Decreto Supremo n° 0189, 2009
- 9 de agosto “Día Nacional de la Solidaridad con las víctimas de Agresiones Sexuales y en Contra de la Violencia Sexual en niños, niñas y adolescentes”. Ley N° 3773, 2007
- Constitución Política del Estado. 2009
- Ley contra el Racismo y toda forma de Discriminación. Ley N° 045, 2010
- Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica. Ley N° 1674, 1995
- Ley de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”. Ley N° 070, 2010
- Ley de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual. Ley N° 2033, 1999
- Ley de Protección Legal de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley N° 054, 2010
- Ley de Trata y Tráfico de Personas y Otros Delitos Relacionados. Ley N° 3325, 2006
- Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República: “Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien – Lineamientos Estratégicos” 2006-2011. Decreto Supremo 29272, 2007
- Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos (Bolivia Digna Para Vivir Bien 2009-2013). Ministerio de Justicia. Decreto Supremo N° 29851, 2008

- Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades “mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien”. Decreto Supremo N° 29850, 2008
- Texto Ordenado del Código Penal. Decreto Supremo N° 0667, 2010

CDH. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal a Bolivia (Estado Plurinacional de). 14° período de sesiones. 15 de marzo de 2010. Conclusiones y/o recomendaciones. Consejo de Derechos Humanos, 2010.

CEDAW. 40° período de sesiones. 14 de enero a 1° de febrero de 2008. Observaciones finales. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 2008

CESCR. 40° período de sesiones. 28 de abril al 16 de mayo de 2008. Observaciones finales. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2008.

CRC. 52° período de sesiones. 16 de octubre de 2009. Observaciones finales. Comité de Derechos del Niño, 2009.

IPAS. El derecho al aborto y la objeción de conciencia. Apuntes legales para los operadores de justicia y salud. La Paz. 2009

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y COOPERACIÓN. Plan Director de la Cooperación española 2009-2012

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA. Bono Juana Azurduy. Decreto Supremo 066, 2009:

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. La Paz, 2008
- Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción. La Paz, 2010

- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PENSSR) 2009 – 2015. La Paz, 2009
- Plan Estratégico Nacional Multisectorial Vih/Sida (2008-2012). La Paz, 2008
- Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal 2009 – 2015. La Paz, 2010
- Plan Nacional de prevención, control y seguimiento de CACU 2009 – 2015. La Paz, 2009
- Plan Nacional de prevención, control y seguimiento de Cáncer de mama 2009 – 2015. La Paz, 2009.
- Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud boliviana 2009-2013. Resolución Ministerial 1185, La Paz, 2010
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Ley N° 3250, La Paz, 2005

MINISTERIO DE TRABAJO DE BOLIVIA. Detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las mujeres afectadas en relación al cáncer de cuello uterino y al cáncer de mama. Resolución Ministerial 268/11, 2011.

OACNUDH. El Enfoque basado en los Derechos Humanos para la Cooperación del Desarrollo. Hacia un Entendimiento Común entre las Agencias de la ONU, 2003

PNUD. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Los cambios detrás del cambio. La Paz, 2011

AECID. Cooperación española en Bolivia. Marco de Asociación Ecuador – España 2011-2013. Quito, 2011

CDH. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal a Ecuador. 8º período de sesiones. 13 de mayo de 2008. Conclusiones y/o recomendaciones. Consejo de Derechos Humanos, 2008

CEDAW. 42º período de sesiones. 20 de octubre a 7 de noviembre de 2008. Observaciones finales. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 2008

CHR. 97º período de sesiones. 12 a 30 de octubre de 2009. Observaciones finales. Comité de Derechos Humanos, 2009

CIM. Informe de Ecuador. Comisión Interamericana de Mujeres, 2010

CRC. 53º período de sesiones. 11 a 29 de enero de 2010. Observaciones finales. Comité de Derechos del Niño, 2010.

GOBIERNO DE ECUADOR:

- Constitución Política del Estado. 2008
- Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley N°. 103 de 11 de diciembre de 1995
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 1998
- Ley Orgánica de Salud. 2006
- Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley n° 73 del 20 de marzo de 1998,
- Plan de Igualdad, No Discriminación y Buen Vivir para las Mujeres Ecuatorianas y su Estrategia de Transversalización 2010 – 2014. Borrador, 2011
- Plan Nacional de Erradicación de la Trata, el Tráfico y la Explotación Sexual, contra niños, niñas, adolescentes y mujeres, 2007
- Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia la niñez, la adolescencia y las mujeres, Decreto Ejecutivo n° 620 de 2007
- Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013
- Plan para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres, 2009

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE ECUADOR.

- Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA), 2000
- Plan Nacional para la Erradicación de los Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo, 2006
- Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PRO-NESA), 2003

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR:

- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar – ENIPLA. Quito, 2011
- Normas y Procedimientos para la Atención Integral a Adolescentes, Quito, 2009
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente. Quito, 2007
- Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Quito, 2008

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C.: OPS, © 2008



PERÚ

AECID. Memoria Anual de la Cooperación Española en Perú. 2010

AMNISTÍA INTERNACIONAL. Demoras fatales: Las barreras a la salud materna en Perú. Londres: Amnesty International Publications, 2009

CAMPODÓNICO, Humberto. Perspectivas de la economía peruana 2010-2011. En: Perú Hoy, Desarrollo, democracia y otras fantasías. Lima: DESCO, 2008

CDD Perú. Sexualidad, Religión y Estado. 2010

CHAVEZ ALVARADO, Susana y Luis TAVARA OROZCO. El derecho a la planificación familiar, una agenda inconclusa en el Perú. Lima: PROMSEX, noviembre 2010

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. Segundo Reporte sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Informe de Adjuntía N° 001-2009-DP/ADDM. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009

FERRANDO, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Revisión. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, diciembre de 2006

GANAS PERÚ. Plan de Gobierno 2011-2016. Diciembre 2010

CAT. 36° período de sesiones. 1 al 19 de mayo de 2006. Conclusiones y recomendaciones. Comité Contra la Tortura, 2006.

CDH. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal a Perú. 2° período de sesiones. 28 de mayo de 2008. Conclusiones y/o recomendaciones. Consejo de Derechos Humanos, 2008

CEDAW. 37° período de sesiones. 15 de enero a 2° de febrero de 2007. Observaciones finales. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 2007

CHR. 97° período de sesiones. 12 a 30 de octubre de 2009. Observaciones finales. Comité de Derechos Humanos, 2009

CIM. Segundo informe sobre la situación de los derechos humanos en Perú, Capítulo VII, los derechos de la mujer. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2007

CRC. 41° período de sesiones. 14 de marzo de 2006. Observaciones finales. Comité de Derechos del Niño, 2006.

GONZÁLES RUIZ, Edgar. Cruces y sombras. Perfiles del conservadurismo en América Latina. Lima: PROMSEX, 2005

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

- Censos Nacionales de Población y Vivienda del 1993, 2005 y 2007
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal. Lima: INEI, mayo de 2010
- Estadísticas de la migración internacional de los peruanos 1990-2007. Lima: INEI, 2008
- Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2008. Lima: INEI, 2008

IPSOS-APOYO. Sexualidad, reproducción y desigualdades de género. Mayo 2011

LAVADO, Pablo. Desigualdad en los programas sociales en el Perú. Lima: CIES, Banco Mundial, 2007

MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la Educación Sexual Integral para Profesores y Tutores de la educación básica regular. Resolución Ministerial 0180-2008/ED, 2008

MINISTERIO DE SALUD:

- Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Documento Técnico. RM 278-2008/MINSA, 2008
- Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Resolución Ministerial 771-2004/MINSA, 2004
- Guía Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas. Resolución Ministerial N° 295-2006-MINSA, 2006
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Resolución Ministerial 668-2004/MINSA, 2004
- Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Resolución Ministerial 290-2006/MINSA, 2006
- Norma Técnica de Planificación Familiar. Resolución Ministerial 536-2005/MINSA, 2005
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Resolución Ministerial 598-2005/MINSA, 2005
- Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS y VIH/Sida en el Perú. Decreto Supremo 005-2007/SA, 2007
- Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Resolución Ministerial 207-2009/MINSA, 2009
- Plan Estratégico Nacional para La Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Lima: , 2009
- Plan Estratégico Sectorial de Salud 2008 – 2011. Resolución Ministerial N° 169-2009/MINSA
- Plan Nacional Concertado de Salud. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA
- Plan Nacional Multisectorial de Prevención de Embarazo Adolescente 2011-2021

GOBIERNO DE PERÚ:

- Constitución Política del Estado, 1993
- Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico de Migrantes. Ley N° 28950, 2008
- Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Ley 28983, 2007
- Ley de Política Nacional de Población. Modificatoria del Capítulo VI, Ley N° 26530, 1995
- Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual. D.S. N° 010 – 2003 – MIMDES, 2003
- Ley General de Salud, Ley 26842, 1997
- Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015. DS n° 003-2009-MIMDES, 2009
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010, Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH, 2002
- Plan Nacional de Derechos Humanos del Perú 2006-2010. Decreto Supremo n° 017-2005-JUS, 2005
- Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006- 2010. Decreto Supremo n° 009-2005-MIMDES, 2005
- Plan Nacional de Población 2010-2014

- Protección frente a la Violencia Familiar. Ley N° 26260, 1993

PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, 2010

PROMSEX. Informe alternativo de organizaciones de la sociedad civil al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú. Lima, 2011

PROMSEX. Un panorama de los grupos fundamentalistas en Perú. 2008

QUIÑONES, Aura. Los ejes de la Política Social en Perú. En: Blog de Pensamiento Social Estratégico. Fondo España PNUD, 2010

REYES, M.E. Intentando redefinir la justicia: el caso de las esterilizaciones forzadas en Perú

UNICEF. El gasto social en el Perú 2000 – 2005. Lima: UNICEF, Instituto Apoyo, 2006



Red ACTIVAS
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.redactivas.org

Con la financiación de:



Con la colaboración de:

