

arrow

vol. 23 no. 2 2017
ISSN 1394-4444

for change

DSSR en la era de los ODS



Protesta de Muskan, el colectivo de trabajadores sexuales masculinos y transgénero y SANGRAM, en contra del Artículo 377 del Código Penal de la India. Foto cortesía de SANGRAM.

Editorial

Acceso Universal a la SSR y la Universalidad de los DSR: ¿Lograr lo Imposible?

Destacados

Caótico, Aislacionista y Anti-Mujeres: la Administración de Trump y los DSSR

Acuerdos Comerciales, ODS y Acceso Universal a los DSSR

Empoderamiento Económico de las Mujeres y los DSSR: El Eslabón Faltante

Por qué Priorizar los DSSR en la Programación del Cambio Climático y la Legislación

¿Por Qué Siguen Muriendo Mujeres Debido a Abortos Inseguros?

2-6 En nuestras propias palabras

ODS: Trabajadoras y Trabajadores Sexuales pasan desapercibidos

Cuando se Deja Atrás a Algunos, Todos Nos Quedamos Atrás: La Perspectiva de una Activista Trans Feminista desde el Pacífico.

DSSR y la Agenda 2030: ¿Qué está en Juego para los Jóvenes que Viven Afectados por el VIH?

Voces del sur del mundo 43-46

Seguir Inspirados por las Mujeres que viven con VIH y las Mujeres que Consumen Drogas: En Conversación con Baby Rivona

Monitoreando las actividades de países y regiones 47-54

Los Principios Yogyakarta: En Retrospectiva, Viendo Hacia el Futuro.

34-42

Los DSSR de las Mujeres y el Cambio Climático: El Caso de Mindoro, Filipinas.

Expresando las Preocupaciones para Asegurar los DSSR de personas Jóvenes: Presentaciones Dirigidas por Jóvenes para la Revisión Universal de Pakistán.

Rompiendo Barreras: Incidencia del Derecho a los Abortos Seguros en Filipinas.

Recursos del centro de difusión de conocimientos de DSSR de arrow 55-58

Recursos selectos de arrow 59-60

Definiciones 61-63

Ficha Técnica 64-68

¿DSSR fuera de las Negociaciones?

Equipo editorial y de producción

69

Publicado por el centro de recursos e investigación Asia-Pacífico para las mujeres

Defendiendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres



Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, A.C. REDLAC México

Traducido con el apoyo de la Fundación McArthur

ACCESO UNIVERSAL A LA SSR Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS DSSR: ¿Logrando lo imposible?

Por Sivanathi Thanenthiran

Directora Ejecutiva, ARROW

Email: siva@arrow.org.my

Twitter: @SivanathiT

El acceso universal a la salud sexual y reproductiva (SSR) y la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) son llamados ambiciosos que se hacen a los gobiernos, para que cumplan con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DSSR) de las personas en el mayor grado posible. Estos dos llamados se han capturado en diversas formas y medios en el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (PA-CIPD), la Plataforma de Acción de Beijing (PAB) en varias convenciones y acuerdos de derechos humanos y, actualmente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Para explorar totalmente el potencial y las posibilidades que los ODS tienen para nosotros para avanzar con nuestra agenda, necesitamos ver con detenimiento los obstáculos de años recientes.

Acceso universal a la SSR. Si consideramos el acceso universal a la SSR, el término abarca tres criterios importantes: qué, para quién y cómo. Remontándose a 1994, el PA de la CIPD¹ definió “qué” de la siguiente forma:

La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y

la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25,² incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones y cáncer del aparato reproductor, cáncer de mama, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva. (Párrafo 7.6).

Dentro del ámbito de los servicios de la salud reproductiva, el aborto se consideró polémico y constantemente se advertía “de conformidad con la ley” y “no es un método de planificación familiar”. Estas advertencias continúan estando presentes hasta el día de hoy. Dentro del rango de servicios, los servicios de salud sexual para las enfermedades comunes prevalentes (tales como clamidia, sífilis, gonorrea y VPH) se incluyeron dentro de las

condiciones de salud reproductiva y, como tal, se invisibilizaron, con la excepción del VIH y el SIDA.

El PA de la CIPD también recomendó que toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva debería ser un componente integral al nivel primario del sistema de atención médica: el nivel del sistema de atención médica al que tiene acceso la mayoría de la población. Sin embargo, la conformación de los sistemas primarios de atención médica en los diferentes países, y dentro de cada país, era desigual y se lograba con mayor facilidad en países con poblaciones más pequeñas, especialmente si estaban muy urbanizadas, y con menor facilidad en países con poblaciones más grandes y diversas.

El segundo criterio “para quién” también se estableció en el PA de la CIPD: todas las mujeres y hombres, incluyendo a las personas jóvenes, tanto a nivel individual como de pareja.

Si sondeamos el panorama de la prestación de servicios de salud, sabremos que el acceso universal continúa siendo un objetivo distante, especialmente para los pobres y los marginados que son quienes más lo necesitan. El llamado al acceso universal se ha visto obstaculizado en diferentes niveles y mediante diferentes fuerzas.*

El tercer criterio “cómo” ha sido un criterio determinante que modificó en gran medida qué servicios se ofrecerían y para quién. Por ende, este criterio amerita una mayor explicación.

editorial

En primer lugar, la premisa en la década de los 80 fue que los gobiernos deberían ofrecer servicios de salud como un derecho para todos sus ciudadanos. Alma Ata hizo un llamado a los gobiernos para que destinaran por lo menos el 7% de su presupuesto anual para prestar servicios de salud. Algunos países cumplieron cabalmente con tal modelo y, en gran medida, pudieron ofrecer una gama de modelos de prestación de servicios de salud (aunque no todos). China, por ejemplo, ha podido reducir la mortalidad materna e incrementar el acceso a la anticoncepción mediante inversiones en un sistema de salud controlado centralmente con un amplio alcance. Malasia, Singapur y Tailandia invirtieron en sus sistemas de salud a principio de la década de los 80 y el alcance era comparativamente bueno debido a que sus poblaciones eran relativamente menores en tamaño. En años recientes, Vietnam también ha podido hacer lo mismo.

...el acceso universal no era consistente entre y dentro de los diferentes países. Incluso en países que gozaban de buenos resultados de salud tal como se define en los indicadores de los ODS, aún existen grandes brechas para los indígenas, migrantes, los pobres y personas que viven en áreas de difícil acceso...

En países más grandes como Indonesia, Pakistán y Filipinas, a finales de la década de los 90, la salud se descentralizó hacia los gobiernos de las provincias, en lugar de presupuestarla, planearla e implementarla centralmente. Entonces, la descentralización de la salud quedó sujeta a los presupuestos y leyes locales y la gama y calidad de los servicios ofrecidos se hicieron divergentes. Las

personas que vivían en regiones más pobres experimentaron un acceso menor y cuando fue necesario hacer una priorización, los servicios de salud se minimizaron y la SSR se minimizó aún más. Las leyes y tradiciones religiosas locales contemplaban que, con el tiempo, los programas hacían énfasis en dejar espacio entre cada nacimiento y casi nunca se mencionaba una limitación a los nacimientos, ya que se consideraba que la cuestión de terminar con los nacimientos era un tabú religioso.

Sin embargo, a principios de los años 2000, el modelo pedía que los gobiernos cambiaran a uno que se basara en la privatización de los servicios de salud para permitir que varios proveedores ingresaran al mercado e introdujeran servicios a cambio de cuotas (que se tendrían que pagar del propio bolsillo o mediante diferentes esquemas de seguros). En años recientes, bajo el disfraz de las medidas de 'austeridad', los gobiernos se han retirado gradualmente del sector salud. Los gobiernos que ya estaban invirtiendo en todo un espectro de servicios no podían cortar los servicios por completo dado que esto implicaría el descontento político con la ciudadanía y tampoco expandieron sus servicios. Sin embargo, países más pobres que no habían podido invertir de forma importante en los servicios, y que dependían de los donantes para financiar el sector salud, tomarían otro rumbo.

En este panorama, el acceso universal no era consistente entre y dentro de los diferentes países. Incluso en países que gozaban de buenos resultados de salud tal como se define en los indicadores de los ODS, aún existen grandes brechas para los indígenas, migrantes, los pobres y personas que viven en áreas de difícil acceso, tal como lo demostraron las encuestas demográficas de salud y los datos de población. En ámbitos con recursos insuficientes, estos grupos

prácticamente no fueron considerados, dado que las brechas para los pobres, las personas en lugares rurales y con menos educación eran considerables^{3,4}.

En segundo lugar, el acceso universal debería significar tener acceso a una gama de servicios integrales durante el ciclo de vida de las personas. Sin embargo, incluso en países que habían invertido en construir sistemas de salud en los que la mayoría de los servicios estaban disponibles (aunque no todos), condiciones tales como las infecciones del sistema reproductivo y las infecciones de transmisión sexual (con la excepción del VIH) en gran medida se marginaron. Estos servicios a veces estaban disponibles únicamente mediante los canales de salud materna o de VIH y SIDA, lo cual resultó en que la mayoría de la población quedara fuera de la selección y el tratamiento. Además, el acceso a la información, la selección y el tratamiento para los cánceres reproductivos prácticamente no estaban disponibles para los pobres y los marginados, dado que era parte del tratamiento para la infertilidad. La morbilidad resultante de enfermedades tales como la fístula y el prolapso uterino no se mencionaban ni se abordaban. El acceso a los abortos seguros se volvió más restringido en países en los que el aborto es legal por varias causales: hubo interpretaciones más estrictas, lo que permitió que los prestadores de servicios recurrieran a cláusulas de 'objeciones de conciencia' y así negar servicios o referir casos de abortos, además los abortos definidos como 'abortos para seleccionar el sexo' fueron restringidos.

El enfoque de ciclo de vida tampoco era la norma para el servicio. Las mujeres con edades de 15 a 49 años (categorizadas como mujeres dentro del rango de edad reproductiva) recibieron mucha más atención en cuanto a los servicios anticonceptivos y de salud

maternal. La educación integral en sexualidad y los servicios de SSR para los jóvenes (especialmente las parejas que no estaban casadas) se desatendió incluso cuando representaban un grupo demográfico de gran tamaño. Las mujeres mayores a los 49 años de edad normalmente ni siquiera se seleccionaban para recibir información sobre el VIH ni se les hacía pruebas, dado que se consideraba que no eran sexualmente activas después de sus años reproductivos.

En tercer lugar, el acceso universal debería significar que todos los grupos de la comunidad pudieran tener acceso a cualquiera de estos servicios. Sin embargo, grupos como las personas jóvenes, mujeres solteras, personas LGBTIQ, trabajadoras y trabajadores sexuales y migrantes continuaban enfrentando innumerables barreras que surgían de las preferencias del sistema, actitudes de los prestadores de servicios, discriminación y estigmas al tratar de tener acceso a los servicios. El acceso universal también debería significar que los hombres y los niños fueran seleccionados para recibir información y servicios, pero la participación masculina en la anticoncepción ha seguido siendo nimia durante los últimos 30 años.

En cuarto lugar, varios países que se habían aventurado a adoptar políticas para la reducción de la fertilidad y que habían alcanzado una fertilidad inferior al reemplazo, ahora están enfrentando el 'espectro' de una población que envejece. Estos son países que cuentan con ingresos superiores, tales como Japón, Singapur y Corea del Sur y países de ingresos medios e inferiores, tales como China, Malasia y Tailandia. El segundo juego de países entonces intentó hacer una revisión de sus políticas y habilitar aumentos en las tasas de fertilidad totales (por ejemplo China relajó su política de solamente una

hija/o). La estructura de la población no solamente está determinada por la fertilidad, y las políticas de migración pueden habilitar la migración de jóvenes. Sin embargo, el discurso político nacional dominante que se basa en un nacionalismo etno-religioso muchas veces vinculaba a las mujeres de los grupos étnicos y religiosos dominantes a la reproducción por motivos de raza, religión y la nación y ocultaba el papel que la migración positiva podía desempeñar. Esto se ha visto en países tales como India y Sri Lanka.

...el acceso universal debería significar que todos los grupos de la comunidad pudieran tener acceso a cualquiera de estos servicios. Sin embargo, grupos como personas jóvenes, mujeres solteras, personas LGBTIQ, trabajadoras y trabajadores sexuales y migrantes continuaban enfrentando innumerables barreras...

En quinto lugar, aunque el llamado fue para el acceso universal para la salud sexual y reproductiva y la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos, hubo mucho más énfasis por parte de los gobiernos y los donantes en la prestación de servicios de salud reproductiva y para el VIH y el SIDA, en comparación con establecer y afirmar los derechos sexuales y reproductivos.

Tanto la SSR y los DSR son esenciales y se refuerzan el uno al otro. Aunque la reducción en las desigualdades de salud tendrían un mayor impacto en las mujeres (porque las mujeres están representadas desproporcionadamente entre los pobres), las décadas recientes nos han demostrado que esto por sí mismo no es suficiente. La perpetuación

de problemas 'polémicos' (tales como la mutilación genital femenina o MGF, matrimonios infantiles, acceso a servicios de aborto seguros, acceso a anticonceptivos y servicios sexuales seguros para personas no casadas) son resultado de no haber tenido una inversión igual en el lado de de los derechos sexuales y reproductivos dentro del trabajo efectuado por los gobiernos y los donantes. Una mayor inversión en los derechos sexuales y reproductivos habría reforzado el respeto hacia la capacidad de agencia y la toma de decisiones de las mujeres dentro de los servicios de SSR, porque la subyugación de las mujeres en todas las sociedades ha significado que muchas veces sean invisibles como portadoras de derechos y la capacidad de ejercer derechos difiere en los diferentes grupos de mujeres de acuerdo con el privilegio social⁵. Utilizar el lente de la 'salud' como la óptica primaria para los DSSR también ha significado el surgimiento de prácticas de políticas ridículas, tales como la medicalización de la circuncisión femenina en hospitales para que cumpla con ser "saludable".⁶

Universalidad de los DSR. Esto nos lleva a otro paradigma clave de nuestra agenda: la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos. Esto implica respetar, reconocer y cumplir con los derechos sexuales y reproductivos, no solamente para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas, sino también para concretar la autonomía y la integridad del cuerpo y habilitar la capacidad de agencia y el albedrío de los individuos. Nos dice que incluso con una gran inversión en la planificación familiar y los servicios de salud materna, aún hay deferencia hacia el consentimiento conyugal y de los padres para obtener los servicios⁷. También existe una necesidad constante para legitimar los servicios de planificación familiar al garantizar

editorial

la aceptación comunitaria mediante líderes religiosos. En este aspecto, los indicadores dentro de los ODS sobre la igualdad de género correspondientes a la MGF, matrimonios infantiles, violencia sexual y los derechos reproductivos, son útiles y nos pueden ayudar a mover la agenda dado que ahora los gobiernos deberán monitorear estas cuestiones y reportar sobre las mismas.

Sin embargo, el futuro para alcanzar la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos parece turbio, dado que el pasado se construyó sobre arenas movedizas.

... aunque el llamado fue para el acceso universal para la salud sexual y reproductiva y la universalidad de los derechos sexuales y reproductivos, hubo mucho más énfasis por parte de los gobiernos y los donantes en la prestación de servicios de salud reproductiva y para el VIH y el SIDA en comparación con establecer y afirmar los derechos sexuales y reproductivos.

En primer lugar, en todos los documentos y acuerdos internacionales, incluyendo las convenciones de derechos humanos, se le hace una consideración a la soberanía nacional y el logro está sujeto a las respectivas religiones y tradiciones de los países. Esto ha sido un obstáculo para garantizar la igualdad de género dentro de la familia y posibilitar que las mujeres, los jóvenes y las minorías sexuales, raciales y religiosas alcancen sus derechos sexuales y reproductivos. Incluso en la unidad más básica de la sociedad, la familia, es un lugar donde la desigualdad de género se manifiesta incontrolablemente: la violencia, incluyendo la violencia sexual, es común;

las inclinaciones a la asignación de recursos actuales y futuros (incluyendo alimentos, educación, ocio) y también herencias están sesgadas a favor de los hombres y los niños; la libertad para contraer matrimonios múltiples y divorcios todavía está dominada por los hombres (especialmente en países con leyes religiosas); y prácticas, tales como matrimonios infantiles y la MGF, se efectúan en la unidad familiar. Por ende, garantizar la autonomía individual y la integridad corporal implicará cambiar prácticas muy arraigadas dentro de la institución de la familia.

En segundo lugar, es la misma institución de la familia la que ha llegado a ser defendida vigorosamente por parte de grupos políticos nacionalistas, que aparentemente dominan el discurso político en todos los países. Los cambios en la institución de la familia para garantizar la igualdad (tal como garantizar una herencia equitativa de tierras u otros recursos, derecho al divorcio y pensión, cambiar los roles del trabajo de cuidados dentro de la familia, garantizar el derecho unilateral de las mujeres para tener acceso a los DSSR) se consideran como una amenaza para la institución de la familia y como algo que debilita el derecho a practicar sus tradiciones y religiones dentro de sus familias. Esto significa que las familias y las comunidades continúan dominadas por los hombres a pesar de los cambios en los logros de la educación y la participación de la fuerza laboral por parte de las niñas y las mujeres.

La incidencia a nivel nacional y regional se debe fortalecer, haciendo énfasis en la rendición de cuentas y cooperación Sur-Sur y regional conforme los recursos de los donantes disminuyen (después de que

Trump destruyó el presupuesto) y quitó prioridad a la región. Es necesario sumar esfuerzos para defender la agenda de los derechos sexuales y reproductivos y garantizar que la prestación de servicios de SSR esté apuntalada con los derechos de las mujeres y los derechos humanos.

En tercer lugar, en estos discursos, la sexualidad está limitada al marco del matrimonio y la familia y que la actividad sexual fuera de éste, todavía se considera 'ilegal'. El propósito del sexo es la reproducción y el sexo que no tiene ese propósito también se considera ilegal. Por tanto, el sexo premarital está censurado y penado, al igual que el sexo homosexual. Los mismos padres y madres de familia que no tuvieron una educación integral en sexualidad muchas veces malinterpretan y censuran el contenido, presionan a las autoridades escolares y locales y a las autoridades gubernamentales locales y nacionales para que eliminen dichos programas. La 'rehabilitación' de los homosexuales es un programa llevado por autoridades y grupos religiosos, tal como se ha visto en Indonesia y Malasia. Esto no pinta bien particularmente para los derechos sexuales y reproductivos de personas jóvenes, minorías sexuales y mujeres con percepciones fuera de los estereotipos ("no conformes").

En cuarto lugar, existe una clara intención por parte de grupos etno-religiosos para dismantelar los marcos seculares y legales para que cumplan con las leyes religiosas y tradicionales dentro de los países para fortalecer la identidad religiosa nacional. Por tanto, las garantías nacionales, que defienden la igualdad y la toma de decisiones equitativa

de las mujeres, se diluyen y luego se reinterpretan mediante otras políticas. En la última década, hemos visto cómo se aplican códigos de vestimenta y toques de queda para mujeres y niñas en la India y Aceh, Indonesia. Los códigos de vestimenta y los toques de queda son códigos para el control social y sexual de las mujeres.

Tenemos mucho camino por recorrer para lograr que los gobiernos reconozcan, respeten y cumplan totalmente con los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Si efectivamente vamos a lograr esto para 2030 de acuerdo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, tenemos que ser estratégicos e intensificar nuestros esfuerzos. La incidencia a nivel nacional y regional se debe fortalecer, haciendo énfasis en la rendición de cuentas y cooperación Sur-Sur y regional conforme los recursos de los donantes disminuyen (después de que Trump destrozó el presupuesto) y quitó prioridad a la región. Es necesario sumar esfuerzos para defender la agenda de los derechos sexuales y reproductivos y garantizar que la prestación de servicios de SSR esté apuntalada con los derechos de las mujeres y los derechos humanos.

Notas y Referencias

- 1 UNFPA, *International Conference on Population and Development Programme of Action*, Edición del Vigésimo Aniversario, 2014, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
- 2 El párrafo 8.25 del PA de la CIPD declara: "En ningún caso se debe promover el aborto como un método de planificación familiar. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a que fortalezcan su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de servicios de más amplitud y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad de aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzca en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación, y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de abortos".
- 3 T.K. Sundari Ravindran, "Lao PDR", en *Reclaiming and Redefining Rights: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia*, Serie Temática 2 (Kuala Lumpur: ARROW, 2011), 41-56, <http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2015/09/THEMAT1.pdf>.
- 4 "La falta de capacidad a niveles locales, mala planeación, financiamiento inadecuado y sistemas de salud mal desarrollados son limitantes severas que deben solucionarse en materia de la descentralización y los servicios de SSR". Ver: T.K. Sundari Ravindran y Helen de Pinho (eds.), *The Right Reforms?, Health Sector Reform and Sexual and Reproductive Health* (Johannesburgo: Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Sudáfrica, 2005).
- 5 W.A. Rogers "Feminism and Public Health Ethics", *Journal of Medical Ethics*, 32, no. 6 (2006): 351-354, <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.013466>.
- 6 G.I. Serour, "Medicalisation of Female Genital Mutilation/Cutting", *African Journal of Urology* 19, no. 3 (2013): 145-149, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S110570413000271>.
- 7 CRR y UNFPA, "Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents", Documento Informativo (Nueva York, CRR y UNFPA, 2010), <http://www.unfpa.org/resources/rights-contraceptive-information-and-services-women-and-adolescents>

CAÓTICO, AISLACIONISTA Y ANTI-MUJERES: la Administración de Trump y los DSSR

El inicio de la Administración de Trump ha sido desestabilizante, desmoralizante y devastador para la democracia y la trayectoria de los derechos y la salud sexual y reproductiva (DSSR) en Estados Unidos y a nivel mundial. Los recortes de presupuesto propuestos por la administración para la planificación familiar, el corte al financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la ley mordaza global (LMG, por sus siglas en inglés) contribuye a una agenda conservadora global que ataca las diversas instituciones democráticas, le pone un alto a los avances a la salud reproductiva global y pone en riesgo la salud y las libertades civiles de las mujeres. En medio de este caos político, los donantes nacionales y gubernamentales, los financiadores y la sociedad civil deben apearse a sus propias prioridades. La defensa del aborto, los derechos humanos y las necesidades de las mujeres durarán mucho más tiempo que esta administración destinada al fracaso.

La Ley Mordaza Global Expandida. En 1984, Reagan anunció la política de la Ciudad de México (MCP, por sus siglas en inglés), también conocida como la Ley Mordaza Global (LMG), una política que prohibía que los fondos estadounidenses internacionales de planificación familiar se destinaran a cualquier organización no estadounidense que proporcione, refiera, asesore o defienda el “aborto como un método de planificación familiar”. Esta frase está definida en la guía de la política para los propósitos de espaciar nacimientos y excluye el aborto en casos de violación, incesto y cuando

la vida esté en riesgo. Generalmente, la regla se aplica durante las presidencias republicanas y se rescinde durante las presidencias demócratas.

La LMG es una restricción de expresión y va más allá de lo que se puede y no se puede hacer con dinero estadounidense. Restringe la forma en la que una organización proporciona servicios y también qué causas defienden los gobiernos y la sociedad civil. Durante las últimas tres décadas, ha habido varias impugnaciones y ninguna ha tenido éxito¹.

Como una de sus primeras acciones en el puesto, Trump firmó un memorándum presidencial el 23 de enero de 2017 para reactivar la LMG tal como sucedió con la Administración de Bush. El memorándum entonces le instruye al Secretario de Estado que lleve a cabo un proceso para expandir la LMG a “toda la asistencia médica global”². El memorándum presidencial hace un llamado a agencias tales como USAID para crear guías y condiciones estandarizadas que se reflejen en los contratos e implementar esta política.

Aunque esta siempre ha sido una política fallida y dañina, la LMG de Trump es diferente en varias formas³. El mundo ha cambiado, más de 40 países han liberalizado sus leyes de aborto desde 1984^{4,5}. Esto significa que la LMG se convierte en la excepción y arrastra consigo a los países y a los ciudadanos y les impide llegar al lugar al que desean llegar. Además, los sistemas globales de salud han cambiado y gran parte de los donantes y la sociedad civil se han

Por Beirne Roose-Snyder

Directora de Políticas Públicas, Centro para la Salud y la Equidad de Género (CHANGE)
Email: broosesnyder@genderhealth.org

enfocado en programas, integración y apropiación nacional para las mujeres⁶.

En marzo de 2017, la primera fase de la LMG de Trump se emitió mediante estipulaciones estándares de la Oficina de USAID para la Población y la Salud Reproductiva. El Secretario de Estado Rex Tillerson anunció y aprobó la segunda fase el 15 de mayo de 2017, la cual expandió la LMG al resto de la asistencia médica global.

El mundo ha cambiado, más de 40 países han liberalizado sus leyes de aborto desde 1984. Esto significa que la LMG se convierte en la excepción y arrastra consigo a los países y a los ciudadanos y les impide llegar al lugar al que desean llegar.

Con un nuevo nombre: “Protegiendo la Vida en la Asistencia Médica Global”, la expansión LMG incluye financiamiento para programas de salud internacionales tales como VIH, salud materno-infantil, malaria, planificación familiar y Zika. La LMG de Trump aplica a casi nueve mil millones USD, en comparación con aproximadamente 600 millones USD en fondos de planificación familiar bajo el mandato de otros presidentes republicanos anteriores⁷.

La LMG establece la dicotomía de dos tipos de organizaciones en el universo de la salud global: aquéllos que toman los fondos estadounidenses y los que no, y por lo tanto puede proporcionar

abortos o referir casos de aborto a otros médicos, asesoría para una amplia gama de opciones de embarazo y tener incidencia en contra de los cambios en las leyes relacionadas con la mortalidad materna como un método de planificación familiar.

Es difícil siquiera comenzar a formular hipótesis sobre los impactos globales de la LMG de Trump, aunque sí podríamos esperar dos tipos de impactos generales: la interrupción de servicios y vínculos. Aunque no contamos con información detallada sobre el impacto de la LMG en la salud y la sociedad civil, la LMG se ha asociado con un acceso restringido a la anticoncepción⁸, un aumento en los abortos (que en este contexto son en su mayoría partos riesgosos)⁹, una obstrucción en la distribución de condones¹⁰ y el cierre de clínicas.

Los lugares más obvios en los que se espera ver la desintegración de servicios son los lugares en los que Marie Stopes International (MSI) e International Planned Parenthood Federation (IPPF) ha estado proporcionando servicios con fondos estadounidenses, dado que su ética organizacional dicta que no certifican la LMG de Trump. MSI escribió que pocos meses después del devastador terremoto de Nepal en abril de 2015, usaron la asistencia estadounidense para ofrecer 2843 exámenes médicos generales y ginecológicos, 586 implantes anticonceptivos, 355 kits para partos seguros y 886 visitas pre y post natales para mujeres y sus infantes¹¹. Si estuvieran financiadas mediante la asistencia médica estadounidense, estos servicios de MSI quedarán eliminados bajo la LMG¹².

Esta retirada de la planificación familiar impactaría por lo menos a 40 naciones directamente, incluyendo

pérdidas por 27.0 millones USD en Bangladesh, 14 millones USD en anticonceptivos en India y 18 millones USD en Filipinas.

La interrupción menos obvia y más artera será la interrupción en los vínculos y la incidencia. Los defensores están trabajando arduamente muchas veces bajo condiciones sumamente difíciles o peligrosas para abordar las leyes de mortalidad materna y abortos seguros en todo el mundo. Varios países, tales como Kenia y Suazilandia, recientemente se han liberalizado mediante sus constituciones, lo cual significa que sus leyes despenalizan el aborto o crean más casos en los que es legal. Otros, como Camboya y Mozambique, cuentan con leyes que han evolucionado desde la política original de Reagan. La ley en Indonesia cambió en 2009 para permitir el aborto para salvar la vida de una mujer, en casos de violación o en caso de un impedimento fetal severo.

Cambios recientes en la Asistencia de Desarrollo estadounidense.

Se debe entender que las otras políticas internacionales de la administración de Trump sobre los DSSR no se basan en evidencias, sino en los cimientos de una falsa escasez que afecta más a quienes ya están marginados.

El 23 de mayo de 2017, el presidente Trump lanzó su propuesta de presupuesto para el año fiscal 2018, "Nuevos Cimientos para la Grandeza de Estados Unidos". Aunque los defensores de la sociedad civil dirigirán su atención al Congreso de Estados Unidos para asegurarse de que estos recortes nunca sucedan, las acciones de la administración de Trump dan a entender una política aislacionista. En las líneas del financiamiento que impactan los DSSR, veremos una reducción del 17%

destacados

en el Fondo Global, un recorte del 11% en el acuerdo bilateral PEPFAR, un recorte bilateral de 65 millones USD para la salud materno-infantil y la eliminación completa del financiamiento a la planificación familiar internacional¹³. Esta retirada de la planificación familiar impactaría por lo menos a 40 naciones directamente, incluyendo pérdidas por 27.0 millones USD en Bangladesh, 14 millones USD en anticonceptivos en India y 18 millones USD en Filipinas¹⁴.

El 30 de marzo de 2017, la administración de Trump adoptó una resolución que desfinanció al UNFPA¹⁵. La retirada de UNFPA fue inmediata y no requiere de aprobación parlamentaria. Debido a que el corte de financiamiento es una acción motivada políticamente que no se basa en ninguna información nueva o hallazgos, será prácticamente no-reversible hasta que haya un nuevo presidente dispuesto a adoptar una nueva resolución. Aunque está permitido por una parte específica de la legislación y está motivado por ideologías específicas que van en contra de la planificación familiar, el corte del financiamiento del UNFPA se debería considerar como el precursor de una nueva resistencia para (y el malentendimiento de) los multilaterales. Se han filtrado propuestas ejecutivas que proponen grandes recortes a las contribuciones de la ONU en todas las agencias.

Un aterrador ataque por parte de la administración de Trump hacia los DSSR es la cooptación del lenguaje del 'empoderamiento de género', desprovisto de todas las relaciones con las políticas e inversiones en planificación familiar, maternidad segura, abortos y derechos sexuales que le dan significado. En los primeros meses de la administración se organizó un evento para mujeres emprendedoras de alto perfil con los canadienses¹⁶, y la representación oficial de la administración por parte de Ivanka

destacados

Trump en la Cumbre W20, en donde no comunicó las políticas o creencias de su padre, sino cómo la trata a ella¹⁷. Estas acciones sucedieron simultáneamente a la inclusión del Centro para la Familia y los Derechos Humanos (C-Fam), un grupo de odio con posturas extremas anti-aborto y anti-LGBTIQ como parte de la sociedad civil en la delegación oficial estadounidense para la Comisión de la ONU sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW, por sus siglas en inglés)¹⁸.

Vemos una cooptación similar de lenguaje de la administración Trump en los derechos LGBTIQ y la violencia de género (GBV, por sus siglas en inglés). La embajadora estadounidense en la ONU Nikki Haley habló sobre las horripilantes violaciones a los derechos humanos de los hombres gay en Chechenia y al mismo tiempo debilitó los cuerpos internacionales y el marco de los derechos sexuales que los apoyan como individuos¹⁹. Su inclinación al hacerlo debería ponernos a pensar a todos. El peligroso mal uso de la retórica anti GBV, aunada al aislacionismo y la islamofobia, se pueden apreciar en el texto de las prohibiciones musulmanas de la administración (acciones que por sí mismas debilitan los compromisos centrales con la comunidad global y que actualmente defienden los tribunales estadounidenses). El texto operativo de las dos órdenes ejecutivas implica la necesidad de una recopilación de datos para los GBV perpetrada por nacionales extranjeros en Estados Unidos. Este uso de la GBV para promover la islamofobia alimenta una falsa narrativa que dice que la GBV es específica de los musulmanes o únicamente de países no occidentales.

La Respuesta del Mundo. Ante un cambio tan drástico en los DSSR globalmente, ¿qué se puede hacer?

Con una administración estadounidense tan catastróficamente divergente

del status quo y la estructura de la universalidad proporcionada por la Agenda 2030, se podría ver como una oportunidad para que las activistas feministas interrumpieran el paradigma del desarrollo. Las prerrogativas de los gobiernos donantes y las estructuras neo-coloniales del poder que mantienen han tenido impactos desproporcionados y dañinos en la creación de una sociedad civil robusta y resistente y en gobiernos que establecen y mantienen sus propias prioridades²⁰.

Aunque las soluciones a largo plazo se pueden acelerar debido a la caótica administración de Trump, es probable que el vacío del liderazgo financiero y político tenga un impacto desproporcionado en poblaciones ya marginadas, tales como trabajadoras y trabajadores sexuales, niñas adolescentes y mujeres jóvenes, quienes normalmente no son prioridades en sus gobiernos. Adicionalmente, vimos cómo la administración Bush envió una entrada de fondos a algunas ONG socialmente conservadoras y religiosas, lo cual socavó la prestación de servicios (para poblaciones como los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales y mujeres solteras y ciertos productos como condones, anticonceptivos modernos y anticoncepción de emergencia) y crearon un ambiente hostil que sigue teniendo un impacto muy grande en países como Kenia y Uganda. Los donantes no pueden simplemente llenar la brecha de productos y dejar que la sociedad civil se vuelva a hundir en más hostilidad.

Los gobiernos donantes, incluyendo nuevos mecanismos de apoyo como *She Decides*, buscarán llenar las brechas en la prestación de servicios, dejadas por las inversiones abandonadas por Estados Unidos. Aunque cuatro años es un periodo corto en términos políticos, es un periodo insoportablemente largo en las necesidades anticonceptivas, post-

violación y antirretrovirales de mujeres y niñas en todo el mundo.

Otros donantes y gobiernos donantes también deben inyectar fondos y apoyo a las organizaciones para la incidencia dentro de los países. Las coaliciones que abordan la mortalidad materna, abortos inseguros y los derechos de las poblaciones marginadas ya están comenzando a peligrar cuando intentan evaluar qué significa 'incidencia' dentro de la LMG, quién puede continuar involucrado y qué es lo que esto significa para él, el impulso de la incidencia y las coaliciones. En ambientes de incidencia ya con pocos fondos, los grandes proyectos de rendición de cuentas apoyados por Estados Unidos se convertirán en veneno y otros gobiernos deberán ponerse a la altura e intervenir. Debemos asegurarnos de que las coaliciones para la incidencia no se estén desmoronando y debemos asegurarnos de que sean capaces de mantener su incidencia para hacer frente a los requisitos estadounidenses.

Con una administración estadounidense tan catastróficamente divergente del status quo y la estructura de la universalidad proporcionada por la Agenda 2030, se podría ver como una oportunidad para que las activistas feministas interrumpieran el paradigma del desarrollo. Las prerrogativas de los gobiernos donantes y las estructuras neo-coloniales del poder que mantienen han tenido impactos desproporcionados y dañinos en la creación de una sociedad civil robusta y resistente y en gobiernos que establecen y mantienen sus propias prioridades.

Aunque cuatro años es un periodo corto en términos políticos, es un periodo insoportablemente largo en las necesidades anticonceptivas, post-violación y antirretrovirales de mujeres y niñas en todo el mundo.

Para los defensores y los proveedores, este es un momento vital para expandir el acceso legal. Otros financiadores y gobiernos deben promover la estrechez en la implementación de la LMG y asegurarse de que existe el apoyo legal para ONG de todo tipo que deseen navegar por la restricción sin sobreimplementarla. Otros defensores de los DSSR pueden reducir el daño a las relaciones que conforman el tejido de la sociedad civil al proporcionar espacios seguros para el aprendizaje, el intercambio y el mantenimiento/construcción de relaciones.

Como personas y organizaciones, debemos apoyar a nuestros colegas y socios, independientemente de que reciban o no fondos estadounidenses. Debemos construir nuevas relaciones y compartir el trabajo, hay mucho trabajo para repartir y no podemos comportarnos como solíamos hacerlo y esperar nuevos resultados. En medio de una política DSSR tan caótica y cruel, encontraremos nuevas formas de pensar y nuevas formas de responder.

Notas y referencias

- 1 Center for Health and Gender Equality (CHANGE), "Policy Brief: Impact of the Global Gag Rule on Women's Health" (Washington DC: CHANGE, 2017, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/LMG_Fact_Sheet_UPATED_March_7_2017.pdf).
- 2 Oficina Estadounidense del Secretario de Prensa, "Presidential Memorandum Regarding the Mexico City Policy", 23 de enero, 2017, <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2017/01/23/presidential-memorandum-regarding-mexico-city-policy>.
- 3 US State Department "Protecting Life in Global Health Assistance, Fact Sheet", 15 de mayo, 2017, <https://www.state.gov/r/pa/prs/ps/2017/05/270866.htm>.
- 4 Center for Reproductive Rights (CRR), *Abortion Worldwide: 20 years of Reform*, (Nueva York: CRR, 2014), https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf.
- 5 Anika Rahman, Laura Katzive y Stanley K. Henshaw, "A Global Review of Laws on Induced Abortion", *International Family Planning Perspectives* 24, no. 2 (1998): 60, <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/06/global-review-laws-induced-abortion-1985-1997>.
- 6 Center for Health and Gender Equity, "SRHR and the U.S. Health Initiative", 2011, http://www.genderhealth.org/files/uploads/change/publications/SRHR_and_GHI_CHANGE_2011F.pdf.
- 7 Center for Health and Gender Equity, "Policy Brief: Impact of the Global Gag Rule on Women's Health".
- 8 Sneha Barot y Susan A. Cohen, "The Global Gag Rule and Fights Over Funding UNFPA: The Issues That Won't Go Away", *Guttmacher Policy Review* 18, No. 2 (2015): 27-33, <https://www.guttmacher.org/gpr/2015/06/global-gag-rule-and-fights-over-funding-unfpa-issues-wont-go-away>.
- 9 Eran Bendavid, Patrick Avila y Miller, "United States Aid Policy and Induced Abortion in Sub-Saharan Africa", *Bulletin of the World Health Organization* 12 (2001): 873-880, <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/12/11-091660/en/>.
- 10 Mehlka Hoodbhoy, Martin S. Flaherty y Tracy E. Higgins, "Exporting Despair: The Human Rights Implications of U.S. Restrictions on Foreign Health Care Funding in Kenya", *Fordham International Law Journal* 29, no. 1 (2005): 1-126, <http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1998&context=ilj>.
- 11 Marie Stopes International (MSI), "The US Presidential Election: What Will It Mean for the Women We Serve?", 9 de noviembre, 2016, <https://www.maristopes-us.org/2016/us-funding-international-family-planning/>
- 12 MSI, "The Mexico City Policy: A World Without Choice" (London: MSI, 2017), <https://www.maristopes-us.org/wp-content/uploads/2017/01/Mexico-City-Policy-A-World-Without-Choice.pdf>
- 13 De acuerdo con la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget), "El presupuesto logra más ahorros al eliminar la cuenta para el financiamiento de los Programas Globales de Salud para los programas de planificación familiar, una reducción de 523 millones USD por debajo del nivel CR 2017... otros interesados deben hacer más para contribuir con su parte justa a las iniciativas globales de salud". Oficina de Administración y Presupuesto, *Major Savings and Reforms: Budget of the U.S. Government Fiscal Year 2018* (Washington: US Government Publishing Office, 2017), 70, <https://www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/omb/budget/fy2018/msar.pdf>.
- 14 Kaiser Family Foundation, "U.S. Funding for International Family Planning and Reproductive Health", 2016, <http://files.kff.org/attachment/issue-brief-u-s-funding-for-international-family-planning-reproductive-health>.
- 15 Kaiser Family Foundation, "UNFPA Funding & Kemp-Kasten: An Explainer", 12 de mayo, 2017, <http://kff.org/global-health-policy/fact-sheet/unfpa-funding-kemp-kasten-an-explainer/>.
- 16 "Empowering Female Leadership", Casa Blanca, 15 de febrero, 2017, <https://www.whitehouse.gov/blog/2017/02/14/establishment-canada-united-states-council-advancementwomen-entrepreneurs>.
- 17 Alison Smale, "Ivanka Trump Is Jeered in Berlin After Defending Her Father", *The New York Times*, 25 de abril, 2017, <https://www.nytimes.com/2017/04/25/world/europe/ivanka-trump-is-jeered-in-berlin-after-defending-her-father.html>.
- 18 Christina Cauterucci, "Trump Sends Hate Group Leader to U.N. Women's Commission, Echoing George W. Bush", *Slate*, 16 de marzo, 2017, http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2017/03/16/trump_sends_hate_group_leader_to_u_n_women_s_commission_echoing_george_w.html.
- 19 "Statement from U.S. Ambassadors Nikki Haley on Reports on Detentions and Killings in Chechnya", 17 de abril, 2017, <https://usun.state.gov/remarks/7770>.
- 20 Margarita Aguinaga, Miriam Lang, Dunia Mokrani y Alejandra Santillana. "Development Critiques and Alternatives: A Feminist Perspective", *Beyond Development: Alternative Visions from Latin America*, eds. Miriam Lang and Dunia Mokrani (Amsterdam: Rosa Luxemburg Foundation and Transnational Institute, 2013), 41-59, https://www.tni.org/files/download/beyonddevelopment_critiques.pdf.

ACUERDOS COMERCIALES, ODS Y ACCESO UNIVERSAL A LOS DSSR

Por Kajal Bhardwaj

Abogada, India

Email: kobo@yahoo.com

En 2015, todos los miembros de la ONU se comprometieron a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030¹. El objetivo 3 se compromete a “garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades”. La meta 3b crea un vínculo fundamental entre lograr esta meta y la implementación de acuerdos comerciales, particularmente aquellos en los que las obligaciones de la propiedad intelectual tengan un impacto en la salud pública. Requiere que los países:

Apoyen las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

Los ODS se acordaron hace dos décadas después de que entró en vigor el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial del Comercio (OMC). TRIPS requiere que todos los países miembro de la

OMC otorguen patentes de 20 años en todas las áreas de tecnología, incluyendo productos farmacéuticos como los medicamentos². Para 2005, todos los países en vías de desarrollo miembros de la OMC implementaron este requerimiento, mientras que los Países Menos Desarrollados (PMDs) tienen hasta el 2033 para hacerlo.

La exclusividad que da una patente normalmente resulta en un monopolio y en precios elevados para los medicamentos, lo cual es una preocupación que se expresa claramente en el objetivo 3b. En el contexto de los derechos y la salud sexual y reproductiva (DSSR), se ha argumentado que la “industria farmacéutica juega un papel muy importante en la falta de acceso a medicamentos esenciales para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, por a) invertir en productos debido a razones de rentabilidad a pesar de su impacto negativo en la salud (p. ej. La terapia de reemplazo hormonal), b) comercializar nuevos medicamentos esenciales a precios más allá del alcance de los países que más los necesitan (p. ej. vacunas VPH) y c) no lograr invertir en el desarrollo de nuevos productos (p. ej. microbicidas y pastillas para aborto médico)”³. Los acuerdos comerciales y las patentes ciertamente están implícitos en estas barreras para el acceso y la innovación.

Aunque los ejemplos del tratamiento VIH y el tratamiento del cáncer de mama se detallan a continuación, el impacto de la protección de patentes en otras enfermedades y condiciones críticas

de los DSSR también se ha sentido, por ejemplo, en la búsqueda de vacunas VPH asequibles⁴ y un tratamiento asequible para los cánceres cervicales y de próstata⁵.

Durante la última década, la crisis en la investigación y desarrollo (ID) de fármacos se ha vuelto evidente; la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública encontró poca evidencia de que la implementación de TRIPS en países en vías de desarrollo impulse significativamente la ID en enfermedades que afectan predominantemente a países en vías de desarrollo⁶. La falta de ID en la salud reproductiva y materna es un ejemplo de esto⁷. La falta de nuevos tratamientos para tratar la gonorrea, que cada vez es más resistente, es otro ejemplo. De acuerdo con la OMS, “el desarrollo de nuevos antibióticos no es muy atractivo para las compañías farmacéuticas comerciales. Los tratamientos se toman únicamente durante periodos de tiempo cortos (a diferencia de los medicamentos para enfermedades crónicas) y se vuelven menos eficaces conforme se desarrolla una resistencia, lo cual significa que el suministro de nuevos fármacos debe reabastecerse constantemente”⁸. La OMS y la iniciativa para las Enfermedades Desatendidas (DNDi, por sus siglas en inglés) ahora han lanzado una Sociedad Global para la Investigación y Desarrollo de Antibióticos (GARDP, por sus siglas en inglés) para abordar la ID para tratar la sepsis neonatal, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) resistentes a los fármacos y antibióticos pediátricos con

propuestas de acceso con el propósito de desvincular el costo de la ID del precio del producto⁹.

Patentes, Flexibilidades TRIPS y

Tratamiento VIH. Cinco años después de la creación de la OMC, la epidemia del VIH explotó en toda África, Asia y América Latina. El más bajo costo para los anti retrovirales (ARVs) ofrecido por los titulares de las patentes, normalmente compañías farmacéuticas multinacionales (CFMs) para pacientes en países en vías de desarrollo, era de aproximadamente 1,000 USD al año. En 2001, una compañía india de medicamentos genéricos anunció que podía ofrecer ARVs de primera línea por menos de un dólar al día. La competencia posterior entre las compañías de medicamentos genéricos ocasionó mayores reducciones en el precio que fueron cruciales para proporcionar ARVs de bajo costo y ampliar los programas de tratamiento del gobierno a nivel mundial (Ver gráfica 1).

Posteriormente ese mismo año, en noviembre de 2001, todos los miembros de la OMC firmaron la Declaración Doha de TRIPS y la Salud Pública, la cual establecía

que “el Acuerdo (TRIPS) puede y debe ser interpretado e implementado a manera de apoyo para el derecho de los miembros de la OMC para proteger la salud pública y, en particular, para promover el acceso a los medicamentos para todos”¹⁰. Lo que reiteraba la Declaración Doha fue el derecho que tienen los países para usar garantías en el Acuerdo TRIPS, también conocidas como las flexibilidades TRIPS, para garantizar el acceso a los medicamentos, a pesar del requerimiento para otorgar patentes de 20 años.

Son estas flexibilidades a las que se hace referencia en la Meta 3.b.

La firma de la Declaración Doha se necesitó debido a las dificultades cada vez mayores que enfrentaban muchos países en vías de desarrollo para tener acceso a ARVs genéricos debido a los requerimientos de TRIPS y debido a las amenazas de acciones legales por parte de las CFMs y de sanciones comerciales y disputas por parte de países desarrollados¹¹. En 1999, las modificaciones efectuadas en la Ley de Medicamentos de Sudáfrica para permitir importaciones paralelas de

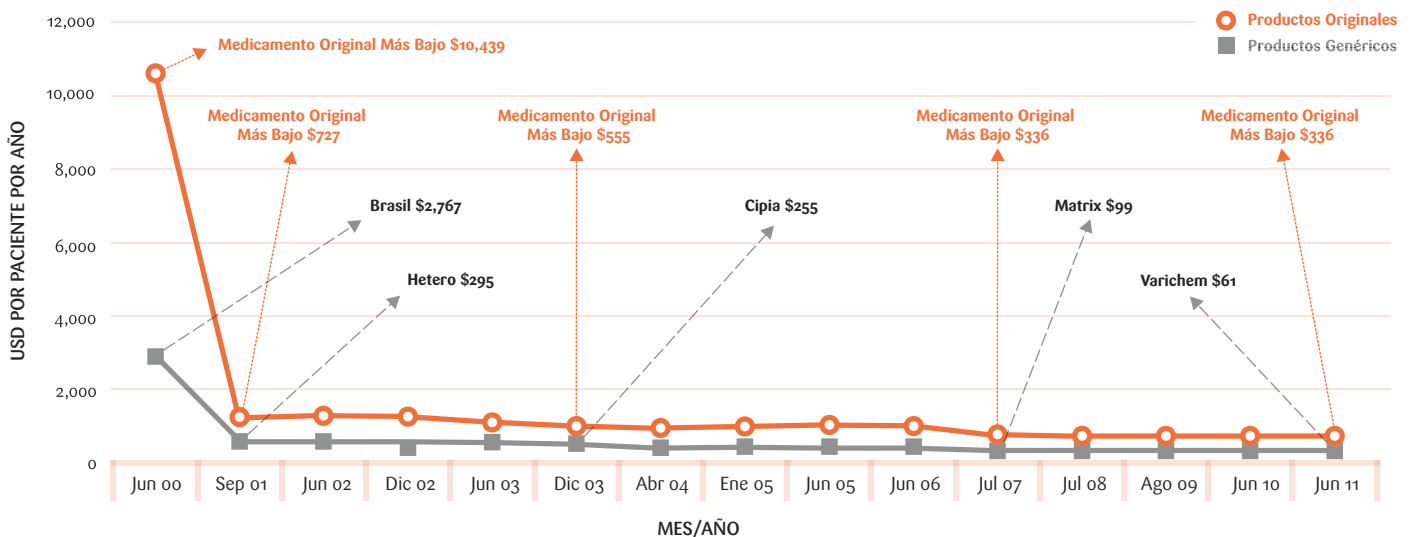
destacados

medicamentos genéricos resultaron en la presentación de una demanda por parte de 39 compañías farmacéuticas. La indignación global ocasionada por el caso resultó en que dicha demanda fuera retirada en 2001 y en la firma de la Declaración Doha ese mismo año.

Varios países en vías de desarrollo cada vez usan más las flexibilidades TRIPS para garantizar su acceso a los ARVs. Tailandia emitió licencias obligatorias en 2007 y 2008 para tener acceso a los ARVs como efavirenz y lopinavir/ritonavir y medicamentos contra el cáncer y para enfermedades cardíacas¹². La ley de patentes de la India usa otra flexibilidad TRIPS: criterios estrictos para pacientes, los cuales restringen la “perennidad (evergreening)”¹³ y no otorga patentes para nuevas formas de medicamentos anteriores, a menos que demuestren un gran aumento en su eficacia. Por ejemplo, una solicitud de patente para el jarabe nevirapina, un medicamento clave VIH de primera línea, que ya existía en forma de tableta pero cuya forma de jarabe es importante para el tratamiento de niños con VIH, se rechazó. La mayoría de los ARVs de primera y segunda línea están

GRÁFICA 1: COMPETENCIA GENÉRICA COMO CATALIZADOR PARA LAS REDUCCIONES DE PRECIO

La Reducción en el Precio de la Combinación de Primera Línea de Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC) y Nevirapina (NVP), desde el 2000



Fuente: MSF Access Campaign, "Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions" ed.14, 2011, <https://www.msfaccess.org/content/untangling-web-antiretroviral-price-reductions>.

destacados

fuera de las patentes en la India debido a que el uso de esta flexibilidad TRIPS permite que la fabricación genérica y la exportación continúe.

Actualmente, el 80% de los casi 17 millones de personas que viven con tratamiento para VIH¹⁴ utilizan medicamentos genéricos¹⁵. Las compañías genéricas también simplificaron el tratamiento VIH al combinar los ARVs en combinaciones de dosis fijas (CDF). Incluso el Plan de Emergencia del Presidente para el alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos no podría basarse en el uso de medicamentos patentados. En 2008, PEPFAR había calculado ahorros de 215 millones USD al procurar que el 90% de sus ARVs provinieran de fabricantes genéricos¹⁶.

Patentes y Cáncer de Mama. El impacto adverso de las patentes también se ha visto en el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de mama. Las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 se asocian con riesgos cada vez mayores de cáncer ovárico y de mama¹⁷. En varios países, una compañía (Myriad) fue la única en ofrecer diagnóstico y chequeos médicos para estas mutaciones dado que ellos mismos patentaron los genes. Esto también creó barreras para investigar más a fondo los diagnósticos para otras variantes de genes¹⁸. En 2013, el Tribunal Superior sostuvo que “los genes y la información que contienen no son elegibles para patentes... sencillamente porque han estado aislados del material genético que los rodea”¹⁹. Ahora, otras compañías médicas ofrecen los chequeos médicos para estas mutaciones por \$249 USD en comparación con el precio de Myriad de \$4,000 USD.²⁰

Para algunas mujeres con cáncer de mama positivo HER₂²¹, el trastuzumab, un medicamento patentado en 1994 por Roche y normalmente vendida como Herceptin puede ser eficaz.

Aunque ya debería haber quedado sin patente, Roche registró varias patentes secundarias que se espera que expiren en 2033. En Sudáfrica, el precio anual del sector privado es de \$38,365 USD y \$15,735 USD en algunas instalaciones públicas. En Brasil es \$17,562 USD; en Malasia \$17,929 USD y en la India \$10,938 USD.²² En la India, la aplicación de los estrictos criterios de patentabilidad resultaron en que las solicitudes secundarias de patentes de Roche fueran rechazadas o suspendidas, lo cual permitió la entrada de fabricantes biosimilares cuyos precios son relativamente asequibles, aunque siguen siendo elevados.

La Campaña Tobeka Daki para el Acceso al Trastuzumab Asequible²³ fue la punta de lanza en las protestas globales en 2017 en contra de los precios inhumanos y las tácticas de litigio del medicamento por parte de Roche. En otro uso de las flexibilidades TRIPS, la Comisión de Competencia Sudafricana ahora está investigando los precios de Roche²⁴ dado que activistas ahora también están exigiendo que los países emitan licencias obligatorias para tener acceso a alternativas asequibles.

Acuerdos de Libre Comercio y Nuevas Amenazas para Tratamientos Asequibles: El Caso de RCEP.

Incluso aunque los países en vías de desarrollo luchan para trabajar dentro del marco de la OMC para dar acceso a los medicamentos, los países desarrollados están trabajando para lograr que sus ‘socios’ comerciales firmen Acuerdos de Libre Comercio (ALC). Los ALC se negocian país por país o por bloques regionales y muchas veces incluyen, entre otras exigencias, estipulaciones TRIPS-plus que van mucho más allá de las obligaciones bajo el Acuerdo TRIPS y limitan o anulan las flexibilidades TRIPS.

Uno de estos ALC es la Asociación Económica Integral Regional (RCEP,

Exigimos justicia para Tobeka Daki, una valerosa activista de Sudáfrica que vivió con cáncer de mama HER₂+ desde 2013. A pesar de ser buena candidata para Trastuzumab, Tobeka nunca pudo tener acceso al tratamiento debido a su elevado costo. El 14 de noviembre de 2016 murió en su hogar. No sabemos si trastuzumab habría salvado la vida de Tobeka (trastuzumab no siempre funciona). Sin embargo, si sabemos que a Tobeka nunca se le dio la oportunidad. Aunque estaba muriendo y el medicamento existía, nunca se le dio la oportunidad de probar.



Cartel con Tobeka Daki, usado en las protestas globales en contra de los precios de Roche del fármaco para combatir el cáncer de mama en febrero de 2017. Imagen cortesía de la Campaña Tobeka Daki para el Acceso al Trastuzumab Asequible

por sus siglas en inglés) que se está negociando entre 16 países de la región Asia-Pacífico desde 2012; esto incluye países desarrollados (Australia, Japón,

IMPACTO DE LOS MEDICAMENTOS DE PATENTE CON PRECIOS ELEVADOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

“... como una mujer joven que sobrevivió al cáncer de mama, me enfrenté con la realidad del fenómeno y los problemas que ocasionan las patentes. Necesitaba Herceptin porque tenía cáncer HER 2 positivo. No podía tener acceso al medicamento debido a mi asistencia médica (estoy hablando de un hospital privado, un sector privado de salud) mi asistencia médica decía que era demasiado cara y que por lo tanto no se me podía tratar con este medicamento Herceptin. Tuve que luchar y enfrenté costos, los costos de luchar legalmente con mi asistencia médica y el costo de tratar de salvar mi vida revisando los hospitales públicos. Esto significa que me sacaron del sector privado hacia el sector de salud pública. Cuando llegué a la salud pública, descubrí que no ofrecen Herceptin para pacientes con cáncer de mama y en mi investigación, descubrí que en Sudáfrica ese era el único hospital [Kimberly] administra Herceptin a sus pacientes... con su presupuesto, solamente permite que sus pacientes... con mi investigación descubrí que la patente de la Herceptin termina en 2033... 2033 significa la muerte para mí”. Testimonio de Babalwa Malgas, Abogada, Activista y Sobreviviente de Cáncer de Mama, Audiencia de Johannesburgo del Panel de Alto Nivel de la ONU para el Acceso a los Medicamentos, marzo de 2017²⁵

Nueva Zelanda, Singapur y Corea del Sur), países en vías de desarrollo (Brunei Darussalam, China, India, Indonesia, Malasia, Filipinas, Tailandia y Vietnam) y países menos desarrollados (Camboya, Laos y Myanmar).

Al igual que con otros ALC, la RCEP se está negociando en secreto. En 2016 se filtraron algunos capítulos sobre la propiedad intelectual (PI) e inversión y confirmaron los temores de las activistas en cuanto a que las estipulaciones de PI de TRIPS-plus habían sido propuestas por Japón y Corea del Sur, lo cual podría evitar la producción, registro, transporte y exportación de medicamentos genéricos. Actualmente existe evidencia sobre el impacto de las estipulaciones de TRIPS-plus en el acceso a los medicamentos. Un estudio sobre la exclusividad de datos en Jordania (presentado por la FTA de E.U.-Jordania) descubrió que de 103 medicamentos registrados y lanzados desde el 2001 que actualmente no cuentan con protección de patente, por lo menos el 79% no tienen competencia de un equivalente genérico²⁶.

Tres productores críticos y proveedores de medicamentos genéricos están dentro de las negociaciones RCEP: China, India y Tailandia. Hasta cierto punto, los países

en vías de desarrollo, particularmente la India²⁷, y el bloque ASEAN²⁸ están intentando hacer retroceder las exigencias de TRIPS-plus. Sin embargo, a medida en que aumente la presión para concluir el acuerdo, quedará por ver hasta qué grado los países en vías de desarrollo en RCEP resistirán las exigencias de los países desarrollados.

Acceso Universal a los SDRS en la Época de la OMC y los ALC. Incluso aunque los acuerdos comerciales fortalezcan la protección de la propiedad intelectual, existe un intento visible por debilitar los compromisos internacionales con la salud. La Meta 3b de los ODS en sí mismo es un ejemplo de un objetivo importante pero limitado. Es irónico que los ministros de comercio y los representantes que firmaron la Declaración Doha en 2001 hayan hecho un compromiso más amplio para garantizar el acceso a los medicamentos para todos, mientras que los ODS, gracias a las posturas de los países desarrollados, limitan este compromiso a medicamentos “esenciales”.

Los gobiernos deben considerar el ODS 3 como un peldaño para progresar hacia el derecho a la salud. Debemos recordar que después de todo, los ODS solamente se enfocaron en la mortalidad

infantil, la salud materna, el VIH, la tuberculosis (TB) y la malaria. Por lo tanto el ODS 3 representa la siguiente expansión importante de los objetivos internacionales sobre salud. Sin embargo, es el derecho al más alto nivel posible de salud el que define las obligaciones internacionales y nacionales de los gobiernos en materia de salud.

Además, a pesar del creciente número de ALC y negociaciones de acuerdos de inversión, los ODS no hacen mucha referencia a ellos ni a su impacto. En lugar de eso, los objetivos relacionados con el comercio en el Objetivo 17 se consideran como un medio para implementar los ODS. Apenas algunos meses antes de adoptar los ODS, una declaración conjunta por parte de 10 expertos de la ONU y relatores especiales revela los defectos de este enfoque, declarando que hubo “una preocupación legítima de que los tratados de inversión bilaterales y multilaterales puedan empeorar el problema de la pobreza extrema, poner en riesgo una renegociación de la deuda externa que sea justa y eficiente y que afecte los derechos de los pueblos indígenas, las minorías, personas con discapacidades, personas mayores y otras personas que quedan en situaciones vulnerables”²⁹. Dos meses después de adoptar los

PANORAMA DE LAS ESTIPULACIONES TRIPS-PLUS EN LAS NEGOCIACIONES RCEP²⁷

De acuerdo con los capítulos filtrados sobre propiedad intelectual (PI) e inversión, varias estipulaciones TRIPS-plus parecen estar en la mesa e impactan negativamente la salud pública y el acceso a los medicamentos. Algunas son:

- **Exclusividad de datos.** Evita que los gobiernos se apoyen en datos de estudios clínicos para registrar versiones genéricas de medicamentos incluso si están fuera de las patentes, si sus patentes han expirado o si se les ha revocado y complica la emisión de licencias obligatorias;
- **Extensiones al Plazo de la Patente.** Extienden la vida de la patente más allá de los 20 años y retrasan la entrada de los medicamentos genéricos;
- **Criterios de Patentabilidad Debilitados.** Pueden establecer restricciones en términos del periodo de tiempo y el contenido del material que la oficina de patentes puede tomar en consideración para determinar si un medicamento es de hecho nuevo o innovador;
- **Revisión Acelerada de Patentes.** Puede crear presión excesiva para oficinas de patentes con mucha carga de trabajo en países en vías de desarrollo con recursos humanos y financieros limitados para tomar decisiones apresuradas sobre las aplicaciones de patentes farmacéuticas que requieren un escrutinio detallado y a fondo;
- **Asistencia Técnica.** Medidas que podrían resultar en la introducción indirecta de estándares de patentabilidad más bajos de países desarrollados en oficinas de patentes en países en vías de desarrollo mediante capacitaciones para analistas de patentes y una mayor dependencia de los informes de examen de patentes y las conclusiones de los países desarrollados;
- **Excepciones Debilitadas para Patentes.** Podrían imponer restricciones sobre cómo los países en vías de desarrollo en la Región Asia-Pacífico utilizan y definen la investigación y las excepciones experimentales para los derechos de las patentes;
- **Medidas Fronterizas.** Podrían negar medicamentos a pacientes en otros países en vías de desarrollo con oficiales aduanales que confiscan medicamentos genéricos que se están importando o exportando;
- **Órdenes Judiciales y Daños.** Debilitan la independencia del poder judicial para emitir órdenes relacionadas con la aplicación de patentes de forma tal de forma tal que se da prioridad al derecho de la salud de los pacientes;
- **Otras Medidas de Aplicación para la PI.** Pone a terceros, tales como personas o compañías que ofrecen tratamientos, en riesgo de entrar en procedimientos legales en tribunales y llevar a litigio a toda la fabricación, distribución y cadena de abastecimiento de los medicamentos genéricos;
- **Resolución de Disputas de la OMC-Plus sobre TRIPS.** Al incluir el cumplimiento con TRIPS en las negociaciones RCEP, los países RCEP podrían demandarse los unos a los otros por acusaciones de violaciones a TRIPS fuera de la OMC y
- **Reglas de Protección para Inversionistas.** Permite que las compañías extranjeras demanden a los gobiernos en arbitrajes privados internacionales sobre políticas nacionales de salud tales como licencias obligatorias, revocaciones o rechazo de patentes, salvaguardas de salud en leyes de patentes, reducción de precios, negociación y medidas de reembolso y podría evitar que los gobiernos promuevan la producción local.

Fuente: Shiba Phurailatpam y Kajal Bhardwaj, "RCEP and Health: This Kind of 'Progress' Is Not What India and the World Need", The Wire, 27 de febrero de 2017, <https://thewire.in/112260/rcepthis-kind-of-progress-is-not-what-india-and-the-world-need/>.

ODS, el Secretario General de la ONU estableció un Panel de Alto Nivel para el Acceso a Medicamentos reconociendo la interdependencia de la salud y el desarrollo. El Reporte de septiembre de 2016 del panel también presentó varias preocupaciones serias sobre

los ALC y recomendó: "Los gobiernos involucrados en tratados comerciales bilaterales, regionales y de inversión deben asegurarse de que estos acuerdos no incluyan estipulaciones que interfieran con sus obligaciones de cumplir con el derecho a la salud"³⁰.

La tensión entre el derecho a la salud y los acuerdos comerciales se remonta al establecimiento de la OMC e incluso dado que los ALC representan una mayor amenaza al acceso a las tecnologías de la salud y a alcanzar el ODS 3, vale la pena reiterar que los países en vías de

desarrollo todavía están luchando con el impacto adverso de TRIPS en cuanto al acceso a los medicamentos. Los llamados países de ingresos medios quedan excluidos de los mecanismos voluntarios de licencias adoptados por las CFMs para interceptar las críticas y evitar que el gobierno use las flexibilidades TRIPS. Atrapados por los ALC y las continuas presiones comerciales por parte de los países desarrollados, estos gobiernos están atorados en negociaciones de precios con los dueños de las patentes que normalmente conducen a precios inasequibles, disponibilidad limitada, y por lo tanto al racionamiento de los tratamientos por parte de los gobiernos. En lugar de dichas negociaciones de precios, tal como descubrió el Panel de Alto Nivel para el Acceso a Medicamentos, el deber de los gobiernos es “proteger los derechos de sus ciudadanos utilizando las flexibilidades TRIPS”³¹. En términos de las negociaciones ALC en curso como el RCEP, las consultas públicas es algo crítico y los gobiernos deben divulgar los textos de negociación. Además, tal como concluyó el Panel de Alto Nivel, “no lograr efectuar evaluaciones robustas de impactos antes de concluir dichos acuerdos es equivalente a la negligencia en los deberes del estado para proteger el derecho a la salud”³². Las estipulaciones TRIPS-plus se deben rechazar en dichos acuerdos comerciales.

En este escenario, ha sido el activismo, la incidencia y los grupos comunitarios para intervenciones legales y las organizaciones de salud pública quienes han sido vitales para proteger la salud pública y el acceso a los medicamentos. Ha surgido un movimiento global en el marco de las negociaciones de los ALC que ha tenido varios éxitos importantes. En la India, las campañas de grupos locales han logrado que el gobierno adopte posturas públicas en contra de las demandas de TRIPS-plus en el ALC

UE-India³³ y RCEP. El parlamento europeo rechazó el Acuerdo Comercial Contra la Falsificación (ACTA, por sus siglas en inglés) debido a su impacto en el interés público³⁴ y el retraso del Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica (TPPA, por sus siglas en inglés) surgió como una victoria importante para los grupos progresistas de todo el mundo³⁵. Los activistas y las organizaciones que trabajan en salud pública ahora están utilizando exiguos recursos para asistir a cada ronda sucesiva de negociaciones RCEP para presentar estas preocupaciones directamente con los negociadores comerciales y asegurarse de que las estipulaciones TRIPS-plus se rechacen³⁶.

Redes de personas viviendo con VIH, que tradicionalmente han estado a la vanguardia de las patentes y desafiantes de los ALC, ahora cuentan con el apoyo de una coalición de salud más amplia. Los grupos que trabajan en la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben unirse a esta lucha urgentemente para garantizar que el derecho a la salud y el acceso universal a los DSSR no se debilite debido a los acuerdos comerciales.

Notas y Referencias

- 1 United Nations, “A/Res/70/1, Resolution Adopted by the General Assembly on 25 September 2015: Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development”, 21 de octubre, 2015, <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/GetFile?OpenAgent&DS=A/RES/70/1&Lang=E&Type=DOC>.
- 2 Las patentes son una forma de propiedad intelectual; el titular de una patente puede evitar que otros fabriquen, usen, vendan, importen u ofrezcan para venta el producto o el proceso para el cual tienen una patente.
- 3 Jane Cottingham y Marge Berer, “Access to Essential Medicine for Sexual and Reproductive Health Care: The Role of the Pharmaceutical Industry and International Regulation”, *Reproductive Health Matters* 19, No. 38 (2011): 69-84, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118143>.
- 4 T.V. Padma, “Cheap HPV Vaccines ‘Possible without Violating Patent Laws’”, *SciDevNet*, 23 de julio, 2010, <https://www.scidev.net/global/health/news/cheap-hpv-vaccines-possible-without-violating-patent-laws-.html>
- 5 Treatment Action Campaign (TAC), “TAC Ask Supreme Court of Appeal to Consider Public Health in Patent Dispute over Cancer Medicine”, *Business and Human Rights Center*, 19 de abril, 2012, <https://business-humanrights.org/en/tac-asks-supreme-court-of-appeal-to-consider-public-health-in-patent-dispute-over-cancer-medicine-so-africa>.

destacados

- 6 Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health, *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights: Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation, and Public Health* (Génova, OMS, 2006), <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf?ua=1>
- 7 DSW, Global Health Advocates. Results, UK, SABIN, AERAS, IAVI, IPPF EN and IPM, “Research and Development Needs to Improve Reproductive, Maternal, New-Born & Child Health”, Bruselas: DSW, 2014, https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/R_D_for_RMNCH.pdf.
- 8 “Antibiotic-resistant Gonorrhoea on the Rise, New Drugs Needed”, OMS, 7 de julio, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/Antibiotic-resistant-gonorrhoea/en/>
- 9 Investing in the Development of New Antibiotics and Their Conservation a Proposal for a Global Antibiotic Research and Development Facility to Promote Research, Responsible Use, and Access to New Antibiotics: UPAted Concept Note”, OMS y DNDI, 18 de diciembre, 2015, https://www.gardp.org/wp-content/uploads/2017/05/Global_Antibiotic_RD_Facility_Concept_Note.pdf
- 10 World Trade Organization, “Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health”, 14 de noviembre, 2001, https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min_e/min1_e/mindecl_trips_e.htm.
- 11 Barton Gellman, “A Conflict of Health and Profit”, *The Washington Post*, 21 de mayo, 2000, https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2000/05/21/a-conflict-of-health-and-profit/bf7bd742-b153-46ee-a50a-666b2c4c30d6/?utm_term=.213b920396a3
- 12 Las licencias obligatorias son una flexibilidad TRIPS clave, en la cual los gobiernos permiten que las compañías genéricas proporcionen medicamentos que no están disponibles o que son inasequibles debido a las patentes para esos medicamentos.
- 13 “Perennizar” (“Evergreening”) es la práctica de las compañías multi-nacionales (CMNs) para extender las patentes mediante pequeños cambios a los medicamentos.
- 14 “UNAIDS Announces 2 Million More People Living with HIV on Treatment in 2015, Bringing New Total to 17 Million”, UNAIDS, 31 de mayo, 2016, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/may/20160531_Global-AIDS-UPATE-2016.
- 15 Brenda Waning, Ellen Diedrichsen y Suerie Moon, “A Lifeline to Treatment: The Role of Indian Generic Manufacturers in Supplying Antiretroviral Medicines to Developing Countries”, *Journal of the International AIDS Society* 13 (2010): 35, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944814/>
- 16 PEPFAR, “The Power of Partnerships: Fourth Annual Report to Congress on PEPFAR”, 2008, https://www.pepfar.gov/press/fourth_annual_report/.
- 17 National Cancer Institute, “BRCA1 and BRCA2: Cancer Risk and Genetic Testing”, National Institute of Health, 1º de abril, 2015, <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/genetics/brca-fact-sheet>.
- 18 Priscilla J. Smith y Genevieve E. Scott, “Brief of Amici Curiae, Information Society Project at Yale Law School, Scholars in Support of the Petition: The Association for Molecular Pathology et al Petitioners v. Myriad Genetics et al. Respondents, on Petition for Writ of Certiorari to the United States Court of Appeals for the Federal Circuit”, 11 de diciembre, 2011, https://law.yale.edu/system/files/area/center/isp/documents/association_for_molecular_pathology_v_myriad_genetics_inc.pdf.
- 19 Supreme Court of the United States, “Association for Molecular Pathology et al. v. Myriad Genetics, Inc., et al., No. 12-398, Argued April 15, 2013, Decided June 13, 2013”, https://www.supremecourt.gov/opinions/12pdf/12-398_1b7d.pdf
- 20 Elizabeth Lopatto, “Genetic Testing for Breast Cancer Gets More Affordable: Welcome to the Post-Patent World”, 21 de abril, 2015, <https://www.theverge.com/2015/4/21/8458553/color-breast-cancer-gene-testing-brca-myrriad>

- 21 HER2 es una proteína que hace crecer las células del cáncer de mama.
- 22 Comunicado de Prensa. "Global Day of Action Against Roche's Inhumanity #Rochegreedkills; Activists Around the World March #Fortobeka", 7 de febrero, 2017, <https://tac.org.za/news/global-day-of-action-against-roches-inhumanity-rochegreedkills/>.
- 23 Fix the Patent Laws, <http://www.fixthepatentlaws.org>, y Cancer Alliance, <https://www.canceralliance.co.za/>.
- 24 Fix the Patent Laws, "Coalition Welcomes Landmark Competition Commission Probe into Prices of Cancer Medicines," Johannesburgo, 13 de junio, 2017, <https://tac.org.za/news/access-to-quality-and-affordable-medicines/coalitionwelcomes-landmark-competition-commission-probe-into-prices-of-cancer-medicines/>.
- 25 "Global Dialogue Live from Johannesburg", 16-17 de marzo, 2016, Panel de Alto Nivel del Secretario General de la ONU para el Acceso a Medicamentos" <http://www.unsgaccessmeds.org/johannesburglivestream>.
- 26 Oxfam International, All Costs, No Benefits: How TRIPS-plus Intellectual Property Rules in the US-Jordan FTA Affect Access to Medicines (Oxford: Oxfam, 2007), <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/all%20costs,%20no%20benefits.pdf>.
- 27 "Working Draft of IPR Chapter from India—RCEP Negotiations", <http://keionline.org/sites/default/files/06-RCEPTNC6-WGIP3-IN-IP-Draft.pdf>.
- 28 "Chapter on Intellectual Property—Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) Free Trade Agreement (Working Draft)", <http://keionline.org/sites/default/files/RCEP-TNC6-WGIP3-ASEAN-Draft%20IP%20Text-10Oct2014.pdf>.
- 29 "UN Experts Voice Concern over Adverse Impact of Free Trade and Investment Agreements on Human Rights", 2 de junio, 2015, <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16031&LangID=E>.
- 30 High-Level Panel on Access to Health Technologies, Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines: Promoting Innovation and Access to Health Technologies (UNDP, 2016), <https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d0c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf>.
- 31 Ibidem.
- 32 Ibidem.
- 33 Oficina del Primer Ministro, "Trade Negotiator's Given Guidelines", Buró de Información de Prensa, Gobierno de la India, 30 de abril, 2011, <http://pib.nic.in/newsite/PrintRelease.aspx?relid=71881>.
- 34 William New y Monika Ermert, "European Parliament Rejection Puts ACTA Future in Doubt," Intellectual Property Watch, 4 de julio, 2012, <https://www.ip-watch.org/2012/07/04/european-parliament-rejection-puts-acta-future-in-doubt/>.
- 35 "International Nurses' Statement on Victory against the Trans-Pacific Partnership", Global Nurses United, 17 de noviembre, 2016, <http://peinu.com/international-nurses-statement-victory-trans-pacific-partnership/>.
- 36 "Activists Protest in Hyderabad against Impact of RCEP on Women," Hindu Business Line, 24 de julio, 2017, <http://www.thehindubusinessline.com/news/national/activists-protest-inhyderabad-against-impact-of-rcep-on-women/article9786732.ece>.

EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES Y LOS DSSR: El Eslabón Faltante

Por **Baishali Chatterjee**

Gerente Internacional, Young Urban Women: Life Choices and Livelihoods ActionAid International

Email: Baishali.Chatterjee@actionaid.org

Introducción. A pesar del antiguo consenso que indica que el empoderamiento económico de las mujeres es un impulsor clave para la igualdad de género (tal como se ha visto en la Plataforma de Acción de Beijing¹ en 1995 y 20 años después en los Objetivos de Desarrollo Sostenible), los avances en este frente han sido dispares. Datos recientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)² enfatizan una gran desigualdad de género³ en el mercado laboral mundial: una menor participación femenina en la fuerza laboral⁴, mayor impacto del desempleo en las mujeres jóvenes, falta de protección social⁵ y mujeres que pasan más tiempo en tareas de cuidados no remuneradas⁶.

¿Eslabón faltante? Para poder abordar estos problemas en 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas estableció un Panel de Alto Nivel sobre el Empoderamiento Económico de las

Mujeres⁷, el cual identificó siete motores de cambio⁸. Otros reportes mundiales de importantes líderes de opinión, tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI)⁹ y la consultora mundial McKinsey¹⁰, dieron un vistazo a la interacción entre el empoderamiento económico de la mujer y el crecimiento económico mundial. Sin embargo, más allá de instrumentalizar el empoderamiento económico de las mujeres, la creciente atención mundial no se han enfocado adecuadamente en los derechos sexuales y reproductivos y la salud reproductiva (DSSR), y cómo su ausencia impacta la seguridad económica de las mujeres y viceversa.

La capacidad de las mujeres para tener control sobre sus propios cuerpos, decidir con quién y con qué frecuencia desean tener relaciones sexuales, si tener hijos o no y cuántos hijos tener, tiene enormes implicaciones en la capacidad de las mujeres para

participar en actividades económicas. Estudios han demostrado que a nivel mundial, la participación de la fuerza laboral femenina disminuye con cada hija o hijo adicional en 10 o 15 puntos porcentuales en mujeres de entre 25 y 39 años¹¹. Además, el embarazo y las consecuencias del parto siguen siendo hoy día las principales causas de muerte y discapacidad en mujeres de edad reproductiva en los países emergentes¹². Para las mujeres pobres y marginadas del mundo, muchas de las cuales trabajan en la economía informal, la falta de DSSR puede reforzar su permanencia en el círculo vicioso de pobreza. Para que efectivamente podamos alcanzar los ODS para 2030, debemos reconocer las multifacéticas y complejas relaciones entre los Objetivos 1 (erradicación de la pobreza), 3 (buena salud y bienestar), 5 (igualdad de género), 8 (trabajo digno y crecimiento económico) y 10 (reducción de las desigualdades).

Conforme establecemos más interacciones, debemos tomar en cuenta que la lucha por tener empleos dignos y por tener acceso a la salud sexual y reproductiva, pueden tener implicaciones diferentes para mujeres de diferentes grupos etarios. Las mujeres jóvenes enfrentan retos particulares, debido tanto a su edad como a su género, conforme comienzan a entrar a la fuerza laboral, comienzan a tener acceso a los servicios de SSR y maniobran hasta llegar a la edad adulta.

Presentando el Caso para Vincular la Justicia Económica y la Justicia de la Salud Sexual y Reproductiva.

ActionAid inició el programa “Mujeres Jóvenes Urbanas: Elecciones de Vida y Sustentos -”Young Urban Women: Life Choices and Livelihoods” .(YUWP, por sus siglas en inglés) en julio de 2013 para abordar la autonomía de los cuerpos de las mujeres y su seguridad económica usando un enfoque basado en los derechos humanos. Implementado en Ghana, India y Sudáfrica, el programa reconoce las vulnerabilidades específicas de las mujeres jóvenes urbanas (15 a 25 años de edad) y las apoya para que puedan buscar oportunidades de empleo digno, equilibrar sus responsabilidades de cuidado no remunerado, acceder a servicios de SSR y ser dueñas de las decisiones sobre su propio futuro. Entre 2012 y 2017 varios estudios cualitativos¹³ tuvieron el propósito de entender cómo se entrelazaban estos diferentes aspectos de sus vidas. Encontramos fuerte evidencia para apoyar nuestra hipótesis: el empoderamiento económico y los DSSR están fuertemente entrelazados. Este documento consolida nuestros hallazgos, argumentando a favor de un entendimiento más integral de estos vínculos.

Mujeres Jóvenes, DSSR y la Economía

Informal. En todas las ciudades¹⁴ en las que el programa se está implementando, las mujeres jóvenes urbanas están en la base de la pirámide, restringidas a

labores familiares sin paga, trabajo en casa o, a lo sumo, trabajo informal y casual. Esta tendencia parece estar en aumento. La subcontratación de los procesos de producción, incluyendo la que se da mediante la creación de cadenas de valor mundial¹⁵, ha resultado en la rápida aparición del trabajo desde el hogar, realizado predominantemente por mujeres jóvenes y con poca visibilidad. Las características específicas del sector de trabajo informal (tales como un ambiente de trabajo inseguro, la falta de regulaciones apropiadas o la aplicación de las regulaciones laborales existentes) crean capas adicionales de vulnerabilidad para las mujeres jóvenes e impacta su seguridad económica y sus DSSR.

Para empezar, los ambientes laborales inseguros tienen un impacto directo en la salud reproductiva de las mujeres jóvenes. Las mujeres jóvenes son obligadas a dejar el trabajo remunerado por completo después de parir debido a las responsabilidades de cuidados, o se les despide del trabajo por haber necesitado tiempo para recuperarse. Al mismo tiempo, las mujeres jóvenes se ven obligadas a regresar al trabajo poco después de haber tenido embarazos difíciles debido a las obligaciones económicas, lo que tiene un alto costo para su salud y la salud de sus recién nacidos. Las prestaciones por maternidad, en el sector informal, proporcional a la pérdida de salarios, están casi ausentes en los tres países cubiertos por el proyecto. Incluso la reciente implementación del gobierno indio de una ley promulgada hace mucho para las prestaciones de maternidad es inadecuada para resolver el problema de los salarios perdidos¹⁶.

...cuando la capacidad de las mujeres jóvenes para ganar ingresos independientes aumenta, mejora su habilidad

destacados

para poder comprar anticonceptivos. Recibir un ingreso también les permite tener acceso a la atención médica en general. Contar con una mejor condición financiera las ha empoderado más para que se involucren en tomar decisiones independientes o consultivas con respecto a su salud sexual y reproductiva y a combatir la violencia. . .

Las inseguridades económicas y las condiciones laborales precarias se manifiestan en términos de varios padecimientos físicos, incluyendo dolores corporales, dolores de cabeza, dolores de estómago, deterioro de la vista y problemas con los órganos reproductores. Esto fue especialmente prevalente en el caso de jóvenes que trabajan en casa en Hydebarad, particularmente mujeres que fabrican brazaletes cuyo trabajo las expuso al plomo y a otros químicos peligrosos. En Hydebarad, las mujeres jóvenes también trabajan en *karkhanas* pequeñas¹⁷ (fábricas informales), en las que carecen de inodoros limpios que funcionen y agua potable, lo cual conduce a infecciones del sistema reproductor y del tracto urinario. Sin embargo, estos problemas están ausentes de cualquier agenda de creación de políticas sobre el empoderamiento económico de las mujeres.

El lugar en el que las mujeres jóvenes trabajan y la falta de implementación de mecanismos de protección relevantes en sus lugares de trabajo también son pertinentes para los DSSR. Los cuerpos de las mujeres jóvenes muchas veces se ven como bienes que están disponibles para dar placer a sus compañeros de trabajo y a sus jefes. Por ejemplo, nuestros estudios descubrieron que

destacados

existe mucho acoso sexual en el lugar de trabajo sin que exista un mecanismo de reparación efectivo. Las leyes relevantes en la India no han logrado proteger a las mujeres en el sector informal. Las mujeres que trabajan en casa en Hydebarad enfrentaron el acoso sexual de intermediarios, y en las *karkhanas* las mujeres jóvenes son agredidas sexualmente cuando utilizan algún rincón oscuro para defecar. Las mujeres jóvenes en Sudáfrica fueron despedidas de su empleo después de rechazar las insinuaciones sexuales de sus jefes. La investigación de ActionAid también ha descubierto que los países en los que las mujeres trabajan más por su cuenta o en formas laborales vulnerables están, en promedio, asociadas con mayores tasas de Violencia de la Pareja Íntima.

Por otro lado, cuando la capacidad de las mujeres jóvenes para ganar ingresos independientes aumenta, mejora su habilidad para poder comprar anticonceptivos y para tener acceso a la atención médica en general. Contar con una mejor condición financiera las ha empoderado más para que se involucren en tomar decisiones independientes o consultivas con respecto a su salud sexual y reproductiva y a combatir la violencia. Entre las mujeres jóvenes casadas, la seguridad económica inclinó la balanza del poder a favor de las mujeres. Sin embargo, aunque las mujeres jóvenes pueden percibir estas interconexiones entre la libertad financiera y la autonomía sexual, no siempre están en la posición de desafiar a sus parejas sobre el control de sus cuerpos¹⁸.

Descubrimos una correlación directa entre las responsabilidades de cuidados y los DSSR. Si las mujeres jóvenes no cuentan con los conocimientos requeridos y la

información sobre los DSSR y tienen nulo o poco acceso a servicios de SSR, conduce a embarazos múltiples y no planeados. Esto hace que dejen los sistemas de educación formales, lo cual impacta su seguridad económica y aumenta sus responsabilidades de cuidados.

Vinculando el Empoderamiento Económico, el Trabajo de Cuidados No Remunerado y los DSSR.

La división del trabajo por géneros es una de las razones clave por las que encontramos a mujeres jóvenes al final de la cadena laboral. La carga combinada de la generación de ingresos y las tareas del hogar no remuneradas puede ser algo extremo en sus vidas. Descubrimos una correlación directa entre las responsabilidades de cuidados y los DSSR. Si las mujeres jóvenes no cuentan con los conocimientos requeridos y la información sobre los DSSR y tienen nulo o poco acceso a servicios de SSR¹⁹, conduce a embarazos múltiples y no planeados. Esto hace que dejen los sistemas de educación formales, lo cual impacta su seguridad económica y aumenta sus responsabilidades de cuidados. En Sudáfrica, un gran número de mujeres jóvenes se convierte en madre a una edad muy joven y tiene que dejar sus estudios²⁰. Conforme a ello, Sudáfrica tiene una elevada tasa de desempleo juvenil, particularmente entre mujeres jóvenes²¹. Tampoco ofrece ningún programa para el cuidado de los niños que sea robusto, accesible, asequible y totalmente apoyado por el gobierno.

A pesar de eso, los vínculos entre las altas tasas de embarazos tempranos, las responsabilidades de cuidados y el empleo juvenil rara vez se han explorado

a nivel de políticas, y la provisión de servicios públicos con perspectiva de género tampoco han sido una prioridad en las políticas. Incluso en la India, el ya establecido programa Child Development Scheme²² (Plan de Desarrollo Infantil) no puede realmente considerarse un programa eficaz para el cuidado infantil debido a varias deficiencias en su implementación²³. El marco prevaleciente de políticas macroeconómicas ha alejado las prioridades de la prestación pública de servicios a la privatización de recursos públicos. Esto ha impactado los servicios SSR y de cuidados infantiles que funcionan con fondos públicos, lo cual deja a las mujeres, particularmente a las mujeres jóvenes, con la carga de los servicios que el estado ya no proporciona²⁴.

Cuando los estados redactan políticas de empleo para las mujeres, descubrimos que falta comprensión de que si bien trasladar a las mujeres a empleos formales puede ayudar a aumentar su independencia económica, esa acción en sí misma no aumentará su habilidad para garantizar su integridad corporal y tampoco disminuirá la carga del trabajo de cuidados no remunerados.

Un Llamado para Reconocer las Interrelaciones. Todos tenemos la información. Sabemos cómo las realidades vividas por las mujeres reflejan las discriminaciones de género no solamente en el lugar de trabajo sino también dentro de sus hogares y sus comunidades. Estamos en el momento oportuno de la historia para aprovechar el nuevo enfoque sobre el empoderamiento económico de las mujeres. Los Objetivos de Desarrollo

Sostenible tienen un mensaje subyacente de inclusión: “no dejar a nadie atrás”. Sin embargo, para ser verdaderamente incluyentes, y asegurarnos de que las mujeres pobres de todo el mundo controlen su futuro económico y de que cumplamos con los objetivos 1, 3, 5, 8 y 10, entre otros, debemos enfocar nuestras energías y recursos en enfoques que sean realmente transformadores.

El empoderamiento económico de las mujeres es complejo y está profundamente vinculado a las múltiples facetas de sus vidas. Cuando los estados redactan políticas de empleo para las mujeres, descubrimos que falta comprensión de que si bien trasladar a las mujeres a empleos formales puede ayudar a aumentar su independencia económica, esa acción en sí misma no aumentará su habilidad para garantizar su integridad corporal y tampoco disminuirá la carga del trabajo de cuidados no remunerados. Por ende, la conversación sobre el empoderamiento económico de las mujeres tiene que ir más allá de las usuales soluciones de crédito y la iniciativa empresarial (que también son importantes) y dirigirse hacia ofrecer una alternativa económica que reconozca de la multiplicidad de las violaciones a los derechos en las vidas de las mujeres.

Ya es hora de que reconozcamos que las políticas macroeconómicas del estado contribuyen a que estos problemas se refuercen mutuamente y que un marco de políticas como este, siempre debe tomar en cuenta su impacto en las vidas de las mujeres más pobres. Las y los activistas de los movimientos de derechos laborales y de salud pública deben unirse para desafiar el discurso de la privatización de los servicios básicos, creando así una causa común para exigir servicios públicos básicos que atiendan los DSSR de las mujeres y que reduzcan y redistribuyan las tareas de cuidados no remuneradas.

El Estado debe reaccionar frente a la no implementación de leyes cruciales, tales como aquéllas que abordan el acoso sexual en el lugar de trabajo. Necesita volver a poner el foco en la creación de “trabajo dignos” y no solamente de empleos para las mujeres; abordar normas sociales dentro de su estrategia económica; movilizar recursos públicos para la prestación de servicios de SSR y de cuidados y garantizar que exista un marco legal y presupuestario robusto.

Notas y referencias

- 1 La Plataforma de Acción de Beijing reconoce la desigualdad de género que existe en las “estructuras y políticas económicas, en todas las formas de actividades productivas y en el acceso a los recursos”. Naciones Unidas, “Beijing Declaration and Platform for Action,” 1995, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPIA%20E.pdf>.
- 2 International Labour Organization, *Women at Work: Trends 2016* (Génova: ILO, 2016), http://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_457317/lang-en/index.htm.
- 3 En 2016, la ILO notó en resumen ejecutivo de su informe *Women at Work: Trends 2016* que “solamente se han logrado mejoras marginales desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing en 1995” sobre el empoderamiento económico de las mujeres.
- 4 La participación de la fuerza laboral femenina cayó de 52.4% a 49.6%, mientras que la correspondiente a los hombres fue de 79.9% a 76.1%. El problema ha empeorado particularmente en el sur de Asia.
- 5 Más trabajadoras en la África sub-sahariana (63.2%) y en el sur de Asia (74.2%) no tienen acceso a protección social, dado que el empleo informal es la forma de trabajo predominante para las mujeres en estas regiones.
- 6 Aunque las mujeres pasan 2.5 veces más tiempo que los hombres realizando tareas de cuidados no remuneradas y trabajo doméstico, mundialmente, a las mujeres reciben una remuneración promedio 24% menor que los hombres.
- 7 “Economic Empowerment,” <https://www.empowerwomen.org/en/who-we-are/initiatives/sg-high-level-panel-on-womenseconomic-empowerment>.
- 8 Los siete motores son: ambiente propicio (incluyendo políticas macroeconómicas), normas y discriminaciones de género, reformas legales, inversiones en cuidados, cambiar la cultura y la práctica de los negocios, mejorar las prácticas del sector público en cuanto al ámbito laboral y la adquisición pública de bienes y servicios.
- 9 Kalpana Kochhar, Sonali Jain-Chandra y Monique Newiak (eds), *Women, Work and Economic Growth, Levelling the Playing Field* (fragmento) (Washington, D.C.: Fondo Monetario Internacional, 2016), http://www.elibrary.imf.org/staticfiles/misc/excerpts/women_work_growth_excerpt.pdf.
- 10 Jonathan Woetzel, et al., *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth* (Shanghai: McKinsey Global Institute, 2015), <http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth>.

destacados

- 11 Karen A. Grepin y Jeni Klugman, *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do* (New York: World Bank and Women Deliver, 2013), 3-4, http://archive.womendeliver.org/assets/WD_Background_Paper_Exec_Summary_English.pdf.
- 12 *Ibidem*.
- 13 Las investigaciones son:
 - a. Prabha Kosla, *Young Urban Women: Life Choices and Livelihoods in Poor Urban Areas* (Johannesburg: ActionAid, 2012), http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/young_women_urban.pdf.
 - b. *Young Urban Women: Exploring Inter-linkages-Bodily Integrity, Economic Security and Equitable Distribution of Unpaid Care Work* (Johannesburg: ActionAid, 2015), <http://www.actionaid.org/publications/young-urbanwomen-exploring-interlinkages-bodily-integrityeconomic-security-and-equita>.
 - c. Rachel Noble, *Double Jeopardy: Violence against Women and Economic Inequality* (London: ActionAid, 2017), <http://www.actionaid.org/publications/doublejeopardy-violence-against-women-and-economicinequality>.
 - d. ActionAid y el Instituto de Estudios de Desarrollo de Sussex llevaron a cabo una investigación sobre los servicios públicos con enfoque de género y sus vínculos con el empoderamiento económico de las mujeres jóvenes. Este informe continúa en etapa de borrador y actualmente se está terminando.
- 14 El programa se está implementando en siete ciudades de tres países: Accra y Tamale en Ghana; Cape Town y Johannesburgo en Sudáfrica; y Mumbai, Chennai y Hyderabad en India.
- 15 El Informe de Inversiones Mundiales de UNCTAD de 2013 señala que “la economía mundial actual se caracteriza por las cadenas mundiales de valor (CMV), en las cuales los bienes y servicios intermedios (como la ropa) se comercializan en procesos de producción fragmentados e internacionalmente dispersos. Las CGVs coordinadas por las corporaciones transnacionales representan aproximadamente el 80% del comercio mundial. Estos medios de producción dispersados distribuidos en varios países han dado pie al fenómeno del trabajo subcontratado en casa fuera del ámbito de las regulaciones.” Ver: UNCTAD, *World Investment Report 2013—Global Value Chains: Investment and Trade for Development* (Génova: UNCTAD, 2013), http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2013_en.pdf.
- 16 Las mujeres embarazadas y las madres en lactancia recibirán 6,000 INR (aproximadamente 93 USD), de los que 5,000 INR (aproximadamente 77 USD) se darán en tres pagos, siempre y cuando se cumpla con ciertas condiciones relacionadas con completar el registro de embarazo y nacimiento, atención prenatal e inmunización. El plan también está restringido al primer nacimiento vivo. Ver: Dipa Sinha, “Modi Government's Maternity Benefits Scheme Will Likely Exclude Women Who Need It the Most,” *The Wire*, 19 de mayo, 2017, <https://thewire.in/137366/maternity-benefitprogramme/>.
- 17 Son de tamaño pequeño y alojan aproximadamente a 25 mujeres en promedio en un lugar de 9.29 metros cuadrados.
- 18 Por ejemplo, en la India, la violación marital todavía no se reconoce como un delito penal.
- 19 Los datos de la Encuesta de Salud y Demografía de Ghana (2014) muestran que la prevalencia del uso de anticonceptivos es la más baja en las mujeres actualmente casadas en el grupo etario de 15-19 años. En general, 14% de las mujeres con edades de 15-19 años han comenzado a tener hijos. La proporción de adolescentes que han comenzado a tener hijos asciende rápidamente con la edad, de 1% a los 15 años a 31% a los 19. Ver: *Ghana Statistical Service, Ghana Health Service and ICF International, Ghana Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators*, http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/DHS_Report/Ghana_DHS_2014-KIR-21_May_2015.pdf.
- 20 El Informe de Indicadores Clave de Salud y Demografía de Sudáfrica de 2016 menciona que el 16% de mujeres sudafricanas

han comenzado a tener hijos entre los 15 y los 19 años. Ver: *South Africa Demographic and Health Survey*, 15 de mayo, 2017, <http://www.statssa.gov.za/?s=teenage+pregnancy>.

21 Lynsey Chutel, "Record Unemployment Affects These South Africans the Most", *Quartz Media*, 23 de noviembre, 2016, <https://qz.com/844825/south-africas-unemployment-rate-is-at-a-13-year-high-most-affecting-women-and-the-youth/>.

22 Anganwadi es una especie de centro para madres rurales y cuidados infantiles en la India que estableció el gobierno indio

en 1975 como parte del programa de Servicios de Desarrollo Infantil para combatir la hambruna infantil y la desnutrición. Anganwadi significa "refugio en el patio" en los idiomas indios. Ver: <https://en.wikipedia.org/wiki/Anganwadi>.

23 Los activistas indios señalan que "los Servicios Integrados de Desarrollo Infantil Reestructurados prometen 70,000 anganwadi-cumcrèches en el periodo del 12° Plan de Cinco Años. No más de 500 de dichos centros se han puesto en operación en los últimos tres años". Ver: "Public Hearing on

Maternity Entitlements and Child-Care Provisions: 3rd May 2016," *India Resists*, 37 de abril, 2016, <http://www.indiarelists.com/maternity-entitlements-right-to-food/>.

24 Michael Thomson, Alexander Kentikelenis y Thomas Stubbs, "Structural Adjustment Programmes Adversely Affect Vulnerable Populations: A Systematic-Narrative Review of Their Effect on Child and Maternal Health", *Public Health Reviews*, 10 de julio, 2017, <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-017-0059-2>.

POR QUÉ PRIORIZAR LOS DSSR EN LA PROGRAMACIÓN DEL CAMBIO CLIMÁTICO Y LA CREACIÓN DE POLÍTICAS

Por Hwei Mian Lim

Oficial Superior del Programa, ARROW

Email: hweimian@arrow.org.my

Para lograr el acceso universal a los derechos sexuales y la salud reproductiva, tal como lo indica el Objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹, el impacto del cambio climático en la salud de las mujeres, incluyendo los DSSR, no puede ser ignorado². En cambio, es crucial darse cuenta de que los DSSR de las mujeres son vitales para tomar la iniciativa en la acción climática respecto a la mitigación y demostrar la resiliencia necesaria para abordar los efectos del cambio climático. Por ende, es imperativo que se le dé prioridad a los DSSR en las políticas, estrategias, financiamiento y programas del cambio climático.

Los estudios efectuados por los socios de ARROW en ocho países asiáticos³ han descubierto que el cambio climático exacerba los problemas de género y los problemas relacionados con los DSSR. En países en vías de desarrollo, las mujeres ya están enfrentando desigualdades de género y pobreza y el cambio climático las deja con una desventaja aún mayor⁴. Debido a los acontecimientos extremos del cambio climático⁵, la dificultad para tener acceso a alimentos⁶ afectaría el

consumo de alimentos de las mujeres (particularmente, dado que en muchos países de la región en los que las mujeres ya de por sí son quienes menos comen y son quienes comen al último)⁷, lo cual conduce a una mayor susceptibilidad a la desnutrición y otros problemas de salud⁸. Las mujeres con desnutrición corren un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y en el parto, amenorrea e infertilidad y las niñas tienen retrasos en la menarca⁹.

Otros ejemplos de cómo el cambio climático tiene impactos en los DSSR de las mujeres son: (i) cambios en la temperatura y el patrón de lluvias crean más lugares para los cultivos de mosquitos, lo cual conduce a su vez a más enfermedades vectoriales tales como la malaria, la cual a su vez aumenta el riesgo de abortos espontáneos, partos prematuros, partos con fetos muertos y bebés con poco peso; (ii) los niveles del mar en aumento y las inundaciones en las áreas de la costa tienen como resultado la contaminación salina de agua para consumo humano, lo cual se vincula con la preclamsia, eclampsia e hipertensión en las mujeres; (iii) y

conflictos por los recursos (tales como agua y tierra cultivable) lo cual resulta en el desplazamiento y la limitación de servicios y suministros SSR para las mujeres¹⁰. En tiempos difíciles, muchas veces las mujeres descuidan su salud, incluyendo sus DSSR y esto aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad¹¹.

La carga de trabajo de las mujeres aumenta en el cambio climático dado que los roles de género muchas veces las designan como las cuidadoras de los enfermos, jóvenes y viejos, y también están a cargo de cocinar y de ir a buscar agua y combustible para la familia¹². Las mujeres también son vulnerables al acoso sexual, las violaciones y otros tipos de violencia de género durante los cambios de clima extremos; por ejemplo, al caminar para ir por agua o combustible o al vivir en campamentos temporales¹³. Además, nuestros socios en Bangladesh, Nepal y Filipinas¹⁴ reportaron que se están dando matrimonios prematuros e infantiles en niñas. Estos hallazgos indican que las familias pobres están utilizando los matrimonios infantiles como una estrategia para lograr escapar de la pobreza ocasionada por

el cambio climático. Adicionalmente, la desigualdad de género restringe la movilidad de las mujeres y les impide aprender habilidades de supervivencia (por ejemplo, nadar y escalar árboles), lo cual hace que corran un riesgo mayor de quedar lesionadas o morir, en comparación con los hombres¹⁵.

El impacto del cambio climático en los DSSR tal como se acaba de describir afecta a las mujeres física y mentalmente, a corto y a largo plazo. Proporcionar servicios e información sobre los DSSR con un enfoque de derechos humanos dentro del contexto del cambio climático sería una ventaja para las mujeres y para el medio ambiente. Generalmente las mujeres prefieren tener menos hijas e hijos (tal como se vio en la necesidad no atendida de contar con planificación familiar) y una vida más saludable y empoderada, mediante la cual podrían criar a niñas y niños más saludables, contar con empleos remunerados, mejorar la condición socioeconómica de su familia y conservar los recursos naturales y el medio ambiente de su comunidad. Estas serían las contribuciones de las mujeres, convertidas en realidad mediante el acceso universal a los DSSR, para crear comunidades que resistan el medio ambiente. Existen varias razones por las cuales los DSSR de las mujeres no se priorizan en las políticas, estrategias, financiamiento y programas para combatir el cambio climático¹⁶. En primer lugar, existe una falta de entendimiento por parte de los gobiernos, e incluso entre los grupos de mujeres y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), en cuanto al impacto del cambio climático en los DSSR y viceversa. El informe del Quinto Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés) reconoció los servicios de salud reproductiva como un “co-beneficio” y una actividad humana que mitiga el

cambio climático y también beneficia la salud humana¹⁷. Sin embargo, el informe no dice nada en cuanto a los derechos reproductivos, los derechos sexuales y la salud sexual. Los DSSR incluyen los derechos de las mujeres, por ejemplo, para elegir con quien desean casarse, decidir cuántos hijos desean tener y cuándo y vivir libres de la violencia de género. Los DSSR son parte de los derechos humanos de las mujeres y no son negociables. Los Estados no pueden elegir qué derechos quieren otorgar a las mujeres.

Los DSSR implican los derechos de las mujeres, por ejemplo, para elegir con quien desean casarse, decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo y vivir libres de la violencia de género. Los DSSR son parte de los derechos humanos de las mujeres y no son negociables. Los Estados no pueden elegir qué derechos quieren otorgar a las mujeres.

En segundo lugar, aunque el papel de las mujeres como agentes de cambio, su ingenio y sus capacidades se reconocen en los documentos de la Convención Marco de la ONU sobre el Cambio Climático (UNFCCC, por sus siglas en inglés), irónicamente, a nivel de implementación, sus contribuciones “muchas veces se omiten”¹⁸ debido a la desigualdad de género. Muchas veces se las percibe como ‘víctimas’ de los desastres relacionados con el clima y sus voces y necesidades, incluyendo sus DSSR, no son escuchadas. Generalmente no se les incluye en los procesos de toma de decisiones y en la implementación de las acciones relacionadas con el clima, las cuales muchas veces ignoran sus necesidades, incluyendo sus DSSR.

destacados

En tercer lugar, debido a la naturaleza patriarcal del sistema y las estructuras, los líderes o legisladores hombres aún son quienes toman las decisiones, incluso cuando dichas decisiones conciernen los cuerpos de las mujeres, incluyendo sus DSSR. Esta tendencia no está limitada a los países en vías de desarrollo. Un ejemplo reciente es la firma de la Ley de Mordaza Global/Política de la Ciudad de México por parte del presidente estadounidense¹⁹.

El cuarto factor es la falta de transparencia en procesos y decisiones durante las negociaciones sobre cuestiones del cambio climático que suceden a nivel local, nacional e internacional. Por ejemplo, en la Conferencia de las Partes (COP, por sus siglas en inglés), los observadores de la sociedad civil, incluyendo los grupos de mujeres, tienen acceso limitado o nulo a los documentos; y las fechas y la agenda de los eventos se anuncian tardíamente²⁰. Escenarios similares ocurren en las juntas directivas del Fondo Verde para el Clima.

La pregunta entonces se reduce a ¿qué se puede hacer para que se le dé prioridad a los DSSR en el ámbito del cambio climático?

1. Hay una necesidad urgente de crear conciencia entre los grupos de mujeres y las OSC, incluyendo las OSC relacionadas con el medio ambiente, sobre el impacto negativo del cambio climático en los DSSR de las mujeres. El apoyo se puede reunir mediante diálogos inter-movimientos y alianzas con grupos de mujeres de mayor tamaño y las OSC. Estos cuerpos entonces podrían crear conciencia e incidir en sus autoridades/ legisladores nacionales y locales para incluir los DSSR en las políticas de cambio climático, el presupuesto y sus programas. También deberían monitorear a sus gobiernos y hacer que rindan cuentas.

destacados

2. Se hace mucho énfasis en la coherencia entre el Acuerdo de París y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel internacional. Más allá del ODS 13²¹, que se enfoca en la acción frente al cambio climático, muchos no conocen los vínculos entre los dos acuerdos y como se puede lograr que la coherencia sea operativa a nivel país. Un documento de trabajo del Instituto de Recursos Mundiales indica que teóricamente, los 17 Objetivos, incluyendo casi todas las metas, están alineados con las acciones climáticas en las Contribuciones Previstas y Determinadas a Nivel Nacional (INDC, por sus siglas en inglés)²² bajo el Acuerdo de París²³. El documento subrayaba que promover la coherencia entre el Acuerdo de París y los ODS a nivel nacional podría resultar en beneficios mutuos²⁴.

Esta evidencia le da a las OSC las bases para incidir en los gobiernos para que trabajen en la implementación, financiamiento y programación alineadas de los ODS y las INDCs. Este enfoque sería pragmático dado que la mayoría de los países en vías de desarrollo cuentan con recursos y capacidades limitados. También, mediante este enfoque, los problemas interrelacionados tales como la pobreza; la salud (incluyendo los DSSR); la educación; el género (incluyendo empoderar a las mujeres y fortalecer su resistencia a los impactos del cambio climático) y desarrollo se tomarían en cuenta en la planeación, presupuesto e implementación integrales.

3. Dado que el Quinto Informe de Evaluación del Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC, por sus siglas en inglés) reconoció el acceso a los servicios de salud reproductiva como un “co-beneficio”, este es un punto de entrada para que los defensores de los DSSR presionen a los gobiernos para que incluyan los DSSR²⁵ en sus programas, financiamiento y políticas

de cambio climático, incluyendo proyectos de mitigación y adaptación²⁶. La prestación de servicios para los DSSR debe ser principalmente para abordar las necesidades no cumplidas mediante un enfoque basado en derechos y no debería utilizarse para una agenda de control poblacional.

4. Los defensores de los DSSR deben persistir en dirigir los discursos y las negociaciones del cambio climático en todos los niveles hacia soluciones de género²⁷ y enfoques basados en derechos, así como introducir la inclusión de los DSSR en los programas, políticas y financiamiento del cambio climático. Deben exigir el acceso y la participación de las mujeres²⁸ en los eventos relacionados con el cambio climático en todos los niveles.

La prestación de servicios DSSR debe ser principalmente para abordar las necesidades no cumplidas mediante un enfoque basado en derechos y no debería utilizarse para una agenda de control poblacional.

5. Las agencias y los donantes de la ONU deben colaborar con los grupos nacionales de mujeres y las OSC. En el caso de las últimas, las organizaciones se pueden movilizar para crear campañas de concientización e incidencia sobre el impacto del cambio climático en la salud de las mujeres, incluyendo los DSSR; formas de mitigarlos y estrategias de adaptación para abordarlos. Los grupos objetivo para estas campañas serían los legisladores, las agencias gubernamentales centrales y locales y las comunidades de base, especialmente las mujeres.

6. Para trabajar hacia una implementación alineada con los ODS y las políticas INDCs, el financiamiento

y la programación, los gobiernos deben garantizar que todos los ministerios trabajen juntos, en lugar de trabajar de forma separada. Los ministerios deben integrar soluciones sensibles al género, incluyendo la incorporación de los DSSR en sus planes y presupuestos y al mismo tiempo tomar en cuenta que estén alineados con sus acciones nacionales contra el cambio climático.

Notas y referencias

- 1 El objetivo 3 declara, “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”. Naciones Unidas, “Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-being for All at All Ages,” <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#7e9fb9b0ec8c8e6e6>.
- 2 WHO, “Keynote Address at the Human Rights Council Panel Discussion on Climate Change and the Right to Health”, Génova, 3 de marzo, 2016, <http://www.who.int/dg/speeches/2016/humanrights-council/en/>.
- 3 Este proyecto contó con el apoyo de la Agencia Noruega para la Cooperación del Desarrollo (Norad) y lo tituló “Building New Constituencies for Women’s SRHR: Working with Rights-based Climate Change/Environment Groups and Faith-based Groups to Build Momentum for SRHR in the Lead-up to the New Development Framework” (Construyendo Nuevas Aliadas para los DSSR de las Mujeres: Trabajando con Grupos de Cambio Climático/Ambientalistas basados en Derechos y con Grupos basados en Fé para crear ímpetu para los DSSR en las Vísperas del Marco del Nuevo Desarrollo). Ocho socios estuvieron involucrados en este proyecto, específicamente, Khan Foundation (Bangladesh), Yayasan Jurnal Perempuan (Indonesia), University Health Sciences (Lao PDR), Penita Initiative (Malasia), Huvadhoo Aid (Maldivas), Women’s Rehabilitation Centre (Nepal), Sindh Foundation (Pakistán) y PATH Foundation (Filipinas).
- 4 Organización Mundial de la Salud, *Gender, Climate Change and Health* (Génova: World Health Organisation, 2014), http://www.who.int/globalchange/publications/reports/gender_climate_change/en/.
- 5 Algunos ejemplos de eventos climáticos extremos son las sequías, inundaciones, ciclones, aumento del nivel del mar, clima más cálido y contaminación del aire.
- 6 Esto se debe a las fallas en los cultivos y a un incremento en el precio de los alimentos.
- 7 “Gender and Nutrition”, FAO, <http://www.fao.org/docrep/012/a184e/a184e00.pdf>.
- 8 Lim Hwei Mian, *Women’s Health and Climate Change* (Kuala Lumpur: ARROW, 2017). <http://arrow.org.my/publication/womens-health-climate-change/>.
- 9 Ibidem.
- 10 Ibidem y Zonibel Woods, “Identifying Opportunities for Action on Climate Change and Sexual and Reproductive Health and Rights in Bangladesh, Indonesia, and the Philippines”, ARROW Working Papers (Kuala Lumpur: ARROW, 2014), <http://arrow.org.my/publication/identifying-opportunities-for-actionon-climate-change-and-sexual-and-reproductive-health-andrights-in-bangladesh-indonesia-and-the-philippines/>.
- 11 Lim Hwei Mian, *Women’s Health and Climate Change*.

12 Ibidem.

13 Ibidem.

14 Khan Foundation, *Bangladesh Scoping Study: Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Women's SRHR and Climate Change: What Is the Connection?* (Dhaka and Kuala Lumpur: Khan Fdn. y ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Bangladesh.pdf; Women's Rehabilitation Centre (WOREC), *Nepal Scoping Study: Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Research Report on Inter-relationship between Climate Change, Agriculture, Food Security and SRH* (Katmandú y Kuala Lumpur: WOREC y ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Changeand-SRHR-Scoping-Study_Nepal.pdf; y PATH Foundation, Filipinas: *Building New Constituencies for Women's SRHR: Climate Change and SRHR; Linking SRHR, Population, Health, Environment and Climate Change Initiatives: A Scoping Study on Women and Fishers in the Philippines* (Makati y Kuala Lumpur: PATH y ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wpcontent/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Philippines.pdf.

15 World Health Organization, *Gender, Climate Change and Health* (Génova: Organización Mundial de la Salud, 2014).

16 Éstos incluyen los que se establecen en el Plan Nacional de Adaptación para los Estados (NAPs, por sus siglas en inglés) y/o los Programas de Acción para la Adaptación Nacional (NAPAs, por sus siglas en inglés).

17 Kirk R. Smith, Alistair Woodward, Diarmid Campbell-Lendrum, Dave D. Chadee, Yasushi Honda, Qiyong Liu, J.M.Olwoch, Boris Revich y Rainer Sauerborn, "Human Health: Impacts, Adaptation, and Co-benefits", en *Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability—Part A: Global and Sectoral Aspects, Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Field, C.B., et al. (Eds.) (Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press, 2014), 709-754, http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/WGIIAR5-Chap11_FINAL.pdf.

18 UN Women, *Leveraging Co-benefits Between Gender Equality and Climate Action for Sustainable Development*:

Mainstreaming Gender Considerations in Climate Change Projects (Nueva York: UN Women, 2016, https://unfccc.int/files/gender_and_climate_change/application/pdf/leveraging_cobenefits.pdf).

19 "Trump's Order on Abortion Policy: What Does It Mean?," BCC News, 24 de enero, 2017, <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-38729364>.

20 La Circunscripción de Mujeres y Género (WGC, por sus siglas en inglés) ha expresado los problemas identificadas con UNFCCC. Ver: "Rightsholders and Duty-bearers", WGC, 6 de marzo, 2017, <http://womensgenderclimate.org/rights-holders-duty-bearers/>.

21 El Objetivo 13 es "Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos".

22 A las partes de la Conferencia de las Partes (COP, por sus siglas en inglés) se les requiere que envíen sus INDCs a la UNFCCC. El INDC de cada país especificaría sus acciones climáticas post-2020 para reducir la emisión de gases invernadero y a veces también incluye "cómo se adaptarán a los efectos del cambio climático y qué apoyo necesitan de otros países o darán a otros países para adoptar opciones bajas en carbono y construir su resiliencia al cambio climático". Ver: "What is an INDC?," World Resources Institute, <http://www.wri.org/indc-definition>.

23 Para más información, ver: Eliza Notrhop, Hana Biru, Sylvia Lima, Mathilde Bouye y Ranping Song, "Examining the Alignment Between the Intended Nationally Determined Contributions and Sustainable Development Goals", Documento de Trabajo (Washington DC: World Resources Institute, 2016), <http://www.wri.org/publication/examining-alignment-between-intended-nationally-determined-contributions-and-sustainable>.

24 El documento de trabajo mencionó que a nivel país, las políticas y acciones de desarrollo sostenible que estén bien diseñadas contribuirán a "reducir las emisiones de gases invernadero y mejorar la resiliencia a los efectos del clima". Por otro lado, las políticas, estrategias y programas climáticos nacionales para propósitos de adaptación y mitigación podrían contribuir a alcanzar los ODS.

25 La prestación de servicios de salud reproductiva es insuficiente, debería abarcar los servicios de los DSSR e

información para servicios de planificación familiar; servicios relacionados con el embarazo, incluyendo habilidad para asistencia en el parto, atención obstétrica de emergencia y atención post-aborto; prevención de ITS y VIH y diagnóstico y tratamiento de ITS; prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama y cervicai; prevención de violencia de género y atención a sobrevivientes, administración y atención en servicios de SSR; y habilidades básicas sensibles al género basadas en la educación de la SSR. Ver: UNFPA, *Making Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health a Reality for All; Reproductive Rights and Sexual and Reproductive Health Framework* (Nueva York: UNFPA, 2008), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SRH_Framework.pdf.

26 Al vincular los servicios de salud reproductiva a la mitigación, se debería advertir que es necesario apearse al enfoque basado en derechos y que es necesario proporcionar información integral sobre los servicios prestados a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas sobre el espaciado y la limitación. Los servicios de salud reproductiva no se deben utilizar como un medio para controlar el crecimiento de la población, lo cual muchas veces conduce a abusos, coerción y violación de los derechos humanos de las mujeres, para el propósito de reducir las emisiones de gases invernadero. Aunque el informe IPCC solamente vincula los servicios de salud sexual a la mitigación, es más vital vincular los DSSR a la adaptación. Los proyectos de adaptación generalmente incluyen componentes de desarrollo. Incluir los DSSR contribuiría a obtener beneficios no vinculados a la eliminación de carbono / sociales y de género.

27 Los grupos de mujeres y las OSC podrían usar la herramienta desarrollada por la Organización de Mujeres sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (WEDO, por sus siglas en inglés) para rastrear la inclusión de género en las políticas y documentos sobre el cambio climático a nivel internacional y nacional. Ver: "WEDO Launches Gender Climate Tracker Mobile App", 15 de noviembre, 2016, <http://wedo.org/gender-climate-tracker-app/>.

28 Incluyendo a mujeres de poblaciones indígenas, vulnerables y marginadas.

CAMBIANDO EL TERRENO DE LOS DERECHOS SEXUALES EN LA ONU

Por Meghan Doherty

Sexual Rights Initiative (SRI)/Action Canada for Sexual Health and Rights

Email: meghan@sexualhealthandrights.ca

Pocos temas suscitan la ira y pasión de los Estados y los defensores en la ONU como los derechos sexuales. El término es un detonante geopolítico y muchas veces una amplia gama de actores lo malinterpretan.

A pesar de grandes avances normativos y de jurisprudencia de los derechos sexuales dentro del sistema internacional de derechos humanos, algunos continúan

decididamente negando su existencia, mientras que otros limitan el término a la orientación sexual e identidad de género. Otros tratan de separar la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales, los derechos reproductivos y los derechos relacionados con el género marcadamente en apartados separados y como cuestiones diferentes. Esta falta de entendimiento común de los derechos sexuales como universales,

afirmativos, inter-seccionales y arraigados en la autonomía ha propiciado formas fragmentadas de abordar los derechos sexuales y reproductivos y la salud reproductiva (DSSR)¹ dentro del sistema de la ONU. Con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, resulta útil reflexionar sobre la trayectoria de los derechos sexuales dentro del sistema de la ONU y considerar una variedad de enfoques que

destacados

tienen el potencial de cambiar el terreno para que podamos avanzar en una visión cohesiva de los derechos sexuales en las políticas globales.

La movilización, politización e incidencia sin precedentes de las feministas de todo el mundo en las vísperas de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993, la Conferencia Internacional del Cairo sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing en 1995 (Beijing) cambiaron irrevocablemente el discurso y la dirección de las políticas de población, del desarrollo y de los derechos de las mujeres. Entre los muchos triunfos, los derechos reproductivos se reconocieron y se definieron explícitamente, los derechos de las mujeres se reafirmaron inequívocamente como derechos humanos y el derecho de una mujer a tener control sobre su sexualidad se consagró en los acuerdos de consensos internacionales no vinculantes.

La bien merecida obtención de estos logros fue celebrada con justa razón, pero tuvo un precio. Durante las negociaciones de la CIPD, un lenguaje más débil y los calificativos de la soberanía nacional sobre el aborto se aceptaron como compromisos, se sacrificaron los derechos sexuales para proteger otras victorias y las provisiones de salud sexual y reproductiva para adolescentes se limitaron a las enfermedades y a la prevención del embarazo. En Beijing, al año siguiente, mucho del lenguaje de la CIPD se replicó e incluso el muy elogiado párrafo sobre los derechos de las mujeres sobre el control de su sexualidad fue planteado desde un marco heteronormativo².

Aunque las revisiones de seguimiento a la CIPD y Beijing durante los siguientes 20 años lograron algunos avances, en general, los Estados discutieron sobre un

lenguaje que ya se había acordado y se progresó poco. La falta de mecanismos adecuados de rendición de cuentas, el contragolpe que se dio a lo obtenido en el Cairo y Beijing, los cambios en las prioridades de financiamiento, las crisis financieras, los re-establecimientos de la Ley Mordaza Global y la marginación de los derechos sexuales y reproductivos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (incluyendo siete años sin una meta para la salud reproductiva) fueron algunos de los factores que contribuyeron a un estancamiento de los derechos sexuales en la ONU.

A pesar de los contratiempos políticos, los defensores detectaron las oportunidades para progresar dentro del sistema de derechos humanos de la ONU. Desde 2002, los defensores que trabajaban en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU (el antecesor del Consejo de Derechos Humanos de la ONU) comenzaron a usar este marco para forjar una ruta alternativa para lograr avanzar en los derechos sexuales en la ONU. Este enfoque se basó en la premisa de identificar a los sujetos de derechos y a lo que éstos tienen derecho por un lado, y a los titulares de obligaciones y a lo que están obligados, por el otro. Usando el sistema de expertos independientes³ asignados por la ONU para analizar y reportar varios problemas y situaciones de derechos humanos en varios países, la complejidad de las vidas de las personas se puso al centro y al frente, haciendo énfasis en la rendición de cuentas del Estado. Este cambio en el marco de los derechos sexuales desde la conducta individual hasta la responsabilidad del Estado, tal como se establece en los tratados internacionales de derechos humanos, fue vital para progresar y entender las diferentes formas en las que la sexualidad, el género y la reproducción se interrelacionan, cómo se vinculan con la raza, la clase, la etnia, la discapacidad, la geografía,

el estatus migratorio, la religión y así sucesivamente, y las obligaciones positivas de los Estados para remediar las violaciones a los derechos y crear un ambiente propicio para la materialización de los derechos sexuales.

Este cambio en el marco de los derechos sexuales desde la conducta individual hasta la responsabilidad del Estado, tal como se establece en los tratados internacionales de derechos humanos, fue vital para progresar y entender las diferentes formas en las que la sexualidad, el género y la reproducción se interrelacionan, cómo se vinculan con la raza, la clase, la etnia, la discapacidad, la geografía, el estatus migratorio, la religión y así sucesivamente, y las obligaciones positivas de los Estados para remediar las violaciones a los derechos y crear un ambiente propicio para la materialización de los derechos sexuales.

Las sólidas bases que se desarrollaron a través de los años condujeron a un gran avance en una variedad de temas sobre derechos sexuales en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU⁴. Sin embargo, siguió existiendo una desconexión con los procesos mundiales de desarrollo. Conforme los ODM llegaban a un brusco final y a la CIPD y Beijing se les agotaba el tiempo con asuntos importantes sin concluir, los defensores de todo el mundo se lanzaron a las negociaciones post-2015 para presionar y lograr una integración significativa de los estándares de derechos humanos

relacionados con la sexualidad, el género y la reproducción en el documento final. En última instancia, el lenguaje final de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fue una gran mejora con respecto a los ODM. Sin embargo, los derechos sexuales una vez más quedaron separados de los derechos reproductivos y las negociaciones redujeron su alcance al considerar principalmente la relevancia de los derechos sexuales a la orientación sexual en el contexto de la violencia y la no discriminación. Los argumentos para incluir los derechos sexuales basados en la autonomía, la interseccionalidad y la autodeterminación no tuvieron el impulso suficiente en una etapa convenientemente temprana para sostenerse a través de las negociaciones.

Aunque los derechos sexuales no se incluyeron explícitamente en los planes de los ODS, hubo logros considerables que son oportunidades para avanzar en el tema de los derechos sexuales a nivel nacional, regional y mundial. En primer lugar, la declaración política reafirma la centralidad de los derechos humanos para el desarrollo y hace cuantiosas referencias a los tratados internacionales de derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, los derechos reproductivos, la desigualdad, la discriminación, el acceso a la justicia y los compromisos para llegar hasta los más vulnerables. En segundo lugar, algunos de los indicadores de los ODS están alineados con los estándares de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente dado que se relacionan con la no discriminación (5.1.1, 10.3.1), la toma de decisiones autónoma en las relaciones sexuales, la anticoncepción y la atención a la salud reproductiva (5.6.1), las obligaciones del Estado para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva (5.6.2), el desglose de datos para las nuevas infecciones de VIH incluyendo poblaciones clave (3.3.1) y la aceptabilidad de los servicios de

salud (16.6.2). En tercer lugar, el énfasis para llegar primero hasta los que se encuentran más relegados, empodera a los Estados para considerar y remediar la discriminación estructural y sistemática y la marginación que invisibilizan las violaciones a los derechos sexuales.

Algunos Estados se encuentran reorganizando sus políticas de desarrollo para alinearlas con los ODS y los mecanismos institucionales de la ONU se están haciendo operativos. Esto representa una oportunidad única para asegurarnos de que se enlacen los instrumentos internacionales vinculantes de los derechos humanos y los compromisos voluntarios, para de este modo incidir y lograr mayor alineamiento entre los indicadores de los ODS y los de derechos humanos⁵, y para exigir que los principios de derechos humanos de participación, rendición de cuentas, transparencia, cooperación internacional, empoderamiento, sostenibilidad y no discriminación se apliquen sistemáticamente en todos los niveles de implementación y los procesos de seguimiento.

El Foro Político de Alto Nivel (FPAN) anual sobre los ODS en las oficinas centrales de la ONU en Nueva York es un espacio obvio para incidir en lograr una visión más integral de los derechos sexuales con la premisa de las normas y estándares de los derechos humanos. Sin embargo, esta estrategia no está libre de riesgos. Existe el potencial de que el marco de los derechos humanos se coopte con la agenda de desarrollo, la cual no tiene las mismas bases para los derechos sexuales, lo que finalmente podría conducir a un debilitamiento del marco de los derechos humanos. Otro riesgo es que se utilicen problemas específicos de derechos sexuales en momentos políticamente convenientes, lo cual debilitaría el principio fundamental de la autonomía. Esto queda demostrado

destacados

con más claridad en los esfuerzos del Estado por promover el acceso a la planificación familiar, pero no para apoyar el acceso a los abortos seguros⁶ y una retórica que instrumentaliza los derechos de las mujeres como un medio para lograr el desarrollo económico⁷. Además, aunque es una gran mejora con respecto a los ODM, el sistema de rendición de cuentas que actualmente se usa para los ODS ha sido muy criticado,⁸ dado que se basa en revisiones voluntarias creadas por los Estados, la infraestructura para la recolección de datos para medir el avance en los objetivos es insuficiente en muchos países y la participación formal de la sociedad civil todavía está mal definida.

Las activistas de los derechos sexuales deben estar alertas en sus esfuerzos por involucrarse en los procesos de los ODS y considerar puntos de entrada alternativos para fortalecer los derechos sexuales. El Consejo de Derechos Humanos y los organismos definidos por su tratado ofrecen una vía para lograr esto. Bajo el Examen Periódico Universal (EPU), se revisa el historial completo de derechos humanos de los 193 Estados de la ONU cada cuatro años y medio. Este proceso de revisión por pares, con una gran aportación y actividad de la sociedad civil a nivel nacional, ha demostrado ser útil para presentar problemas de derechos sexuales que se han dejado desatendidos. Los Procedimientos Especiales, en su rol de expertos independientes (que, por tanto, quedan libres de las políticas inter-gubernamentales), continúan expandiendo el análisis de los derechos sexuales mediante sus informes temáticos, sus visitas a los países y el sistema de comunicaciones. Los cuerpos del tratado, con una legitimidad que surge de la ley internacional, examinan a fondo los detalles de las leyes, políticas y prácticas que dificultan la materialización de los derechos sexuales a nivel país y

destacados

dan jurisprudencia mediante el sistema individual de quejas.

Otra vía son los Foros de Desarrollo Sostenible regionales que se establecieron para informar al FPAN. Estos foros podrían ser el espacio para debates más contextuales y productivos sobre los problemas que enfrentan algunas regiones en particular, debido a que están dirigidos por líderes regionales, están informados por parte de las organizaciones de la sociedad civil y pueden recurrir a los organismos de derechos humanos que ya existen.

Estos puntos de entrada alternativos también presentan retos. En el Consejo de Derechos Humanos, alianzas de varios Estados de diferentes regiones pueden incluir a Rusia, Egipto, Paquistán, El Salvador, India, Arabia Saudita, Nigeria, Uganda, China y ahora Estados Unidos, entre otros, y organizan cuidadosos e incesantes ataques a los derechos sexuales y reproductivos, dependiendo del tema. El afianzamiento de la resolución de “Protección de la Familia”, apoyada por muchos de estos Estados, ha creado precedentes peligrosos, los cuales se acercan cada vez más a acordar protecciones especiales para familias heteronormativas y patriarcales y ponen en riesgo el derecho a ambientes familiares libres de violencia⁹. Con respecto a los Foros de Desarrollo Sostenible, algunas regiones están dominadas por Estados que son extremadamente hostiles hacia los derechos sexuales y también carecen de cuerpos regionales robustos de derechos humanos, lo cual limita sus oportunidades para tener diálogos y avances significativos.

Además, la implicación con mecanismos de la ONU depende de la habilidad de la sociedad civil y los activistas para organizarse libremente, expresar su inconformidad, viajar a las reuniones

e interactuar constructivamente con funcionarios de la ONU y del gobierno sin temor a represalias. Con el auge de los regímenes autoritarios y el aumento correspondiente de la influencia de los actores regresivos con la intención de salvaguardar las normas patriarcales, el espacio para la incidencia de los derechos sexuales se está reduciendo en todos los niveles¹⁰. Finalmente, la cuestión de quién (o, más importante aún, de quién no) participa en los procesos de la ONU plantea serias preguntas sobre a quién está representando la ‘sociedad civil’ en estos foros, ¿por quién se supone que hablan? y finalmente ¿cuál es la importancia de la ONU en los contextos nacionales si los desarrollos no se comunican y se difunden eficazmente a nivel local?

A pesar de estos retos, el énfasis integrado al marco de los derechos humanos en cuanto a la rendición de cuentas del Estado y la universalidad de los derechos crea puntos de entrada vitales que tienen el potencial de interrumpir la lógica circular de la soberanía del Estado y el relativismo cultural que muchísimas veces plaga el discurso mundial sobre los derechos sexuales. Una mejor coordinación entre todos estos mecanismos de la ONU, incluyendo los ODS, así como abordar los problemas urgentes mencionados en este apartado, es vital para mejorar la rendición de cuentas de las obligaciones del Estado para que respete, proteja y cumpla con una amplia gama de derechos sexuales interdependientes.

El efecto acumulativo de estos procesos de rendición de cuentas presiona a cada Estado para que haga los cambios legales, de políticas, administrativos y presupuestarios necesarios que contribuyan a la materialización de los derechos sexuales para todas las personas dentro de su jurisdicción. Conforme las posiciones nacionales cambian lentamente en respuesta

a la presión de la sociedad civil, en donde dicha incidencia es posible, las posiciones políticas internacionales también cambian, creando así el ímpetu necesario para el apoyo mundial a los derechos sexuales en los ODS y más allá de ellos¹¹.

El reconocimiento de los derechos sexuales en la ONU y dentro de los procesos de los ODS no significa nada si no tiene relevancia en las vidas de las personas. Como activistas de derechos sexuales a nivel mundial, nunca debemos perder de vista este hecho y constantemente debemos usar las herramientas que tenemos para fortalecer las conexiones entre los estándares nacionales, regionales e internacionales y hacer que sean más cohesivos y que funcionen bajo la premisa del derecho humano inalienable de cada persona de tener control sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, el género y la reproducción y decidir libremente sobre dichos aspectos.

El reconocimiento de los derechos sexuales en la ONU y dentro de los procesos de los ODS no significa nada si no tiene relevancia en las vidas de las personas. Como activistas de derechos sexuales a nivel mundial, nunca debemos perder de vista este hecho y constantemente debemos usar las herramientas que tenemos para fortalecer las conexiones entre los estándares nacionales, regionales e internacionales y hacer que sean

más cohesivos y que funcionen bajo la premisa del derecho humano inalienable de cada persona de tener control sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, el género y la reproducción y decidir libremente sobre dichos aspectos.

Como signatarios de los instrumentos internacionales de derechos humanos, los Estados deben ser responsabilizados por sus acciones o sus inacciones en este respecto en cualquier momento y situación posible. La incidencia en la ONU es solamente una pieza del gran rompecabezas de los derechos sexuales y no está libre de sus considerables defectos, pero ha hecho y continúa haciendo una indeleble contribución a las políticas que fortalecen los sistemas necesarios para proteger el derecho de cualquier persona a vivir con dignidad.

Notas y referencias

1 Alice M. Miller y Mindy Jane Roseman, "Sexual and Reproductive Rights at the United Nations: Frustration or Fulfillment?", *Reproductive Health Matters* 19, no. 38 (2011): 102-118, [http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(11\)38585-0](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(11)38585-0).

2 Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia sobre la Mujer, (1995). A/CONF.177/20 párrafo 96: "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual."

3 Los expertos independientes del sistema de derechos humanos de la ONU incluyen a miembros de los comités de

las coorganizaciones del tratado, asignados para monitorear la implementación por parte del Estado de los tratados de derechos humanos y procedimientos especiales señalados por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, pero son independientes de cualquier gobierno que reporte y asesore en temas de derechos humanos desde cierta temática o perspectivas específicas de un país. Para más información, ver: "Special Procedures of the Human Rights Council," UN Human Rights Office of the High Commissioner, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Welcompage.aspx>.

4 Ver por ejemplo: UNHRC, "A/65/162 Report of the Special Rapporteur on the Right to Education, Vernor Muñoz" (2010), http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=18040; UNHRC, "A/66/254 Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover" (2011), http://www.un.org/ga/search/viewm_doc.asp?symbol=A/66/254; UNHRC, "A/HRC/14/20 Report of the United Nations Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover" (2010), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>; UNHRC, "Report of the United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo" A/HRC/17/26 (2011), <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A-HRC-17-26.pdf>; UNOHCHR, "A/HRC/21/22 Technical Guidance on the Application of a Human Rights-based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality" (2012), http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf.

5 Ver: UNOHCHR, Human Rights Indicators: A Guide to Measurement and Implementation (2012), http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_en.pdf; UNOHCHR, *Summary Reflection Guide on a Human Rights Based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under 5 Child Health*, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf; UNOHCHR, "A/HRC/33/24 Follow-up on the Application of the Technical Guidance on the Application of a Human Rights-based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Mortality and Morbidity" (2016), <http://www.refworld.org/docid/57e13c554.html>.

6 Ver, por ejemplo: "A/HRC/35/L.15 Explanation of Position by the United States of America; Statement by the Delegation of the United States of America, as delivered by Jason Mack; Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Sesión 35, Génova, 22 de junio, 2017", Misión de Estados Unidos Génova, Suiza, <https://geneva.usmission.gov/2017/06/22/u-s-explanation-of-position-on-human-rights-council-resolution-on-violence-againstwomen/>.

destacados

7 Ver por ejemplo, la declaración del Honorable Dr. Pakalitha B. Mosisili Primer Ministro y Jefe de Gobierno del Reino de Lesoto durante el Diálogo Interactivo de la Cumbre de Desarrollo Post-2015: "Tackling Inequalities, Empowering Women and Girls and Leaving No One Behind" el 25 de septiembre, 2015. Dijo, "Co-presidentes, empoderar a las mujeres y a las niñas es empoderar a la humanidad. Como dice el dicho, 'EMPODERAR A LAS MUJERES ES EMPODERAR A UNA NACIÓN'. Por lo tanto, nos corresponde, como líderes, trabajar juntos en la unidad de un propósito labrando el camino para que las mujeres y las niñas jueguen su legítimo papel para construir una economía mundial sostenible para el beneficio de toda la humanidad". <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/19216lesotho.pdf>.

8 Ver, por ejemplo: Centre for Economic and Social Rights, "Accountability Left Behind in SDG Follow up and Review", <http://www.cesr.org/accountability-left-behind-sdg-follow-andreview>.

9 Ver, por ejemplo: "UN Experts Call for Resistance as Battle Over Women's Rights Intensifies", UNOHCHR, 28 de junio, 2017, <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21809&LangID=E>;

"Strong Concerns on 'Protection of the Family' Resolution at HRC 35", AWID, 19 de junio, 2017, <https://www.awid.org/news-and-analysis/hrc-35-strongconcerns-resolution-protection-family>.

10 Naureen Shameem, *Rights at Risk: Observatory on the Universality of Rights Trends Report 2017* (Toronto: Association of Women's Rights in Development, 2017), <https://www.oursplatform.org/wp-content/uploads/Rights-At-Risk-OURs-Trends-Report-2017.pdf>.

11 Esto se observó más recientemente en el caso de Botswana. Anteriormente, el gobierno de opuso a incluir la educación integral en sexualidad (EIS) en las resoluciones de la ONU. Después de muchos años de incidencia a nivel nacional, las recomendaciones de CEDAW (CEDAW/C/BOT/CO/3, párrafo 36), el Relator Especial del Derecho a la Educación [E/CN.4/2006/45/An.1, párrafo 76 (k)], la participación en el Compromiso Ministerial sobre la Educación Integral en Sexualidad y los Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes en el este y el sur de África coordinado por la UNESCO, la política de Botswana cambió y ahora el gobierno vota a favor de la EIS en el Consejo de Derechos Humanos, uno de los pocos Estados africanos en hacerlo. Aunque Botswana ha adoptado la EIS en el Consejo de Recursos Humanos, al mismo tiempo, también se opone vehementemente a cualquier debate relacionado con la orientación sexual y la identidad de género, lo cual demuestra nuevamente la necesidad de crear los vínculos en toda la gama de derechos sexuales.

¿POR QUÉ SIGUEN MURIENDO MUJERES DEBIDO A ABORTOS INSEGUROS?

Introducción. Para que las mujeres alcancen su potencial como seres humanos en la sociedad, necesitan poder controlar su fertilidad. Dado que el embarazo lo lleva una mujer dentro de su cuerpo, arriesgando su salud y a veces su vida, debería poder tomar la decisión de embarazarse o no y de decidir si continuar con un embarazo o no.

Las décadas recientes han sido testigo de una constante disminución de la edad de la menarca hasta los 10 años, mientras que la edad de la menopausia sigue estando alrededor de los 50 años¹. Así que una niña que actualmente tiene 10 años puede esperar tener que lidiar con aproximadamente 480 ciclos menstruales durante su vida y al mismo tiempo desear tener tal vez uno o dos hijas o hijos. Por lo tanto necesitará algún método anticonceptivo que la proteja de tener un embarazo no deseado 478 veces sin fallar.

Anticoncepción. En los países en vías de desarrollo aproximadamente la mitad de las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva (u 818 millones de mujeres) desean evitar el embarazo, pero aproximadamente el 17% de esas mujeres (o 140 millones) no está usando ningún método de planificación familiar mientras que el 9% (o 75 millones) está usando métodos tradicionales menos eficaces² o se considera que tienen una necesidad insatisfecha de contar con anticonceptivos modernos³. Problemas como falta de conocimientos, mitos y conceptos erróneos, así como limitantes en la autonomía y la capacidad de agencia de las mujeres resultan en que⁴ el acceso a dichos métodos muchas

veces está limitado para algunas mujeres que no pueden negociar los.

Adicionalmente, utilizar la anticoncepción no elimina la necesidad de contar con servicios de aborto seguros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 33 millones de usuarias a nivel mundial experimentarán un embarazo accidental cada año empleando anticonceptivos⁵. Incluso si todas las usuarias siguieran las instrucciones perfectamente, existirían casi seis millones de embarazos accidentales al año, de acuerdo con los cálculos anteriores de la OMS⁶.

Embarazos No Deseados. Además de los problemas de acceso y las fallas anticonceptivas, las mujeres experimentan muchas otras circunstancias de vida en las que desean interrumpir un embarazo, tales como una violación, en donde existen riesgos a la salud y a la vida de la mujer, anomalías fetales, razones económicas y otras razones personales, tales como estar en una relación abusiva, tener otra niña o niño pequeño o cualquier otra razón que dificulte su capacidad de llevar su embarazo a término y criar a otra hija o hijo. Con el creciente número de crisis humanitarias, es probable que más mujeres enfrenten embarazos no deseados que requieran acceso a abortos seguros.

Métodos de Aborto. Un embarazo no deseado puede terminarse utilizando métodos quirúrgicos o utilizando pastillas médicas. Las últimas pueden ser una combinación de Mifepristona o

Misoprostol o Misoprostol solamente cuando la Mifepristona no esté registrada en el país⁷. Los dos métodos tienen sus ventajas y desventajas⁸.

Barreras para el Acceso en Asia. El control sobre el acceso al aborto ha sido parte de una larga lucha histórica contra la cultura patriarcal, la glorificación de la maternidad, la religión, la política y la economía, todo lo cual juega un importante papel en cada fase. Cuando las mujeres desean terminar un embarazo no deseado, ya sea que haya estado planeado o no, muchas veces se enfrentan con barreras. Dichas barreras van desde leyes restrictivas⁹, actitudes negativas por parte de la prestadora o prestador del servicio¹⁰, poca disposición para interpretar la ley en su totalidad¹¹, la falta de instalaciones para partos¹², y la no disponibilidad de pastillas para aborto médico, entre muchas otras razones.

El control sobre el acceso al aborto ha sido parte de una larga lucha histórica, contra la cultura patriarcal, la glorificación de la maternidad, la religión, la política y la economía, todo lo cual juega un importante papel en cada fase.

El número de abortos no seguros en Asia parece haber aumentado de 9.8 millones en 2003 a 10.8 millones en 2008^{13,14}. Incluso en países con leyes liberales, tales como India y Nepal, hay dificultades para el acceso y las mujeres continúan muriendo debido a abortos inseguros¹⁵.

Por Suchitra Dalvie, Dra., MRCOG
Coordinadora, Asia Safe Abortion Partnership
Email: suchidoc@hotmail.com

Las mujeres que buscan el aborto en el segundo trimestre enfrentan barreras todavía mayores¹⁶.

Las últimas dos décadas han visto surgir un nuevo obstáculo para acceder al aborto en algunos países de Asia, como resultado de la determinación del sexo y las respuestas de políticas y programas¹⁷. Estos enfoques proteccionistas reflejan una falta de entendimiento sobre que la discriminación de género inherente en la sociedad es la causa raíz de la determinación del sexo y una falta de reconocimiento de que el aborto seguro es un derecho de la mujer o un asunto de autonomía corporal¹⁸.

Las Leyes y su Impacto en el Acceso al Aborto en Asia. Las leyes en la mayoría de los países asiáticos continúan basándose en los Códigos Penales de sus colonizadores¹⁹, a pesar de que los países europeos colonizadores ya hayan superado estas concepciones previas.

En Nepal, en donde el aborto se legalizó con amplios fundamentos en 2002, parece que las complicaciones relacionadas con el aborto están disminuyendo. Un estudio reciente en ocho distritos descubrió que las complicaciones relacionadas con el aborto representaron el 54% de todas las enfermedades maternas tratadas en instalaciones médicas en 1998, pero en 2008-2009²⁰ solamente representaron el 28%. Por otro lado, en países como Indonesia y Filipinas en donde las leyes sobre el aborto son restrictivas y el acceso a servicios seguros es difícil, son muchas las muertes maternas ocasionadas por abortos inseguros^{21,22}.

Aunque más países han liberalizado sus leyes de aborto en la última década²³, aún hay mucho por hacer. Dirigiéndose a la Asamblea General de la ONU en octubre de 2011, el entonces Relator Especial de la ONU para la Salud, Anand Grover, hizo

un llamado urgente a todos los gobiernos para despenalizar por completo el aborto²⁴.

De hecho, hasta principios del siglo 19, existían pocas prohibiciones legales en contra del aborto y las parteras de varias culturas y lugares proporcionaron abortos. El aborto gradualmente se penalizó en Europa, muchas veces aparentemente bajo el pretexto de 'proteger' a las mujeres. Tal como argumentan muchos historiadores, esto de hecho fue parte de un contraataque anti-mujeres ocasionado por las crecientes luchas por los derechos de las mujeres que estaban emergiendo. Controlar el acceso al aborto facilitaba restringir a las mujeres a su papel tradicional de producir hijas e hijos.

Evitar que las curanderas practicaran estos abortos fue el siguiente paso²⁵, ya que los médicos intentaron establecer derechos exclusivos para practicar la medicina. Por ende, la recién formada American Medical Association (AMA) argumentó que el aborto era inmoral y peligroso. Para 1910, todos los estados de Estados Unidos habían penalizado el aborto, excepto cuando fuera necesario, a consideración del médico, para salvar la vida de la mujer. El aborto legal se transformó exitosamente en una práctica 'únicamente de los médicos'.

En años recientes la Federación de Obstetras y Ginecólogos de la India (FOGSI, por sus siglas en inglés) y la Asociación Médica India (IMA, por sus siglas en inglés) jugaron un papel similar. Ambas organizaciones se opusieron a la propuesta del gobierno para modificar la ley del aborto para permitir la práctica a médicos y enfermeras y enfermeros no alópatas, a pesar de estudios que demostraron que todos estos profesionales pueden recibir capacitación para hacerlo de forma segura^{26, 27}.

destacados

El papel que los grandes donantes y las grandes farmacéuticas, juegan en decidir las prioridades, crear limitantes y redefinir la salud reproductiva es un problema grave contra el cual la sociedad civil no se ha pronunciado con la suficiente fuerza aún.

Política y Economía. Desde 1984, cuando la primera Política de México (o Ley Mordaza Global) se implementó, los derechos al aborto se han convertido en un problema político que se centra en los Estados Unidos. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 ha sido un capítulo clave en esta política mundial debido a que definió el aborto como un gran problema de salud mundial y legitimó el concepto de los derechos reproductivos. Sin embargo, incluso el Programa de Acción de la CIPD tuvo que incluir un lenguaje conciliador solicitando que el aborto fuera "seguro cuando fuera legal". Desde entonces hemos tenido que negar que el aborto es un método de planificación familiar cuando claramente lo es para algunas mujeres; hemos tenido que estar de acuerdo con que los 'abortos repetidos' necesitan más asesoría sobre la anticoncepción; hemos aceptado que el aborto no solamente debe ser seguro y legal sino también 'poco frecuente'; y solamente hemos protestado tímidamente en contra de aseveraciones que afirman que una mayor anticoncepción es la solución para reducir la tasa de abortos²⁸.

La Ley Mordaza Global, que el presidente estadounidense firmó al tercer día de su mandato, va a dejar un rastro de devastación y mujeres muertas a su paso. En países como Camboya, Myanmar e incluso Nepal, donde el financiamiento de USAID apoya

destacados

a muchas ONG internacionales y locales para proporcionar anticonceptivos y referencias o servicios de aborto seguros, es probable que esto resulte en casi 200,000 embarazos no deseados con la posibilidad de 50,000 abortos inseguros cada año²⁹.

El papel que los grandes donantes y las grandes farmacéuticas, juegan en decidir las prioridades, crear limitantes y redefinir la salud reproductiva es un problema grave contra el cual la sociedad civil no se ha pronunciado con la suficiente fuerza aún. ¿Se espera que los médicos trabajando para los sistemas de prestación de servicios ‘amordazados’ oculten su conocimiento sobre opciones seguras de aborto a las mujeres, sabiendo que esto podría conducir a la muerte a algunas de ellas? ¿Es aceptable que algunos programas de ‘planificación familiar’ impongan un callejón sin salida programático con la inserción de un método anticonceptivo a largo plazo? ¿No debería ser reconocida la posibilidad de que un anticonceptivo falle, lo cual conduciría a que las mujeres necesiten un aborto seguro para terminar el mismo embarazo no deseado que querían evitar en primer lugar? En todas las pláticas sobre cómo garantizar la anticoncepción post aborto, ¿cuándo hablaremos de garantizar el aborto post-anticoncepción?

Conforme las políticas económicas neoliberales nos restringen más, tenemos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que hacen énfasis en las colaboraciones entre el sector público y el sector privado (CPP). Incluso existe un fondo separado para facilitar esta ‘convergencia’, a pesar de las muchas críticas de este proceso^{30,31,32,33}.

Además, la recomendación para entregar los servicios de atención médica al sector privado no contiene directrices sobre cuáles servicios deben considerarse vitales y por lo tanto deben seguir siendo

la obligación y la responsabilidad del sector público. Tampoco está claro si la entrega a las CPP es un proceso sujeto a tiempos con la creación de capacidades simultáneas del sector público para retomar estas cuestiones después de cierta fase. O si estos servicios efectivamente son entregados de forma permanente para que con el tiempo se fusionen con el sector con fines de lucro ¿se dejará a quienes dependen de la parte pública de las CPP sin servicios?³⁴.

¿Qué pasaría si el gobierno subcontrata servicios de aborto seguro a las CPP y coloca una gran parte de su presupuesto en eso (en vez de invertir en fortalecer sus propios servicios) y en un periodo de diez años ese grupo privado se cierra o se muda a otra área de mucha necesidad? ¿Quién proporcionará esos servicios a las mujeres? ¿Quién será responsable?³⁵.

Las mujeres son agentes de cambio que ya están cambiando los límites de la prestación de servicios de aborto.

Innovaciones en la Prestación de Servicios. Se calcula que actualmente existen 2,882 millones de usuarios de smartphones en Asia y el Pacífico. El uso de redes sociales y otras tecnologías basadas en smartphones o mHealth³⁶ puede ser una herramienta de empoderamiento y subversión, dado que puede saltar las hegemonías tradicionales de los prestadores de atención médica y los médicos e ir directamente a las beneficiarias³⁷.

Las mujeres son agentes de cambio que ya están cambiando los límites de la prestación de servicios de aborto. El ‘prestador’ de pastillas de aborto médico ha pasado de tener que ser un ginecólogo a ser cualquier doctor,

enfermero, químico y con el tiempo, la mujer misma. Puede ser algo que empodere si se inserta en una estrategia apropiada, pero no si las mujeres quedan indefensas debido a que el sector público no está cumpliendo con su papel. Las leyes que penalizan a quien proporciona estas pastillas se podrían aplicar a las mujeres que las usan por sí mismas. Las pastillas médicas de aborto de uso propio es el fenómeno más reciente que ha atraído publicidad negativa^{38,39} mientras que la realidad es que para la mayoría de estas mujeres, es un método mucho más seguro que los suministros tradicionales del sector informal⁴⁰. El uso propio seguro (como un medio para revertir la corriente principal que no les permite el acceso) no se debería usar como una excusa; el sector público debe rendir cuentas por la falta de servicios de aborto médico dentro de la gama de otros servicios de salud sexual y reproductiva⁴¹.

El uso propio seguro (como un medio para revertir la corriente principal que no les permite el acceso) no se debería usar como una excusa; el sector público debe rendir cuentas por la falta de servicios de aborto médico dentro de la gama de otros servicios de salud sexual y reproductiva.

¿Qué queremos en un futuro?

Queremos acceso universal a abortos seguros, con la capacidad de elegir entre métodos quirúrgicos y médicos, anticoncepción no coercitiva post aborto, acceso a abortos post anticoncepción y atención sensible y oportuna post aborto.

Necesitamos incluir los abortos seguros dentro de la gama de los derechos y la salud sexual y reproductiva e incidir

para su despenalización, su legalización y para tener información precisa sobre la disponibilidad de abortos. Tenemos que abordar los estigmas sobre la sexualidad y los abortos e iniciar discusiones sobre el patriarcado, el cual ocasiona desigualdades de género y la subordinación de las mujeres a un grado tal que ya no tienen control sobre su sexualidad y su cuerpo.

Necesitamos cambiar del discurso pro derecho a decidir al pro derechos⁴², dado que no existe ninguna elección en el vacío. Tenemos que cuestionar si las leyes que evitan la determinación del sexo y que castigan a las partes involucradas no ponen la carga de la decisión sobre los individuos sin contribuir a eliminar la discriminación de género de ninguna forma.

Tenemos que incluir los abortos seguros dentro de la gama de los derechos y la salud sexual y reproductiva e incidir para su despenalización, su legalización y tener información precisa sobre la disponibilidad de abortos. Tenemos que abordar los estigmas sobre la sexualidad y los abortos e iniciar discusiones sobre el patriarcado, el cual ocasiona desigualdades de género y la subordinación de las mujeres a un grado tal que ya no tienen control sobre su sexualidad y su cuerpo.

Necesitamos que los gobiernos inviertan presupuestos adecuados para prestar servicios en el sector público y garantizar la regularización de servicios (calidad y costos) en el sector privado.

Necesitamos mejores herramientas para recolectar información, para monitorear y para evaluar no solamente la calidad técnica, sino también las percepciones de las mujeres.

Necesitamos invertir en la capacitación sobre género y derechos para los prestadores de servicios de salud, en los años pre-servicio y más allá. Necesitamos que todos los prestadores de servicios, públicos o privados, estén conscientes y que inviertan en medidas de seguridad informática, especialmente seguridad digital, para poder garantizar la confidencialidad y la seguridad de las mujeres y de los prestadores mismos.

Necesitamos crear un mundo en el que sea inaceptable que una mujer muera debido a que fue obligada a buscar un aborto inseguro.

Necesitamos integrar los esfuerzos de incidencia para abortos seguros con todo el movimiento interseccional y en asuntos como maternidad segura, violencia obstétrica, salud y derechos sexuales, salud y derechos reproductivos, derechos LGBTIQ, prevención de matrimonios infantiles, educación en sexualidad y violencia contra las mujeres.

Necesitamos crear un mundo en el que sea inaceptable que una mujer muera debido a que fue obligada a buscar un aborto inseguro.

Notas y Referencias

1 Mary Pierce y Rebecca Hardy, "Commentary: The Decreasing Age of Puberty—As Much a Psychosocial as Biological Problem?" *International Journal of Epidemiology* 41, no. 1 (2012): 300-302, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3383190/>.

destacados

- 2 "Family Planning", UNDESA Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/familyplanning/index.shtml>.
- 3 Gilda Sedgh, Lori S. Ashford y Rubina Hussain, *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method* (Nueva York: Guttmacher Institute, 2016), <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
- 4 Fatemeh Naabi-Sharjabad, et al., "Barriers of Modern Contraceptive Practices among Asian Women: A Mini Literature Review", *Global Journal of Health Science* 5, no. 5 (2013): 181-192, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776867/>.
- 5 "WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2a ed. (Génova: OMS, 2012), <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/en/>.
- 6 WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Génova: OMS, 2003), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42586/1/9241590343.pdf>.
- 7 "Map of Mifepristone Approvals", Gynuity, <http://gynuity.org/resources/info/map-of-mifepristone-approvals/>.
- 8 WHO, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2a ed.
- 9 En Asia, solamente tres países no permiten el aborto por ninguna razón: Irak, Lao PDR y Filipinas. "Abortion in Asia", Nueva York: Guttmacher Institute, 2016, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-asia>.
- 10 R. Kumar, "Abortion in Sri Lanka: The Double Standard", *American Journal of Public Health* 103, no. 3 (2013): 400-404, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23327236>.
- 11 Wen Ting Tong, et al., "Exploring Pregnancy Termination Experiences and Needs among Malaysian Women: A Qualitative Study", *BMC Public Health* 12 (2012): 743, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505743/>.
- 12 R. Duggal, V. Ramachandran, "The Abortion Assessment Project—India: Key Findings and Recommendations", *Reproductive Health Matters* 12, Suplemento 24 (2004):122-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15938165>.
- 13 "Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008", 6a ed., (Génova: OMS, 2011), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf.
- 14 Susheela Singh, et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (New York: Guttmacher Institute, 2009), <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwidewide-decade-uneven-progress>.
- 15 M. Puri, D. Vohra, C. Gerdtz y D.G. Foster, "I Need to Terminate This Pregnancy Even if It Will Take My Life": A Qualitative Study of the Effect of Being Denied Legal Abortion on Women's Lives in Nepal", *BMC Women's Health* (2015 octubre), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466784>.
- 16 Suchitra S. Dalvie, "Second Trimester Abortions in India", *Reproductive Health Matters* 16, no. 31 Suplemento (2008):37-45, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772082>.
- 17 P. Potar, A. Barua, S. Dalvie y A. Pawar, "If a Woman Has Even One Daughter, I Refuse to Perform the Abortion": Sex Determination and Safe Abortion in India", *Reproductive Health Matters* 23, no. 45 (2015):114-25, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278839>.
- 18 Suchitra Dalvie, "Let Us Save Our Daughter from Us", *ASAP Asia*, 12 octubre, 2015, <http://asap-asia.org/blog/let-us-save-our-daughters-from-us/#sthash.LzdduluR.dpbs>.
- 19 Incluyen Bangladesh, India, Malasia, Myanmar, Pakistán y Sri Lanka, con base en el Código Penal Británico de 1860 e Indonesia en el Código Penal Holandés de 1848.
- 20 "Facts on Induced Abortion Worldwide", In Brief, Guttmacher Institute, noviembre 2015, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/fb_IAW.pdf.

- 21 Gilda Sedgh y Haley Ball, "Abortion in Indonesia", In Brief, 2008, Guttmacher Institute, https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_abortion_indonesia_o.pdf.
- 22 Lawrence B. Finer y Rubina Hussain, "Unintended Pregnancy and Unsafe Abortion in the Philippines: Context and Consequences", Guttmacher Institute Report, 2013, <https://www.guttmacher.org/report/unintended-pregnancy-and-unsafeabortion-philippines-context-and-consequences>.
- 23 "Facts on Induced Abortion Worldwide", Guttmacher Institute.
- 24 "Several Aspects of Sexual, Reproductive Health—Providing Information, Using Contraception, Abortion—Should Be 'Decriminalised', Third Committee Told", 24 de octubre, 2011, <https://www.un.org/press/en/2011/gashc4018.doc.htm>.
- 25 Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*, 2a ed. (Feminist Press, 2010).
- 26 Somita Pal, "Doctors Slam Government's Proposal to Allow Midwives, Homeopaths to Conduct Abortion", *Daily News and Analysis*, 8 de noviembre, 2014, <http://www.dnaindia.com/mumbai/report-doctors-slam-government-s-proposal-to-allowmidwives-homeopaths-to-conduct-abortion-2033073>.
- 27 S.J. Jejeebhoy, et al., "Can Nurses Perform Manual Vacuum Aspiration (MVA) as Safely and Effectively as Physicians? Evidence from India", *Contraception* 84, no. 6 (2011): 615-21, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22078191>.
- 28 Kristin Francoeur, "Why the Absence of Safe Abortion in the Post-2015 SDGs Matters", en *Plainspeak*, 1^o de septiembre, 2015, <http://www.tarshi.net/inplainspeak/why-the-absence-of-safeabortion-in-the-post-2015-sdgs-matters/>.
- 29 Michael Safi y Kate Hodal, "'Global Gag Rule' Jeopardises Future of Asia Health Initiatives, Campaigners Say", *The Guardian*, 26 de enero, 2017, <https://www.theguardian.com/global-development/2017/jan/26/global-gag-rule-jeopardisesasia-health-initiatives-campaigners-trump>.
- 30 "Public-Private Partnerships", SDG Fund, <http://www.sdgfund.org/public-private-partnerships>.
- 31 David Hall, *Why Public Private Partnerships Don't Work* (UK: Public Services International, 2015), http://www.world-psi.org/sites/default/files/rapport_eng_56pages_a4_lr.pdf.
- 32 T.K. Sundari Ravindran, "Public-Private Services in Maternal Health Services", *Economic and Political Weekly* 46, no. 48(2011): 43-52, <http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/Maternal%20Health%20Services.pdf>.
- 33 J. Mishtal, "Neoliberal Reforms and Privatisation of Reproductive Health Services in Post-socialist Poland", *Reproductive Health Matters* 18, no. 36 (2010): 56-66, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111351>.
- 34 S.K. Banerjee SK, et al., "Expanding Availability of Safe Abortion Services through Private Sector Accreditation: A Case Study of the *Yukti Yojana* Programme in Bihar, India", *Reproductive Health* 12 (2015): 104, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4640394/>.
- 35 Ibidem.
- 36 "Number of Mobile Phone Users in the Asia-Pacific Region from 2011 to 2019 (in Millions)", Statista, 2017, <https://www.statista.com/statistics/201250/forecast-of-mobile-phone-users-in-asia-pacific/>.
- 37 Suchitra Dalvie, "mHealth: To Boldly Go Where No Woman Has Gone Before", The ASAP Blog, 21 de junio, 2013, <http://asapasia.org/blog/mhealth-to-boldly-go-where-no-woman-has-gonebefore/#sthash.1ECKJmX.dpbs>.
- 38 Bushra Baseerat, "Abuse of Abortion Pills on the Rise", *The Times of India*, 13 de enero, 2013, <http://timesofindia.indiatimes.com/city/hyderabad/Abuse-of-abortion-pills-on-the-rise/articleshow/18000378.cms>.
- 39 Cheena Kapoor, "A Killer Pill, Twice Over", *Daily News and Analysis*, 13 de enero, 2017, <http://www.dnaindia.com/health/report-a-killer-pill-twice-over-2291927>.
- 40 L. Ramachandar y P.J. Peltó, "Medical Abortion in Rural Tamil Nadu, South India: A Quiet Transformation", *Reproductive Health Matters*, 13, no. 26 (2005): 54-64, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16291486>.
- 41 K. Iyengar, et al., "'Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?' Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India", *Global Qualitative Nursing Research* (2016), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28462355>.
- 42 "Twelve Human Rights Key to Reproductive Rights", Centre for Reproductive Rights, 2009, <https://www.reproductiverights.org/document/twelve-human-rights-key-to-reproductive-rights>.

ODS: Trabajadoras y Trabajadores Sexuales pasan desapercibidos

Las trabajadoras y los trabajadores sexuales, incluyendo personas transgénero, probablemente pasarán desapercibidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a pesar de que las personas que realizan trabajo sexual¹ tiene derechos en las esferas económicas, políticas, sociales, civiles y culturales. Los actores del Estado y fuera de él, continúan violando los derechos de las trabajadoras y trabajadores sexuales con impunidad. La discriminación y la violencia en contra de las trabajadoras y los trabajadores sexuales está vinculada a la percepción de que son ciudadanos menos que iguales, lo cual conduce a la violación sistemática y a gran escala de derechos humanos fundamentales tales como el derecho a la vida, a la dignidad, a la igualdad y a estar bajo la protección de las leyes en igual medida. Las violaciones específicas suceden debido a su estatus marginado como trabajadoras y trabajadores sexuales y por lo tanto los ODS quedan como una meta inalcanzable para las trabajadoras y los trabajadores sexuales, a menos que estos problemas se aborden de una forma estratégica y oportuna.

Tendencias insalubres. El Objetivo 3 de los ODS tiene el propósito de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades”. Las trabajadoras y trabajadores sexuales son más vulnerables a problemas de salud específicos como infecciones del sistema reproductor (ISR), infecciones de transmisión sexual (ITS), cáncer cervical e infecciones ocasionadas por inmunosupresión. Debido al estigma y a su vulnerabilidad económica y social,

no pueden tener acceso a productos (p.ej. condones), pruebas diagnósticas (p.ej. examinación con espéculo y Papanicolau), servicios relacionados con el embarazo y el aborto y tratamientos extendidos de infecciones y enfermedades como el cáncer².

En el discurso sobre la pandemia del VIH, las trabajadoras y los trabajadores sexuales fueron identificados como vectores de transmisión y por tanto como posibilidad de control y regulación. Desde la década de 1980, un conjunto de evidencia cada vez mayor vinculó la violencia que las trabajadoras y los trabajadores sexuales experimentan con el riesgo de contraer VIH, dado que el sexo sin protección es común en incidentes de violencia sexual en los que la habilidad de las trabajadoras y los trabajadores sexuales para negociar el uso del condón se ve afectada, además de las lesiones que se dan comúnmente durante los actos sexuales violentos³. Una buena parte de la bibliografía que surge de la perspectiva de la salud pública considera que la violencia en contra de las trabajadoras y los trabajadores sexuales representa principalmente un mayor riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual y su premisa se basó en la noción de que las trabajadoras y los trabajadores sexuales son vectores de enfermedad. Esta suposición ha demostrado ser poco precisa y cada vez se reconoce más, que las trabajadoras y los trabajadores sexuales, son solamente vínculos en una red mucho más grande de la transmisión sexual del VIH, lo que complica el debate^{4,5,6}.

en nuestras propias palabras

Por Meena Saraswathi Seshu

Activista y Secretaria General, SANGRAM

Y Aarthi Pai

Abogada y Directora, Centre for Advocacy on Stigma and Marginalisation (CASAM)

Emails: meenaseshu@gmail.com

y Aarthi.pai@gmail.com

Las trabajadoras y los trabajadores sexuales, incluyendo a las personas transgénero, probablemente pasarán desapercibidos entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a pesar del hecho de que las personas que realizan trabajo sexual tiene derechos en las esferas económicas, políticas, sociales, civiles y culturales.

Las trabajadoras y los trabajadores sexuales deben tener acceso a servicios de salud libres de estigmas, incluyendo exámenes periódicos y tratamiento preventivo para infecciones de transmisión sexual asintomáticas, terapia antiretroviral gratuita para el VIH y programas de intercambio de agujas y jeringas para trabajadoras y trabajadores sexuales que se inyectan drogas. Los condones y lubricantes masculinos y femeninos deben des-estigmatizarse y estar disponibles para las trabajadoras y los trabajadores sexuales mediante los sistemas locales de atención médica.

Cuestiones de Género. La igualdad de género y el empoderamiento de mujeres y niñas, tal como se establece en el ODS 5, siguen siendo limitados para las trabajadoras y los trabajadores sexuales. La violencia de género se enmarca, en el discurso popular y en la academia, como la violencia en contra de las mujeres. Las

en nuestras propias palabras

representaciones en la corriente principal del “trabajo sexual” son principalmente de mujeres. Sin embargo, las discusiones sobre la violencia rara vez incluyen a las trabajadoras sexuales. Además, existe una laguna mundial en la discusión sobre la violencia en contra de las trabajadoras y los trabajadores sexuales y las personas trans con trabajos sexuales con respecto a la violencia de género^{7,8}. Existen dos explicaciones posibles para esta importante brecha. El primer factor es la opinión generalizada de que la prostitución es violencia en sí misma y el ‘trabajo sexual’ es un término inapropiado. Por lo tanto, la violencia que las trabajadoras y los trabajadores sexuales experimentan se considera parte de la ‘institución’ del trabajo sexual.

El segundo factor es la combinación del trabajo sexual y la trata, lo cual socava los derechos humanos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales y restringe los derechos de las mujeres trabajadoras migrantes. No se garantizan los derechos de las personas víctimas de la trata al desviar los recursos hacia la vigilancia del trabajo sexual, en lugar de identificar a las personas que están siendo forzadas y darles el apoyo adecuado. Este mismo factor exagera la falta de soluciones jurídicas para reparar la violencia y erosiona los esfuerzos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales para luchar por el reconocimiento legal y social de sus derechos, a la dignidad y al sustento⁹. Las medidas proteccionistas del control patriarcal sobre la movilidad de las mujeres tienen como resultado el freno a la migración femenina dentro y fuera de las fronteras del país¹⁰. Esto limita el acceso y las oportunidades de las mujeres para viajar lejos de la familia o de un grupo familiar amplio, para buscar una mejor vida.

Aunque la separación entre el traslado forzoso de una persona y su deseo de

viajar pueda ser borrosa (dado que hay mujeres que enfrentan ambas situaciones en diferentes momentos de su vida), restringir la movilidad de las mujeres no es la respuesta. La presión mundial actual para penalizar la demanda como una estrategia para combatir la trata de personas está obligando a las trabajadoras y trabajadores sexuales a trabajar en condiciones peligrosas y les expone a mayores niveles de violencia.

Los Estados deben reconocer el derecho de las trabajadoras y los trabajadores sexuales a migrar para tener mejores oportunidades de sustento, el derecho a tener igualdad de protección bajo las leyes en sus países de origen y destino y opciones de movilidad seguras. Las estrategias para combatir la trata de personas no deben dirigirse hacia personas trabajadoras sexuales adultas con consentimiento y sus clientes. Se deben derogar las leyes que penalizan a las personas adultas que consensuadamente compran o venden sexo, o a las actividades tales como vivir de las ganancias del trabajo sexual, de la administración de prostíbulos y de la prostitución.

El Trabajo Sexual como Trabajo Digno.

El ODS 8 tiene el propósito de promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, empleo completo y productivo y trabajo digno para todas. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el PNUD han hecho énfasis en la necesidad de darle a las trabajadoras y trabajadores sexuales derechos que sean legalmente exigibles para contar con salud y seguridad laboral y el derecho a participar en el proceso de desarrollar estándares de salud y seguridad en el lugar de trabajo^{11,12}.

El concepto de trabajo digno tal como lo expresa la OIT engloba cuatro componentes: empleo, protección social, derechos de las trabajadoras

y trabajadores y diálogo social. Las trabajadoras y trabajadores sexuales a través de los años han estado luchando para alcanzar estas metas dentro de sus comunidades. El derecho al empleo digno es independiente de las posturas morales o legales del estado o de la sociedad con respecto a una ocupación en particular. Los derechos de los trabajadores se deben respetar, proteger y cumplir independientemente de si los gobiernos nacionales reconocen el trabajo sexual como trabajo¹³.

Más allá del tokenismo, los cuerpos políticos y legislativos, deben ser transparentes, responsables, deben rendir cuentas y genuinamente incluyentes con las trabajadoras y trabajadores sexuales en todas las etapas del proceso de formulación e implementación. . . Los grupos de trabajadoras y trabajadores sexuales en todo el mundo, las agencias de la ONU, investigadores y activistas han afirmado que la universalidad, los derechos humanos y el no dejar a nadie atrás, debería traducirse en políticas, leyes y prácticas que protejan, respeten y cumplan los derechos de las trabajadoras y trabajadores sexuales.

Un aspecto importante del crecimiento económico es que las mujeres sean propietarias de tierras y bienes. Las trabajadoras y trabajadores sexuales muchas veces son la principal fuente de ingresos de sus hogares, con la capacidad de adquirir bienes y

propiedades. Sin embargo, no pueden disfrutar de estos ingresos debido a los retos para obtener pruebas de identidad o acceso a sus propias propiedades, abrir cuentas bancarias o tener acceso a viviendas seguras como mujeres solteras pertenecientes al sector no organizado.

El derecho al trabajo digno debe aplicarse equitativamente y sin discriminación: las trabajadoras y trabajadores sexuales deben tener derechos iguales ante la ley, incluyendo el derecho a movilizarse; formar organizaciones que les representen y buscar reformas legales; buscar condiciones de trabajo seguras y saludables sin discriminación; tener acceso a servicios sociales y de salud; y obtener protección legal y otras formas de protección contra la explotación, los abusos y la violencia.

Redefiniendo la Inclusión. Los derechos a la educación, la participación política (incluyendo la representación a nivel nacional e internacional), ciudadanía, sustento, salud e igualdad ante la ley se pueden lograr en su totalidad únicamente si la discriminación se elimina de todas las esferas. Un enfoque integral para materializar los derechos humanos de las trabajadoras y trabajadores sexuales y las intervenciones que afectan a las trabajadoras y trabajadores sexuales debe abordarse mediante la consulta, la participación y el liderazgo de las trabajadoras y trabajadores sexuales. La despenalización del trabajo sexual es un pre-requisito para garantizar la inviolabilidad emocional y física de las trabajadoras y trabajadores sexuales así como su derecho a la vida, su derecho a la libertad laboral, a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos^{14,15}.

Más allá del tokenismo, los cuerpos políticos y legislativos deben ser transparentes, responsables, deben rendir cuentas y genuinamente

incluyentes con las trabajadoras y trabajadores sexuales en todas las etapas del proceso de formulación e implementación... Los grupos de trabajadoras y trabajadores sexuales en todo el mundo, las agencias de la ONU, investigadores y activistas han afirmado que la universalidad, los derechos humanos y el no dejar a nadie atrás, debería traducirse en políticas, leyes y prácticas que protejan, respeten y cumplan los derechos de las trabajadoras y trabajadores sexuales. Dichas políticas y leyes deben proteger y afirmar el derecho al trabajo digno (estándar de la OIT), derechos contra la violencia y la explotación en el trabajo, prevenir prácticas ilegales de la policía y proporcionarles igualdad ante la ley y debido proceso legal.

Notas y referencias

- 1 Las organizaciones de trabajadoras y trabajadores sexuales, las agencias y las comisiones de la ONU entienden el trabajo sexual como "un acuerdo contractual en el que adultos con consentimiento negocian los servicios sexuales... El trabajo sexual es trabajo e incluye trabajadoras mujeres, hombres y transgénero". UNAIDS, *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (Génova: UNAIDS, 2009), 15. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDSguidance-note-HIV-sex-work_en_o.pdf.
- 2 Esto surgió de una consulta organizada en octubre de 2016 por Sex Workers Allies South Asia (SWASA) con sus redes de trabajadoras y trabajadores sexuales de Bangladesh, India, Nepal y Sri Lanka sobre los ODS 3 y 5 sobre los derechos reproductivos para trabajadoras y trabajadores sexuales. Ver: SWASA, "Deem Sex Work as Decent Work: Towards an Inclusive UN Women Policy on Sex Work: South Asia Sex Worker Networks (Nepal, India, Bangladesh, Sri Lanka) Joint Submission", 31 de octubre, 2016, <http://www.sangram.org/resources/UN-Women-Policyon-Sex-Work-FINAL-SUBMISSION.pdf>.
- 3 Michele R. Decker, et al., "Estimating the Impact of Reducing Violence Against Female Sex Workers on HIV Epidemics in Kenya and Ukraine: A Policy Modelling Exercise", *American Journal of Reproductive Immunology* 69 (2013): 122-132, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23387931>; Stefan Baral, et al., "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis", *The Lancet Infectious Diseases* 12, no. 7 (2012): 538-549, <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2812%2970066-X/abstract>; M.R. Decker, et al., "Violence Victimization, Sexual Risk and Sexually Transmitted Infection Symptoms among Female Sex Workers in Thailand", *Sexually Transmitted Infections* 86, no. 3 (2010): 236-240, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444745>; K.N. Deering, et al., "Violence and HIV Risk among Female Sex

- Workers in Southern India", *Sexually Transmitted Diseases* 40, no. 2 (2013): 168-174, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23441335>.
- 4 World Health Organization, *Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-income Countries: Recommendations for a Public Health Approach* (Génova: OMS, 2012), http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/.
 - 5 Joanne Csete y Meena Seshu, "India's Voiceless Women Are Easy Prey for AIDS", *Human Rights Watch*, 1º de diciembre, 2002, <https://www.hrw.org/news/2002/12/01/indias-voicelesswomen-are-easy-prey-aids>.
 - 6 Meena Seshu, "Sex Work and HIV/AIDS: The Violence of Stigmatisation", Supporting Document, UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights, 2003.
 - 7 Aunque la CEDAW no mencionó explícitamente la violencia contra las mujeres, en 1989 el comité establecido para implementar CEDAW recomendó que las partes del estado promulgaran la legislación para proteger a las mujeres de los muchos tipos de violencia.
 - 8 La Declaración y Programa de Acción de Viena (VDPA, por sus siglas en inglés), adoptados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993, afirmó que la violencia de género, incluyendo la que proviene de los prejuicios culturales, se debe eliminar para reconciliar la dignidad y el valor humano, pero ninguna de las declaraciones reconoce la violencia contra las trabajadoras y los trabajadores sexuales. Declaración y Programa de Acción de Viena, 25 de junio, 1993, <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>.
 - 9 En abril de 2014, en su visita a la India, la Relatora Especial sobre la Violencia contra las Mujeres (SR-VAW) observó que "las medidas para abordar la trata de personas no deberían opacar la necesidad de medidas eficaces para proteger los derechos humanos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales". La SR-VAW también hizo un llamado para revisar la Ley de Prevención para la Trata Inmoral (Immoral Traffic Prevention Act), 1956 en la India que penaliza el trabajo sexual. "Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and Consequences, Suplemento: Misión India, 1º de abril, 2014, A/HRC/26/38," UN Human Rights Council, <http://www.refworld.org/docid/53982c3e4.html>.
 - 10 Barbara Grossman Thompson, "Protection and Paternalism: Narratives of Nepali Women Migrants and the Gender Politics of Discriminatory Labour Migration Policy", *Refugee* 32, no. 16 (2016): 40-48, <https://refugee.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/download/40339/36417>.
 - 11 "ILO Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work, 2010 (No 200)", Génova: OIT, 2010, http://www.ilo.org/aidswc/WCMS_142706/lang-en/index.htm.
 - 12 UNDP, *Sex Work and the Law in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNDP, 2012), <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>.
 - 13 En el contexto de la India, el Tribunal Supremo ha incluido categóricamente el derecho al sustento como un componente integral del derecho a la vida.
 - 14 NGO 'Tais Plus,' "Shadow Report to the Third Periodic Report of Kyrgyzstan to the CEDAW Committee", Kyrgyz Republic, 2008, http://swannet.org/files/swannet/CEDAW_2008_Convence_TaisPlus_ENG.pdf.
 - 15 UN CEDAW, "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women addressed to the Government of the Kyrgyz Republic", Sesión Cuarenta y Dos, 20 de octubre-7 de noviembre, 2008, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/co/CEDAW-C-KGZ-CO-3.pdf>.

CUANDO SE DEJA ATRÁS A ALGUNOS, TODOS NOS QUEDAMOS ATRÁS:

Perspectiva de una Joven Activista Trans Feminista del Pacífico.

Por Miki Wali

Socia del Programa, Haus of Khameleon/

Activista de Jóvenes y Trans /

Defensora de Derechos Humanos

Emails: mikiwali7@gmail.com

Hausofkhameleon@gmail.com

Twitter: [@MikiWali/@HKhameleon](https://twitter.com/MikiWali)

Los derechos humanos son para todas. Esta verdad fundamental debe materializarse y ser respetada en las negociaciones internacionales. No hay tiempo para excluir a ninguna comunidad, incluyendo persona jóvenes de orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas (SOGIESC, por sus siglas en inglés). Nuestras islas se están hundiendo. Literalmente, nos estamos ahogando. Las especies de todo tipo, incluyendo a los humanos en toda nuestra diversidad, se ven afectadas por el cambio climático y la injusticia de género. Esto es particularmente catastrófico para nosotros en los Pequeños Estados Insulares del Pacífico en Desarrollo, quienes también somos vulnerables a los injustos acuerdos de liberalización de comercio.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (al igual que su marco de implementación en Asia-Pacífico, el Mapa Regional para Implementar la Agenda 2030) todavía dista mucho de ser tan ambiciosa como se había esperado que lo fuera inicialmente. Los problemas de los jóvenes y las comunidades lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer (LGBTIQ) quedaron al margen o se intercambiaron como fichas de negociación durante las negociaciones intergubernamentales, lo cual resultó en la exclusión de derechos sexuales, de derechos LGBTIQ y de la educación integral en sexualidad en el acuerdo final.

Sin embargo, ¡nuestros derechos no se pueden desechar! No somos fichas de negociación. La revolución crece aquí en las Islas del Pacífico, lideradas principalmente por activistas feministas y defensoras y defensores de los derechos humanos de todas las diversidades. Nos resistimos a la oposición que se niega a reconocernos y a materializar nuestros derechos humanos. Le decimos esto a los poderes centrales de Nueva York, a los Bancos de Londres y a los varios poderes políticos regionales que hablan de diversidad pero que constantemente fallan en involucrarse de forma importante o priorizar a grupos marginados como nosotros. Condenamos las acciones peligrosas de la administración estadounidense al salir del Acuerdo Climático de París y la expansión de la Ley Mordaza Global, las cuales son acciones que ya están afectando nuestras vidas negativamente. También decimos no a los aborrecibles acuerdos comerciales, tales como el Acuerdo del Pacífico sobre Relaciones Económicas más Estrechadas (PACER Plus) que amenazan nuestros derechos humanos fundamentales, incluyendo nuestros derechos sexuales y la salud reproductiva (DSSR)¹.

Llamamos la atención a sobre las muchas caras de la desigualdad y la pobreza. Le recordamos a los gobiernos que recuerden sus compromisos incluso cuando ellos se comprometieron con la Agenda 2030, compromisos tales

como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994. La CIPD fue un vórtice importante en el debate sobre población y desarrollo, cambiando el enfoque de los legisladores, investigadores y defensores para respetar los derechos humanos y promover la igualdad y la salud, particularmente los DSSR. Estos compromisos se fortalecieron un año después con la Plataforma de Acción de Beijing (PaB) de 1995 que consagró los derechos de las mujeres y la igualdad de género en el desarrollo mundial. Los Principios Yogyakarta también deben aplicarse en el contexto del Pacífico.

El financiamiento es un elemento importante en la reforma de salud. Desde 1994, los gobiernos que reciben ayuda relacionada con la población se han acercado más a cumplir con los compromisos financieros contraídos en el Cairo que los gobiernos de los países donantes². Aun así, los estudios de los países muestran que en la mayoría de los países, los programas de salud reproductiva todavía dependen mucho de la asistencia internacional.

Todos los Estados Miembro se comprometieron a “no dejar a nadie atrás” en septiembre de 2015 en la Asamblea General de la ONU, pero la mayoría todavía debe incluir a la comunidad LGBTIQ en los programas y políticas nacionales. La integridad corporal y la autonomía no pueden ser

solamente retórica vacía. Estos deben ser principios que se valoren y que estén en el centro de la igualdad de los DSSR y de género. Esto es fundamental para la acción independiente y por lo tanto es condición necesaria para la materialización de todos los demás derechos humanos.

Los gobiernos del Pacífico han progresado durante los últimos años en la materialización de nuestros derechos humanos³. Estos incluyen la despenalización de la homosexualidad en Palau en 2014, el reconocimiento de la discriminación con base en orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas, en la provisión Nacional Constitucional de 2013 bajo el Artículo 26 de la Declaración de Derechos en Fiji, la despenalización de las *fa'afafine*⁴ en Samoa en el 2013 con el rechazo de la legislación de la imitación femenina, la aprobación de la Igualdad de Matrimonio para Guam y el lanzamiento de alto nivel de la Campaña Libres e Iguales Pacífico de 2015. Estos son avances importantes para rechazar todas las leyes y políticas que penalicen las relaciones del mismo sexo en los Pequeños Estados Insulares del Pacífico en Desarrollo y en el reconocimiento de todas las personas con orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas, no heteronormativas como sujetos con derechos completos e iguales. Los líderes del Pacífico también tienen un fuerte compromiso para garantizar los DSSR de todos nuestros pueblos, sin discriminación, en la Declaración Moana de 2013⁵.

Sin embargo, el aumento en las múltiples formas interconectadas de homofobia, transfobia y otras formas de estigmatización, discriminación y violencia en contra de personas con orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas, impide

un desarrollo sostenible y amenaza el progreso mundial, regional y nacional en los ODS. Estos problemas son especialmente complejos debido a que la comunidad LGBTIQ es verdaderamente diversa. La discriminación y exclusión que enfrentan las personas LGBTIQ es mayormente invisible debido a que parece que no hay suficiente apoyo por parte de los detentores de obligaciones para reunir información nacional, regional y mundial de forma constante y exhaustiva. Los burós nacionales de estadística deben ser los líderes en esto. En los procesos nacionales y regionales, medir la inclusión de las personas LGBTIQ también debe permitir la participación política y cívica (la cual ya está reconocida internacionalmente en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos). Las leyes necesitan una reforma para garantizar el reconocimiento legal del género como parte de los derechos corporales de las personas. Además, la despenalización de las personas LGBTIQ es vital para garantizar que podamos ejercer nuestra libertad de asociación, reunión y expresión.

El ODS3 sobre Buena Salud y Bienestar también debe abordar y reconocer las desigualdades en el acceso a la salud y los resultados de salud experimentados por las comunidades LGBTIQ, incluyendo la patologización continua de las personas transgénero. Esto también debe incluir el mayor respeto a la integridad corporal y la autonomía de todas y todos, incluyendo a todos los individuos trans e intersexo.

en nuestras propias palabras

El ODS5 sobre la Igualdad de Género se podría hacer más incluyente para garantizar la igualdad de todos los géneros y el empoderamiento de las mujeres lesbianas, bisexuales y trans. Las personas LGBTIQ también deben ser una prioridad clave en el ODS5.

Existe efectivamente una necesidad de acceso a la educación para las poblaciones LGBTIQ, incluyendo la educación integral en sexualidad (EIS) y los sistemas de educación se deben basar en los derechos y satisfacer nuestras necesidades. Adicionalmente, la EIS o sobre los DSSR también debe incluir material sobre orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas. El ODS4 sobre Educación de Calidad debe abordar esto según se desarrollen los indicadores en la región.

El ODS3 sobre Buena Salud y Bienestar también debe abordar y reconocer las desigualdades en el acceso a la salud y los resultados de salud experimentados por las comunidades LGBTIQ, incluyendo la patologización continua de las personas transgénero. Esto también debe incluir el mayor respeto a la integridad corporal y la autonomía de todas y todos, incluyendo a todos los individuos trans e intersexo. El tratamiento hormonal es muy costoso, pero es una necesidad clave para la comunidad trans⁶. La falta de acceso a condones, a análisis de detección de VIH, a orientación adecuada y a medicamentos para personas seropositivas, así como la estigmatización también son problemas para hombres que tienen sexo con otros hombres y las comunidades transgénero⁷. Mientras tanto, la invisibilidad de identidades de mujeres que tienen sexo con mujeres ha resultado en la falta de información, datos y profilácticos para tener relaciones sexuales seguras⁸. Los departamentos del gobierno deben asegurarse de que tengamos lo que

en nuestras propias palabras

necesitamos y dichos departamentos y el sector privado deben rendir cuentas cuando se violen nuestros derechos.

Más allá de las Resoluciones 1325, 1820, 1888 y 1960 del Consejo de Seguridad y la nueva resolución 2250, Juventud, Paz y Seguridad, la arquitectura regional de seguridad humana debe considerar la seguridad personal y la violencia que enfrenta la comunidad LGBTIQ. Todos los sectores de seguridad, incluyendo el judicial y la fraternidad legal, deben asegurarse de que el Principio y el Valor del Estado de Derecho se reconozcan al considerar capacitaciones de sensibilización de género para su personal y garantizar la integración de género en sus programas. El ODS 16 sobre Paz, Justicia e Instituciones Fuertes debe abordar estos temas.

El bienestar económico, en temas como las disparidades de ingresos y los niveles de extrema pobreza de las comunidades LGBTIQ también se deben abordar. Las leyes y políticas laborales sobre la no discriminación deben ubicarse al centro del ODS 8 sobre Trabajo Digno y Crecimiento Económico.

Se han establecido grupos de trabajo Nacionales y Regionales sobre ODS aquí en el Pacífico. Estos grupos deben poder demostrar un entendimiento sobre que la inclusividad no es solamente palabras en papel sino un principio practicado por todos los involucrados. Existe una necesidad de reconocer totalmente a personas con orientación sexual, identidad de género y características sexuales diversas, sin demora alguna, dado que somos una población que queda fuera de muchos procesos políticos. Además, los gobiernos deben garantizar un ambiente propicio y dar financiamiento para construir el movimiento, dado que nuestro movimiento y organización trans tiene recursos insuficientes.

Para enfrentar los desafíos enfrentados en nuestras Islas del Pacífico y nuestro océano, necesitaremos un enfoque interseccional que analice críticamente las dimensiones políticas, físicas, ecológicas, económicas, culturales y sociales de estos problemas multidisciplinares superpuestos, mediante un marco holístico. La unión de diferentes sectores, alianzas y ministerios de gobiernos será necesaria para garantizar una agenda verdaderamente transformadora para la justicia de género, social, ecológica y económica en el Pacífico y en el mundo. Cualquier política o programa que involucre a nuestras comunidades debe ser iniciado e implementado por nuestras comunidades y nuestros aliados elegidos, trabajando desde un marco de derechos humanos y de igualdad de género, que reconozca los principios del feminismo..

A pesar de la restricción de los espacios de la sociedad civil y de la disminución de fondos, nosotras las jóvenes feministas continuaremos luchando para garantizar que nuestros problemas y prioridades, sean escuchadas y que los líderes rindan cuentas. Nuestra diversidad en el Pacífico es nuestra fuerza.

Nosotras desde Haus of Kameleon (HK), un movimiento juvenil feminista liderado por personas trans ubicado en Suva, en el Pacífico, que es parte de otras Coaliciones económicas del Sur⁹ más grandes, estamos comprometidas con garantizar que los procesos de los ODS, en varios niveles en Asia y el resto del Pacífico, mencionen claramente a la comunidad LGBTIQ y nuestros problemas, las intersecciones de nuestros problemas con otros movimientos y que los DSSR son cruciales para materializar la Agenda 2030. Llegamos para quedarnos y asegurarnos de que nuestros derechos se reconozcan, se respeten, se protejan y se cumplan de conformidad con los

principios de “no hacer daño” y de “igualdad para todas y todos” y no solamente para algunas o algunos.

Notas y Referencias

- 1 Ver, por ejemplo: “Pacific Feminists and Activists: Re-framing, Re-articulating and Re-energising Sexual and Reproductive Health and Rights!”, 14 de febrero, 2013, <http://www.pacificwomen.org/wp-content/uploads/Pacific-SRHR-2013-Outcome-Doc.pdf>; Noeleen Nabulivou, “Pacific Women Launch Campaign To Stop Pacer Plus!”, DIVA for Equality Fiji, 8 de marzo, 2015, <https://www.facebook.com/FWRM1/posts/852175264845817>; “Pacific Urgent Action Hub for Climate Justice, “Our Oceans, Our Future” #WorldOceansDay Comunicado de Prensa, 8 de junio, 2017, <https://www.facebook.com/notes/haus-of-kameleon/our-oceans-our-future-worldoceansday/1444923218905925/>; Fiji Women’s Rights Movement, “Fiji NGO Coalition on CEDAW Submits Parallel Report”, 20 de junio, 2017, <http://www.fwrn.org.fj/news/media-releases/67-allcategory/news/press-releases/469-fiji-ngo-coalition-on-cedawsubmits-parallel-report>.
- 2 Gita Sen y Cai Yiping, “DAWN Regional Advocacy Tools on SRHR for Cairo@20”, <http://www.dawnnet.org/feministresources/archive/dawn-regional-advocacy-tools-srhr-cairo20>.
- 3 Pacific Sexual Diversity Network (PSDN), Diverse Voices for Action and Equality (DIVA) y ARC International, “Our Voices, Our Communities, Our Rights: Advancing Human Rights Related to Sexual Orientation, Gender Identity and Expression in the Pacific—Report of the Pacific LGBTIQ Human Rights Conference, Nuku’alofa, Tonga, 11-14 de mayo, 2015”, <http://arc-international.net/wp-content/uploads/2011/08/SOGIHR-Report-final.pdf>.
- 4 “*Fa’afafine* son personas que se identifican como un tercer género en Samoa y en la diáspora estadounidense y samoana. Es una identidad de género/rol de género reconocido desde por lo menos principios del siglo 10 en la sociedad samoana y algunos teorizan que es una parte integral de la cultura samoana, los *fa’afafine* tienen asignado el sexo masculino al nacer y explícitamente encarnan características de género masculinas y femeninas”. Ver: “*Fa’afafine*”, Wikipedia, <https://en.wikipedia.org/wiki/Fa%27afafine>.
- 5 UNFPA, AFPPD, IPPF, “Moana Declaration: Outcome Statement of Pacific Parliamentarians for Population and Development” (2013), <http://countryoffice.unfpa.org/pacific/?reports=7673>.
- 6 Trans* es un término de agrupación que se refiere a todas las identidades dentro del espectro de la identidad de género. Existe muchísima diversidad en las diferentes identidades, pero muchas veces las agrupamos (p. ej., cuando decimos problemas “trans”). Así, trans (sin el asterisco) se puede usar intencionalmente para describir a hombres y mujeres trans, mientras que el asterisco significa una nota especial con la intención de incluir a todas las identidades transgénero, no binarias y personas con identidades diversas, incluyendo (sin ser limitativo) transgénero, transexual, travesti, genderqueer, género fluido, no-binario, genderfuck, sin género, agénero, no género, tercer género, dos espíritus, bigénero, trans hombre y trans mujer.
- 7 PSDN, DIVA y ARC International, “Our Voices, Our Communities, Our Rights”.
- 8 Ibidem.
- 9 Incluyen Pacific Regional SRHR Feminist Collective, Youth Voices Count, Youth Coalition y Pacific Urgent Action Hub on Climate Justice. Para saber más sobre Haus of Kameleon, visite <http://www.hausofkameleon.org/>.

DSSR Y LA AGENDA 2030:

¿Qué está en Juego para los Jóvenes que Viven con y han sido Afectados por el VIH?

Las personas jóvenes de 15 a 24 años de edad representan el 37% de las nuevas infecciones VIH en la región de Asia y el Pacífico¹. De esta cifra, el 95% de las nuevas infecciones ocurren en las personas que se consideran que 'corren un mayor riesgo de contraer VIH'².

Las personas jóvenes que 'corre mayor riesgo' o las 'poblaciones clave'³ son hombres jóvenes gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas jóvenes que vende sexo⁴, personas jóvenes transgénero⁵ y personas jóvenes que se inyecta drogas. Estas personas se ven impactadas severamente por la epidemia del VIH en casi todos los países. Tres de cada cuatro personas jóvenes de poblaciones clave no conocen su condición en cuanto al VIH, mientras que la cobertura de prevención del VIH en esta población es entre un 5% y un 18% menor que entre quienes tienen 25 o más años de edad^{6,7}. Una vez que se le diagnostica VIH positivo, muchas personas jóvenes no pueden tener acceso al tratamiento esencial, lo que se suma a la falta del apoyo financiero y psicológico que se necesita para poder tener una mejor calidad de vida⁸.

Un Problema sobre el Acceso de las personas jóvenes a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Las personas jóvenes necesitan tener acceso a información y servicios de VIH integrales para protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Sin embargo, las poblaciones jóvenes clave, muchas veces no tienen acceso a estos servicios. En la mayoría de los países de Asia y el Pacífico,

las leyes de edad de consentimiento⁹ restringen el acceso de los menores a información, servicios y artículos de salud sexual y reproductiva (SSR), incluyendo anticonceptivos y condones.

El concepto de las facultades en evolución del niño, presentado por primera vez en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, reconoce la capacidad de la niña/o para "formar sus propios puntos de vista y el derecho a expresar esos puntos de vista libremente en todos los temas que afecten al niño"¹⁰. Sin embargo, las leyes de consentimiento dan preferencia a la responsabilidad moral de los padres o tutores y dejan a ellos la decisión de tener acceso a información, productos o servicios en representación de la niña o el niño. Además, en países como Indonesia y Malasia, en donde las conversaciones sobre la salud sexual y reproductiva están orientadas a matrimonios, se le niega el acceso a las personas jóvenes con estado civil 'soltero/a' a servicios o productos relacionados con los DSSR o VIH a menos que presenten una prueba de consentimiento de su cónyuge¹¹.

La continuidad de la atención para las poblaciones jóvenes clave (desde educación integral en sexualidad adecuada a la edad sobre diagnósticos de ITS y VIH hasta el tratamiento y la remisión a toda una gama de servicios relacionados con la salud) es muy necesaria y sin embargo, el enfoque integral para acercar estos servicios a estos grupos es limitado¹².

en nuestras propias palabras

Por Jeffrey P. Acaba

Oficial del Programa, APCASO

Twitter: @jpacaba

Como un hombre joven gay que creció en Filipinas, tuve muchas dificultades para buscar servicios que ofrecieran atención holística a la salud sexual y reproductiva. La información sobre las ITS y el VIH está limitada únicamente a la experiencia técnica de los prestadores de servicios médicos en clínicas de higiene social que en ocasiones no tienen la suficiente capacitación para abordar las necesidades específicas de hombres jóvenes gay. Al mismo tiempo, aunque la educación sobre VIH en los programas escolares sigue estando dentro del marco de las ciencias biológicas, encuentro difícil buscar psicólogos o consejeros con quienes pueda hablar sobre problemas emocionales y espacios en donde no me avergüence de compartirlos. Siendo alguien que vive con VIH, me resulta difícil encontrar espacios en donde pueda hablar sobre mis relaciones íntimas y las necesidades relacionadas con mis DSSR, las cuales incluyen discusiones sobre anunciar que se es gay, consentimiento y sexo más seguro, por nombrar algunas. Estas intersecciones de experiencias vividas aún no se reflejan en los programas DSSR nacionales.

En la mayoría de los países de Asia y el Pacífico, las leyes de edad de consentimiento restringen el acceso de los menores para contar con información, servicios y artículos de salud sexual y reproductiva (SSR), incluyendo anticonceptivos y condones.

Los ODS y el SIDA. El SIDA es ahora la segunda causa de muerte más común entre los adolescentes de 10 a 19 años a nivel mundial¹³. El informe de lanzamiento de 2017 de Todo para Acabar con el SIDA Adolescente (ALL-IN to End Adolescent AIDS) por parte de la UNICEF muestra que las niñas adolescentes se ven afectadas desproporcionadamente debido a la desigualdad de género, el sexo con gran diferencia de edad y la violencia de la pareja íntima¹⁴. Además, aunque los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pueden servir como una brújula de desarrollo para que los países aborden problemas VIH¹⁵, su política no-vinculante dificulta que los países aborden impedimentos legales para alcanzar sus metas. Adicionalmente, las poblaciones que históricamente han sido criminalizadas, tales como las poblaciones jóvenes clave y personas jóvenes que viven con VIH, quedan fuera de estas acciones de respuesta.

Para abordar esto, la sociedad civil y las comunidades de poblaciones clave trabajaron con la ONU para presionar a sus miembros y convocar una Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA en junio de 2016. La cual adoptó la Declaración Política para acelerar la lucha contra el VIH y terminar con la epidemia del SIDA para 2030 y adoptó 10 Compromisos Rápidos.¹⁶ Esto obliga a las comisiones regionales y a los Estados Miembro a planear rutas para terminar con la epidemia. De forma más importante, esta Declaración Política enfatizó la necesidad de abordar el VIH desde un enfoque intersectorial vinculando varios ODS en grupos, en particular el ODS 3 (Buena Salud y Bienestar), 5 (Igualdad de Género), 10 (Reducir las Desigualdades), 16 (Paz, Justicia e Instituciones Fuertes) y 17 (Alianzas para lograr los Objetivos). Esto establece una plataforma para crear un puente entre el VIH y los DSSR que no sobrepase ni eclipse a uno o a otro,

sino que aborde los dos problemas de las personas jóvenes de poblaciones clave desde un enfoque centrado en las personas.

Los derechos sexuales y reproductivos no son derechos accesorios, sino que están integrados en nuestra noción colectiva de derechos humanos, que impacta el logro del desarrollo sostenible y de la calidad de vida para todos. Estos derechos son necesarios para lograr el óptimo desarrollo de todas las personas jóvenes y eso incluye a personas jóvenes de poblaciones clave. Más allá del VIH, las personas jóvenes de poblaciones clave tienen problemas de DSSR que se deben reconocer, promover y proteger.

Aunque algunos países han asegurado la participación de las personas jóvenes en la formulación de políticas y en la implementación de programas DSSR en muchos niveles de participación, las poblaciones jóvenes clave aún tienen dificultades para participar debido a la marginalización, los estigmas y la discriminación y las nociones percibidas de falta de capacidad para involucrarse debido a su edad. En particular, las mujeres jóvenes que usan drogas, las mujeres jóvenes que venden sexo y las mujeres jóvenes trans migrantes están excluidas de estas conversaciones y a sus problemas de DSSR no se les da la suficiente atención debido a las múltiples formas de estigmatización y discriminación que enfrentan. Por ejemplo, a una mujer joven trans migrante que vende sexo se la aísla debido a su identidad

de género, los agentes de seguridad la tratan como criminal y la extorsionan debido a su ocupación y no tiene acceso a instalaciones de servicios de salud debido a su estatus ciudadano. En lugar de poner a estas poblaciones en aislamiento, necesitamos reconocer la necesidad de que las organizaciones comunitarias y las organizaciones de la sociedad civil se junten y hagan un llamado para la inclusión de poblaciones jóvenes clave en el marco de la agenda de los DSSR¹⁷ más amplio.

Si queremos terminar con el SIDA en las poblaciones jóvenes clave para el año 2030, tenemos que asegurarnos de que los problemas relacionados con los DSSR, la igualdad de género y la edad de consentimiento se aborden mediante un enfoque centrado en las personas y los derechos que reconozca la interseccionalidad de las experiencias vividas por las poblaciones jóvenes clave. Los derechos sexuales y reproductivos no son derechos accesorios, sino que están integrados en nuestra noción colectiva de derechos humanos que impacta el poder alcanzar el desarrollo sostenible y una mejor calidad de vida para todas. Estos derechos son necesarios para lograr el óptimo desarrollo de todas las personas jóvenes y eso incluye a personas jóvenes de poblaciones clave. Más allá del VIH, las personas jóvenes de poblaciones clave tienen problemas de DSSR que se deben reconocer, promover y proteger.

Notas y Referencias

1 "UNAIDS 2016 HIV Estimates", UNAIDS, <http://www.aidsdatahub.org/young-people-slides-2017>.

2 Reporte de la Comisión del SIDA en Asia, *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response* (Nueva Delhi: Oxford University Press, 2008), 146.

3 UNAIDS, en *Terminology* de 2015, prefiere usar el término "poblaciones clave" debido a que se consideran clave para la dinámica y la respuesta de la epidemia. Esto se refiere a poblaciones vulnerables que quedan en riesgo debido a sus circunstancias o a su presión social. Ver: UNAIDS, *UNAIDS Terminology Guidelines* (Génova: UNAIDS, 2015), http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.

- 4 Las trabajadoras sexuales jóvenes, en particular, ingresan a la industria sexual antes de los 20 años de edad, de acuerdo con los Reportes Nacionales de Vigilancia Conductual en Indonesia, Filipinas y Vietnam 2013-2014 del Data Hub de SIDA. Debido a su edad, tienen menos poder para negociar el uso del condón y tienden a estar más expuestas a la violencia por parte de clientes de mayor edad. Ver: "HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific Review in Slides: Young Key Populations", 2017, <http://www.aidsdatahub.org/young-keypopulations-slides-2017>.
- 5 Las personas jóvenes transgénero tiene 18 veces más probabilidades de contraer VIH mediante relaciones sexuales anales, de acuerdo con el Informe Técnico de 2015 emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el VIH y las personas jóvenes transgénero. Este informe también mencionó que las poblaciones jóvenes transgénero en Tailandia tienen mayores tasas de ideas de suicidio que sus iguales de mayor edad. Este link le permitirá tener acceso al documento: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf.
- 6 UNESCO, UNFPA, UNAIDS, UNDP y Youth LEAD, *Young People and the Law in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNESCO, 2013), 87-88, <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002247/224782E.pdf>.
- 7 Data Hub de SIDA para Asia y el Pacífico, "Young Key Populations".
- 8 Youth LEAD, *Our Rights Matter Too: Sexual and Reproductive Health and Rights of Young Key Populations in Asia and the Pacific* (Bangkok: Youth LEAD, 2015), 12-18, http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Youth_Lead_Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf.
- 9 La edad de consentimiento para tener relaciones sexuales en los 31 países de Asia y del Pacífico normalmente va de los 14 a los 18 años de edad. Filipinas tiene la menor edad de consentimiento para relaciones sexuales: 12 años de edad para niños y niñas. Ver: UNESCO, et al., *Young People and the Law in Asia and the Pacific*.
- 10 "Convention on the Rights of the Child Article 12", Asamblea General de las Naciones Unidas, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.
- 11 UNESCO, et al., *Young People and the Law in Asia and the Pacific*.
- 12 Sinead Delany-Moretlwe, et al., "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers, and Gaps", *Journal AIDS Society* 18 (Supl 1) (2015): 19833, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.2.19833>.
- 13 Organización Mundial de la Salud, *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade* (Génova: WHO Press, 2014), 3, http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf.
- 14 UNICEF, et al., *All in to End Adolescent AIDS Launch: A Progress Report* (Geneva: UNAIDS, 2016), 6, https://www.unicef.org/aids/files/ALL_IN_2016_Progress_Report_6_16_17.pdf.
- 15 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adoptados en septiembre de 2015, incluyen la Meta 3.3 que tiene el propósito de acabar con la epidemia de SIDA para el 2030 junto con otras pandemias tales como la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades no transmisibles.
- 16 UN, A/70/L.52 *Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030*, 2016, http://www.hlm2016aids.unaids.org/wp-content/uploads/2016/06/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf.
- 17 Iniciativas regionales tales como Unzip the Lips (Despega los Labios) e iniciativas mundiales tales como HIV/AIDS Alliance's Link Up son buenas plataformas que convergen y empoderan a las comunidades para que participen en las respuestas más amplias de DSSR y VIH.

PERMANECER INSPIRADOS POR LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH Y LAS MUJERES QUE CONSUMEN DROGAS:

En Conversación con Baby Rivona

Entrevista conducida por Maria Melinda (Malyn) Ando

ARROW for Change Editora en Jefe y Oficial Superior del Programa, Publicaciones, Comunicaciones e Incidencia, ARROW

En esta entrevista, ARROW habló con **Baby Rivona**, una mujer que vive con VIH y que es una defensora indonesia de las personas con VIH desde hace mucho tiempo. Baby es la co-fundadora y coordinadora de la Red de Mujeres Positivas de Indonesia (IPPI, por sus siglas en inglés), la única red nacional en Indonesia para mujeres que viven afectadas por el VIH que actualmente se compone de aproximadamente 600 mujeres en 25 provincias. Establecida desde 2006, la IPPI tiene el propósito de construir un movimiento fuerte para mujeres que viven afectadas por el VIH, desarrollar sus conocimientos sobre los derechos y la salud sexual y reproductiva (DSSR), mejorar su acceso a los servicios e incrementar su participación en los espacios de políticas e incidencia¹. Baby compartió con nosotros los retos de mujeres que viven con VIH y mujeres que usan drogas, así como las dificultades que hubo para obtener fondos para los DSSR y para el fortalecimiento de la organización.

Por favor cuéntanos brevemente sobre tu trayectoria como activista. ¿Cómo comenzaste a trabajar en cuestiones de VIH, DSSR y los derechos de las mujeres que usan drogas y viven afectadas por el VIH?

Antes usaba drogas e iba a trabajar en Malasia como trabajadora doméstica. En mi segundo año trabajando ahí, descubrí

que era VIH positiva y me deportaron. No tenía trabajo, ni dinero, ni información; solamente estaba esperando morir.

Entonces leí libros. Me uní a un grupo de apoyo para personas con VIH. Salí a hacer trabajo de campo y aprendí de los médicos, los clientes, las familias y entonces me convertí en amiga de los clientes. En 2006, después del tsunami en Aceh, inicié mi propia organización. Desde entonces, he sido activista con múltiples sombreros: una mujer que vive con VIH, una persona que usaba drogas y una ex trabajadora migrante (estuve involucrada con la Comisión Nacional del SIDA para desarrollar el Plan Estratégico para Migrantes). También soy madre. En 2009 me impactó descubrir que estaba embarazada a la edad de 42 años. Sin embargo, tuve suerte porque tuve acceso a los servicios de Prevención de Transmisión Madre a Hijo/a (PMCT, por sus siglas en inglés) que ayudé a desarrollar.

¿Nos puedes contar por qué IPPI decidió enfocarse exclusivamente en los DSR y qué has hecho para abordar este tema?

En 2011, comenzamos a preguntarles a nuestros miembros qué era lo que realmente necesitaban y querían para enfocarnos en nuestra capacidad para construir y para la incidencia. La primera prioridad identificada en la encuesta fue la necesidad de contar con información

sobre los DSSR y sus implicaciones para las mujeres que viven con VIH.

Dado que ninguna de nosotras tenía conocimientos sobre este tema, pedimos ayuda a varios expertos para que desarrollaran con nosotros un módulo de capacitación². Durante el proceso, compartimos nuestras experiencias como mujeres que vivimos con VIH en temas como el aborto, las infecciones de transmisión sexual, violencia contra las mujeres, acceso a tratamiento y problemas de género, entre otras cosas. A pesar de nuestros fondos limitados, capacitamos a varias facilitadoras que después capacitaron a su vez a mujeres que viven con VIH.

La evaluación que hicimos en 2013 reveló que la capacitación tuvo como resultado que las mujeres que viven con VIH ahora saben cómo protegerse de los embarazos no deseados y las ITS, cobraron una mayor conciencia sobre el acceso a los servicios de SSR, tales como el Papanicolaou, y entienden que la anticoncepción y la esterilización forzadas son violaciones directas a sus derechos.

Sin embargo, quedaron temas pendientes: el módulo no incluía información enfocada específicamente en mujeres que usan drogas y sus necesidades DSSR específicas. Por ejemplo, no tenemos información sobre

el impacto de las drogas, incluyendo el uso de metadona durante el embarazo. Los problemas relacionados con la orientación sexual y la identidad y la expresión de género (SOGIE) tampoco se incluyeron en la capacitación.

“Desde mi perspectiva, todas las mujeres deben conocer los DSSR, incluyendo la prevención de embarazos no deseados, las ITS y el VIH, independientemente de la edad o de si se trata de una mujer parte de una población clave afectada’ o de una población de ‘alto riesgo’”.

Muchas redes de otros grupos de poblaciones clave desde entonces han adaptado el módulo para sus miembros. Incluyendo a la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH en Asia-Pacífico (ICWAP, por sus siglas en inglés) en 2014 y la red de trabajadoras y trabajadores sexuales de Indonesia en 2015. Más recientemente, un grupo que trabaja en la reducción de los daños quería adaptar este módulo también. En cuanto a los próximos pasos, quiero hacer una evaluación integral del impacto del módulo y quiero actualizarlo. También queremos capacitar a más mujeres dado que hasta ahora solamente el 15% de las miembros de IPPH han recibido la capacitación. Pero encontrar financiamiento no es fácil.

¿Puedes decirnos cuáles son las preocupaciones sobre DSSR para las mujeres que viven con VIH y que usan drogas, particularmente en la región?

Muchas personas siguen teniendo miedo del VIH, así que aún hay estigmas y discriminación. En lo que refiere a salud

reproductiva, para todo el mundo es fácil aceptar que es importante para las mujeres casadas, incluso las que viven con VIH. Sin embargo, esto sigue siendo un problema para adolescentes que no se han casado y para las personas jóvenes en general, dado que la sexualidad sigue siendo un tabú. Desde mi perspectiva, todas las mujeres deben conocer los DSSR, incluyendo la prevención de embarazos no deseados, las ITS y el VIH, independientemente de la edad o de si se trata de una mujer parte de una población clave ‘afectada’ o de una población de ‘alto riesgo’.

La violencia contra las mujeres y la esterilización forzada son problemas clave para las mujeres que viven con VIH. Hicimos un estudio sobre esto en Indonesia en 2012 y descubrimos que el 30.2% de quienes respondieron experimentaban violencia económica, el 29.7% experimentaba violencia psicológica, el 28.9% experimentaba violencia sexual, el 24.8% experimentaba violencia física y el 13.5% se había sometido a la esterilización forzada. De hecho, en 2012, presenté el problema de la esterilización forzada entre las mujeres que viven con VIH en el Comité CEDAW. No supimos de más casos de esterilización forzada después de eso, pero a principios del mes de mayo de este año supimos de una mujer de 23 años de edad que vive con VIH que se sometió a una esterilización. Aún estamos recolectando evidencia de por qué se le hizo el procedimiento y si descubrimos que efectivamente fue forzado, volveremos a plantear el problema.

Uno de los problemas de las mujeres que usan drogas es que el ciclo menstrual de las mujeres que usan metadona se vuelve irregular, lo cual hace que sea más difícil saber si están embarazadas. Normalmente descubren que están

voces del sur del mundo

embarazadas una vez que están en instalaciones de rehabilitación. Cuando lo descubren, ¿cuál es la mejor opción para ellas? ¿Abortar o continuar con el embarazo y seguir usando metadona? La Red Indonesia de Usuarios de Drogas (PKNI) hizo un estudio sobre este asunto.

“Aunque el gobierno tiene servicios para mujeres que viven con VIH, es necesario que la comunidad se involucre más en términos de evaluar la calidad de estos servicios en territorio y no actúe únicamente como beneficiaria”.

Tal como mencioné antes, la falta de financiamiento para los DSSR de las mujeres que viven con VIH es una cuestión clave para nosotras. La falta de inclusión en las políticas podría estar incidiendo en la falta de financiamiento gubernamental para esto⁴. Aunque ya hemos añadido los DSSR y la integración de servicios contra la violencia y para el VIH en la Estrategia Nacional y el Plan de Acción para la Respuesta al SIDA y el VIH de 2015-2019, el Departamento de Salud aún no lo ha firmado. La integración de los servicios contra la violencia y para el VIH ya cuenta con financiación del Fondo Mundial, pero no hay financiamiento para los DSSR. El año pasado, UNFPA nos apoyó y la red nacional de trabajadoras y trabajadores sexuales aportó algunos fondos para dar capacitaciones conjuntas para las facilitadoras. Sin embargo, esto no equivale a un programa sostenible. Desgraciadamente, parece que no tenemos suficiente evidencia convincente para demostrar que los DSSR son una cuestión verdaderamente importante para abordar el asunto de las mujeres que viven con VIH.

¿Qué papel deberían jugar las comunidades de mujeres que viven afectadas por el VIH y que usan drogas en la implementación y monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible? ¿Cómo se pueden fomentar?

Actualmente hay una falta de entendimiento entre las activistas del VIH y las comunidades sobre la importancia de los ODS, considerando que este nuevo marco mundial cuenta con metas sobre los DSSR y el VIH.

En términos del involucramiento gubernamental, hacia la sociedad civil para el desarrollo del plan estratégico para la implementación de los ODS, creo que tienen que ser más transparentes en cuanto a quién invitan y por qué y asegurarse de que haya más diversidad. Cuando les pregunté, dijeron que algunas organizaciones ya estaban involucradas con la Oficina Nacional de Planeación. Les dije que estaba bien, pero que la próxima vez recordaran invitarme porque me interesa y quiero presentar los problemas de las mujeres que viven con VIH.

Aunque el gobierno tiene servicios para mujeres que viven con VIH, es necesario que la comunidad se involucre más en términos de evaluar la calidad de estos servicios en territorio y no actúe únicamente como beneficiaria. De hecho, esta es una de las áreas que incluimos en la más reciente ronda de propuestas al Fondo Mundial, en colaboración con el Departamento de Salud.

¿Cuáles son algunas de sus recomendaciones para que los gobiernos, la ONU y los donantes se aseguren de no olvidar los DSSR de las mujeres que viven afectadas por el VIH y las mujeres que usan drogas?

Se necesita más inversión para los DSSR de las mujeres que viven con VIH en Indonesia, por parte del gobierno y de

los donantes. Contar con conocimientos sobre los DSSR es muy importante para las mujeres que viven con VIH para que puedan vivir bien sus vidas y para que se protejan de embarazos no deseados e ITS.

Otro asunto clave es la necesidad de que los donantes financien el fortalecimiento de las organizaciones. Aunque algunos donantes puedan estar interesados en financiar algunos de nuestros programas, la financiación ofrecida no contempla el pago de salarios. ¿Cómo podríamos sobrevivir para hacer este trabajo sin salario? Ya estamos invirtiendo tiempo y energía, no queremos que nos consideren voluntarias. Por favor, véannos como expertas porque hemos vivido con esto, nuestros conocimientos provienen de nuestras propias experiencias.

Le pido lo mismo al gobierno. También tiene que dar su apoyo a las organizaciones de mujeres para que puedan comenzar a crear conciencia, especialmente sobre los DSSR y para fortalecer a las organizaciones. Tienen que financiarnos y ver esto como su responsabilidad, en lugar de que nosotros busquemos donantes en otros países. El gobierno tiene que establecer un mecanismo de financiamiento para las organizaciones de la sociedad civil desde el presupuesto nacional.

En términos de leyes y políticas, la ley anti-discriminación de personas que viven con VIH se tiene que implementar de forma apropiada. Por ejemplo, recientemente, un niño no fue aceptado en una escuela debido al VIH. Para el uso de drogas, todavía tenemos la pena de muerte para los narcotraficantes y para las personas que usan drogas, algunos van a rehabilitación y otros todavía van a prisión. Me preocupa la meta establecida por el gobierno que dicta que para 2020, Indonesia estará libre de drogas y la resultante guerra contra las drogas. Si

la Oficina Nacional de Narcóticos no alcanza la meta anual de personas que usa drogas que va a rehabilitación, ¿te imaginas lo que va a pasar? Las leyes y las políticas se tienen que basar en los derechos de las personas.

En términos del acceso a medicamentos y tratamiento, estamos incidiendo para que el gobierno proporcione medicamentos para tratar la hepatitis C. En este momento, aún no está disponible en hospitales de Indonesia y solamente está disponible comercialmente al doble de su costo en la India, así es que las redes tienen que tener acceso a esta medicación en la India a través de Tailandia⁵. Los análisis de laboratorio también son muy caros para las comunidades y es necesario que sean gratuitos o más económicos.

“Otro asunto clave es la necesidad de que los donantes financien el fortalecimiento de las organizaciones. Aunque algunos donantes puedan estar interesados en financiar algunos de nuestros programas, la financiación ofrecida no contempla el pago de salarios. ¿Cómo podríamos sobrevivir para hacer este trabajo sin salario? Ya estamos invirtiendo tiempo y energía, no queremos que nos consideren voluntarias. Por favor, véannos como expertas porque hemos vivido con esto, nuestros conocimientos provienen de nuestras propias experiencias”.

Finalmente, el seguro nacional de salud, que proporciona el gobierno a todos los ciudadanos, actualmente considera que si

alguien se enferma debido a las drogas, no está cubierto. Estas cláusulas se tienen que eliminar. Si se quiere dar este seguro, se tiene que dar para todos.

¿Hay algo más que quisieras agregar?

En este momento, estoy cansada de ser una persona que vive con VIH, porque el número de personas VIH positivo siempre está aumentando y todavía hay un estigma. Tenemos muchas conferencias pero, ¿por qué ayer hubo una esterilización forzada otra vez? ¿Por qué mi hijo (que no es VIH positivo) fue expulsado de la escuela porque a los otros padres les dio miedo? Tengo muchas preocupaciones sobre cosas que no hemos logrado a pesar de todos nuestros esfuerzos.

Notas y Referencias

- 1 The Global Coalition on Women and AIDS, "Indonesia: Positive Women's Network Takes Action to Address Violence against Women Living with HIV", 7 de agosto, 2014, <https://gcwa.unaids.org/news/indonesia-positive-women%E2%80%99s-network-takes-action-address-violence-against-women-living-hiv>.
- 2 El módulo, Sexual Health of Women: Rights Fulfillment, Sexual Health and Women's Reproduction (la Salud Sexual de las Mujeres: Cumplimiento de sus Derechos, Salud Sexual y Reproducción de las Mujeres), puede ser consultado por grupo de interés solicitando acceso por escrito a la autora o a IPPI.
- 3 IPPI, *Studi Kualitatif Dan Pendokumentasian; Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan Dengan Hiv Dan Aids Di 8*

(Delapan) Provinsi—DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Sumatera Utara, Yogyakarta, Jawa Timur, Bali Dan NTB (Jakarta: IPPI, 2013), http://www.academia.edu/9578982/STUDI_KUALITATIF_DAN_PENDOKUMENTASIAN_KASUS_KEKERASAN_TERHADAP_PEREMPUAN_DENGAN_HIV_DAN_AIDS_DI_8_DELAPAN_PROVINSI.

- 4 Para un análisis de las fuentes de VIH y datos en Indonesia, ver: Mardiaty Nadjib, Amila Megraini, Luluk Ishardini y Lusi Rosalina, *National AIDS Spending Assessment 2011-2012, 2013*, http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/indonesia_2011-2012_en.pdf.
- 5 El medicamento para tratar la hepatitis C cuesta aproximadamente 150 USD por botella en la India en comparación con 300 USD por botella en Indonesia.

LOS PRINCIPIOS YOGYAKARTA:

En Retrospectiva, Viendo Hacia el Futuro.

Un aspecto clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es el compromiso de “no dejar a nadie atrás” y de proceder basándose en que “la dignidad de la persona humana es fundamental”. Estos dos aspectos deben invocarse en el contexto de la orientación sexual y las luchas basadas en la identidad de género, dado que hasta el día de hoy, las leyes penalizan las expresiones e identidades relacionadas con la sexualidad y el género en muchas partes del mundo.

Una normativa importante en esta lucha contra la discriminación y la violencia basadas en la orientación sexual y la identidad de género (SOGI, por sus siglas en inglés) ha sido la adopción en 2006 de los Principios Yogyakarta (PY) sobre SOGI por parte de un grupo de 28 expertos de la ONU, abogados especializados en derechos humanos y académicos¹. En el décimo aniversario de este documento legal no debemos solamente recordar la impensable violencia que se inflige sobre las personas LGBTIQ alrededor del mundo, sino también trabajar hacia un futuro en el que dicha violencia se termine.

La lucha por establecer que las personas LGBTI son seres humanos, con derecho a una consideración moral completa, es una lucha constante.

Entonces ¿cómo evaluamos lo que los PY han logrado?

Enfatizando la Universalidad de los Derechos. La filosofía subyacente de los PY se encuentra en el Principio 1, el cual establece estos puntos: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” y “los seres humanos de todas las orientaciones sexuales e identidades de género tienen derecho a disfrutar totalmente de todos los derechos humanos”². Hoy en día, este principio de universalidad se sigue negando en varios países del mundo. La lucha por establecer que las personas LGBTI son seres humanos, con derecho a una consideración moral completa³, es una lucha constante.

... cuando decimos que las leyes anti sodomía violan el derecho a la privacidad, no estamos reafirmando el entendido patriarcal que dice “el hogar de un hombre es su castillo” (es decir, el derecho ilimitado de hacer lo que queramos en la zona del hogar) sino que estamos afirmando que formar lazos íntimos con otros viene incluido dentro del rubro de proteger tu derecho a formar relaciones con la persona que elijas y tu derecho a elegir con quien formar dichos lazos.

Las definiciones de SOGI. Las amplias definiciones de SOGI en los PY evitan cuidadosamente la trampa de proteger solamente las identidades establecidas

Por Pooja Patel

Administradora del Programa (Women's Rights and LGBTI Rights), International Service for Human Rights

y Arvind Narrain

Director Ginebra, ARC International

Email: p.patel@ishr.ch, Twitter: @Pooja_ISHR

Email: anarrain@gmail.com,

Twitter: @anarrain

como gay, lesbiana, bisexual o transgénero y expresamente amplían la protección para una gran variedad de personas, todas las cuales podrían convertirse en un blanco debido a su comportamiento sexual, sus actos sexuales, su expresión de género o identidad de género. En Argentina, la histórica Ley de Identidad de Género tomó su definición de identidad de los Principios Yogyakarta⁴. En India, el fallo del Tribunal Supremo de Delhi en el caso de Naz Foundation contra NCR Delhi, ignorando lo estipulado en el Artículo 377 del Código Penal de la India, y el fallo del Tribunal Supremo que reconoce los derechos transgénero en el caso National Legal Services Authority contra Union of India (NALSA), citaron los Principios Yogyakarta⁵.

Desarrollando el Derecho al

Reconocimiento ante la Ley. El principio 3 estipula el reconocimiento ante la ley⁶, innovando al aplicar este derecho a la identidad de género y la orientación sexual. Este es un eje central de la lucha de las personas transgénero a nivel mundial. Los sistemas legales del mundo por rutina les niegan reconocimiento legal en el género de su elección, y por lo tanto los dejan “sin derechos” al negarles su derecho a identificarse con el género de su elección. El Principio 3 desde entonces se ha abierto camino para llegar hasta las legislaciones nacionales de Argentina⁷, Irlanda⁸ y Malta⁹, que reconocen el derecho a elegir el género propio.

Yendo Más Allá de la Privacidad Zonal.

El principio 6 consagra el derecho a la privacidad, el cual normalmente se considera como el derecho a no ser molestado en la paz y tranquilidad del hogar. Los PY van más allá de este entendimiento para incluir “las decisiones y las elecciones relacionadas con el propio cuerpo y las relaciones sexuales consensuadas y otras relaciones con otros”. El Principio 6 lleva la privacidad más allá de la “privacidad zonal” para incluir también lo que se ha denominado la “privacidad decisoria” y “privacidad relacional”. Por ende, cuando decimos que la ley anti sodomía viola el derecho a la privacidad, no estamos reafirmando el entendido patriarcal que dice “el hogar de un hombre es su castillo” (es decir, el derecho ilimitado de hacer lo que queramos en la zona del hogar) sino que estamos afirmando que formar lazos íntimos con otros viene dentro del rubro de proteger tu derecho a formar relaciones con la persona que elijas y tu derecho a elegir con quien formar dichos lazos. Al expandir la noción de privacidad más allá de la “zonal”, los YPs crean un vínculo con el marco conceptual que da “dignidad” y “autonomía”. Este vínculo entre dignidad, privacidad y libertad se crea poderosamente en la jurisprudencia en la India¹⁰, Sudáfrica¹¹ y Estados Unidos¹², en donde el principio de proteger la privacidad busca en realidad proteger el ámbito de donde emerge la toma de decisiones íntimas.

Abordando la Necesidad de Protección en Contra de Abusos Médicos.

El Principio 18 subraya que el control y la regulación de SOGI se da no solamente mediante el Estado y las leyes sino mediante múltiples instituciones sociales y aborda otro posible violador de derechos: la profesión médica. El abuso médico tal como se define en este principio desarrolla tres contextos en los que una persona podría ser forzada de acuerdo con su SOGI:

- Un tratamiento, procedimiento o análisis médico o psicológico;
- Confinamiento a una instalación médica y
- Las clasificaciones de SOGI no son en sí mismas condiciones médicas que se deban tratar, curar o suprimir.

Este desarrollo jurisprudencial es una expansión vital de las protecciones contra el abuso médico a personas que podrían verse afectadas debido a su orientación sexual o identidad de género. Esto es aplicable especialmente en el contexto de la población infantil con características intersexuales, cuyos cuerpos están sujetos a cirugía médica irreversible, muchas veces con el pretexto de proteger los intereses de la niña o niño. Este principio es un punto de inicio para desarrollar un marco legal para ilegalizar dichas cirugías.

El Principio 18 subraya que el control y la regulación de SOGI se da no solamente mediante el Estado y las leyes sino mediante múltiples instituciones sociales y aborda otro posible violador de derechos: la profesión médica.

Mirando hacia el futuro. Diez años después de que se formularon los PY, ha habido un crecimiento exponencial de la jurisprudencia SOGI, pero todavía hay un largo camino por recorrer. Un ejemplo sería el uso del término “características del sexo” para conceptualizar las bases sobre las que a los infantes intersexo se les somete a una intervención médica innecesaria. Los derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales trans, de refugiados LGBT, así como la expresión de género, podrían requerir una mayor especificidad dentro del marco de los PY.

Es necesario reavivar los principios y completar estos vacíos para que los Principios Yogyakarta continúen siendo el corazón palpitante de la jurisprudencia SOGI en los años venideros. Si los ODS efectivamente “no van a dejar a nadie atrás” y van a “proteger la dignidad de la persona humana”, es imperativo que los PY sean parte del marco de la implementación.

Notas y Referencias

1 “The Yogyakarta Principles: The Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity,” <http://www.yogyakartaprinciples.org/>.

2 Este principio surge del Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), que declara que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. El Artículo 1 de la DUDH es un emotivo recordatorio de una historia de persecución nazi, tortura y asesinato de judíos, romanos, eslavos, personas con discapacidades y homosexuales.

3 Los autores afirman que aunque “moral” y “moralidad” tienen ciertas connotaciones que pueden ser capturadas por discursos religiosos, deben recuperarse. Los ejemplos de esta recuperación en la ley es la idea de “ciudadanía moral total” expresada por el Juez Sachs en Sudáfrica y la moralidad constitucional por Ambedkar en la India. Ver: National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v. Minister of Justice and Others (CCT11/98) [1998] ZACC 15; 1999 (1) SA 6; 1998 (12) BCLR 1517 (9 de octubre 1998). También ver el discurso de Ambedkar en la Asamblea de Miembros citada por C.J. Shah en Naz Foundation v. NCT Delhi, <https://indiankanoon.org/doc/100472805>.

4 “Argentina Gender Identity Law”, 12 de septiembre, 2013, Transgender Europe, <http://tgeu.org/argentina-gender-identitylaw/>.

5 “Naz Foundation v. NCT Delhi on July 2, 2009”, <https://indiankanoon.org/doc/100472805/>; National Legal Services Authority v. Union of India and Others el 15 de abril, 2014,” <https://indiankanoon.org/doc/193543132/>.

6 Este principio surgió en la ley internacional de derechos humanos debido a la lucha contra la ideología nazi racista, en la que los judíos fueron despojados de toda identidad legal y ciudadanía y quedaron como no ciudadanos sin derechos.

7 “Ley de Identidad de Género de Argentina”.

8 “Gender Recognition Act 2015”, Transgender Europe, http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/08/IRELAND_Gender-Recognition-Act-2015.pdf.

9 “Chapter 540 Gender Identity, Gender Expression, and Sex Characteristics Act”, 14 de abril, 2015, <http://www.justiceservices.gov.au/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=12312&i=1>.

10 Ver “National Legal Services Authority v. Union of India”, <https://indiankanoon.org/doc/193543132/>.

11 Ver el fallo concurrente del Juez Sachs en “National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Another v Minister of Justice and Others (CCT11/98) [1998] ZACC 15; 1999 (1) SA 6; 1998 (12) BCLR 1517 (9 de octubre de 1998)”, South African Legal Information Institute, <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/1998/15.html>.

12 Ver el fallo por mayoría del Juez Kennedy en “Lawrence v. Texas 539 US 558”, 2003, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/539/558/>.

LOS DSSR DE LAS MUJERES Y EL CAMBIO CLIMÁTICO: El Caso de Mindoro, Filipinas.

Por Joan Regina Castro

Vice Presidente Ejecutiva

PATH Foundation, Filipinas

Email: jcastro@pfpf.org

El planeta tierra se está calentando. El cambio climático está sucediendo en todos lados¹. Sus impactos adversos están afectando a la humanidad y los recursos de los que dependemos. A menos que todos se hagan responsables, tomen las decisiones correctas y actúen, el fenómeno continuará y será algo alarmante para todas las personas y el planeta.

Eventos tales como el aumento de los niveles del mar y patrones climáticos extremos, ahora son más pronunciados y variados en comparación con décadas anteriores. De acuerdo con el Índice de Riesgo Climático Global Germanwatch, Filipinas era uno de los países del mundo más vulnerable al cambio climático y sufrió severos daños debido a los eventos climáticos extremos, así como ocurrió en Haití en 2012². Las tendencias estadísticas también muestran un aumento de temperatura en un promedio de 0.01 grados Celsius por año en las últimas cinco décadas³, lo cual pone en peligro la salud de las personas y el estado de los recursos. Los hallazgos se corresponden con los resultados de la evaluación efectuada en el área marina clave de biodiversidad del Pasaje de la Isla Verde (PIV) en Filipinas⁴. Descrito como el “centro del centro” de la biodiversidad marina⁵ costera del mundo, los hechos indican una ecología que es vulnerable a la variabilidad del clima. El aumento de la temperatura de la superficie marina tiene como resultado un aumento en los niveles del mar, una creciente frecuencia de tormentas y una mayor intensidad en la inundación de áreas costeras⁶.

Con más de siete millones de personas en las inmediaciones, estos cambios representan riesgos para las funciones y servicios de los ecosistemas, es decir, agua, aire, alimentos, ingresos y sustentos que las personas obtienen de sus recursos.

La Provincia de Mindoro Oriental es una de las islas en PIV con una población total de 844,059 personas en 2015⁷. La pobreza (47.1% en 2006)⁸ y la tasa de nacimientos en adolescentes (57% en 2013) son elevadas⁹. La tasa de mortalidad materna ha aumentado (209/10,000 nacidos vivos en 1990 vs. 221 en 2011) y la tasa de prevalencia de anticonceptivos sigue siendo baja: 55.1% en 2013¹⁰. Estas son barreras para mejorar el estatus de los derechos sexuales y la salud reproductiva (DSSR) de las mujeres. Además, actividades humanas tales como la pesca ilegal o destructiva, la contaminación y las prácticas no sostenibles del uso de la tierra contribuyen a una pérdida en la biodiversidad, amenazando así las áreas de pesca productivas en el PIV. Todo esto hace que las mujeres, las personas jóvenes y los pescadores cada vez sean más susceptibles al cambio climático.

Las mujeres son capaces y centrales para las soluciones, pero también necesitan apoyo para desarrollar la resiliencia ante los efectos del cambio climático. Por lo tanto, los gobiernos deben implementar políticas y programas que se centren en las mujeres...

Una prueba de esto es Jovita, quien se casó con un pescador a los 17 años y viven en la costa de PIV. A la edad de 37 años, tiene nueve hijos. Aunque sabe que los DSSR incluyen planificación familiar, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsables, nunca asistió a controles pre natales y no tenía ahorros para un parto en instalaciones de servicios de salud. La baja en la pesca y el clima impredecible ocasionó que ganarse el sustento fuera difícil y desgraciadamente su esposo sufrió un accidente y ya no podrá volver a pescar. Para mantener a su familia, teje tapetes de “nipa” mientras cuida a sus hijos más pequeños. Su hija mayor dejó la escuela para trabajar como trabajadora doméstica.

Para Jovita y las muchas mujeres en VIP, no existe un término local para el cambio climático, sino una experiencia cotidiana¹¹. Su vulnerabilidad está íntimamente relacionada con barreras para tener acceso a información y servicios de salud y los DSSR; tradiciones y preferencias; con el papel dual de las mujeres como cuidadoras y proveedoras y oportunidades económicas limitadas que ponen “la carga sobre la mujer” en el centro del vínculo, del planeta tierra y en conexión con el cambio climático.

Su vulnerabilidad está íntimamente relacionada con las barreras para acceder a la información y los servicios de salud y SDSR; tradiciones y preferencias; las dos funciones de las mujeres como cuidadoras y proveedoras; y oportunidades económicas limitadas que colocan la “carga sobre la mujer” en el

centro entre las personas, la tierra y el cambio climático.

Las mujeres son capaces y son centrales para las soluciones, pero también necesitan apoyo para desarrollar la resiliencia ante los efectos del cambio climático. Por lo tanto, los gobiernos deben implementar políticas y programas que se centren en las mujeres para crear resiliencia al riesgo. Se deben incluir los siguientes elementos: 1) acciones que promueven comportamientos de búsqueda de salud y DSSR, y acceso a servicios de DSSR seguros, efectivos, asequibles y accesibles; 2) igualdad de oportunidades para económicamente; 2) igualdad de oportunidades para tener medios de vida económicamente productivos y sostenibles que permitan obtener ingresos estables para la familia; 3) acciones de concientización basadas en la comunidad y acciones sobre los vínculos entre DSSR, salud, conservación y cambio climático;

4) garantizar los derechos de las mujeres y su empoderamiento, y desarrollar sus capacidades para participar de forma significativa en los procesos de toma de decisiones, de formulación de políticas y de implementación. Con esto, las mujeres podrían planificar sus familias, cuidar su salud, administrar sus recursos, desarrollar capacidades para comprometerse significativamente, ser económicamente productivas y marcar una diferencia.

Notas y referencias

- 1 "Climate Change Basic Information", United States Environmental Protection Agency, https://19january2017snapshot.epa.gov/climatechange/climatechange-basic-information_.html.
- 2 Sönke Kreft y David Eckstein, "Global Climate Risk Index 2014," Bonn and Berlin: Germanwatch e.V, Bonn and Berlin, 2013), <https://germanwatch.org/en/download/8551.pdf>.
- 3 "Climate Change in the Philippines", Philippine Atmospheric, Geophysical and Astronomical Services Administration (PAGASA), <http://www1.pagasa.dost.gov.ph/index.php/climate-change-in-the-philippines#current-climate-trends-in-the-philippines>.
- 4 El Pasaje de la Isla Verde es un estrecho que separa las islas de Luzón y Mindoro en Filipinas.

- 5 "Verde Island Passage", Conservation International Philippines, <http://www.conservation.org/archive/philippines/where/sulu-sulawesi/vip/Pages/default.aspx>.
- 6 R. Boquiren, G. Di Carlo y M.C. Quibilan (Eds), *Climate Change Vulnerability Assessment of the Verde Island Passage*, Filipinas, informe técnico (Arlington, Virginia, USA: Conservation International, 2010), http://www.conservation.org/archive/philippines/publications/Documents/ian_report_315_full_report_VA.pdf.
- 7 Philippine Statistics Authority (PSA), Oriental Mindoro attachment in "Philippine Population Surpassed the 100 Million Mark (Results from the 2015 Census of Population)", 30 de junio, 2017, <https://psa.gov.ph/content/philippine-populationsurpassed-100-million-mark-results-2015-census-population>.
- 8 MIMAROPA Regional Office National Economic and Development Authority, MIMAROPA Regional Development Plan 2011-2016, http://www.neda.gov.ph/wp-content/uploads/2013/10/RegIVB_RDP_2011-2016.pdf.
- 9 RO4B MIMAROPA Maternal Care Description and Information, <http://ro4b.doh.gov.ph/index.php/programsand-projects/family-health/maternal-care/767-maternal-care-description-and-information>.
- 10 RO4B MIMAROPA Maternal Care Description and Information.
- 11 Joan Castro y Enrique Hernandez, *Linking Sexual and Reproductive Health and Rights, Population, Health, Environment and Climate Change Initiatives: A Scoping Study on Women and Fishers in the Philippines* (Makati and Kuala Lumpur: PATH Foundation Philippines and ARROW, 2015), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHRScoping-Study_Philippines.pdf.

EXPRESANDO LAS PREOCUPACIONES PARA ASEGURAR LOS DSSR DE LAS PERSONAS JÓVENES:

Presentación Liderada por Jóvenes en el Examen Periódico Universal de Pakistán.

Desde la 18ª enmienda a la constitución de Pakistán, "Youth Affairs" (asuntos de jóvenes) se ha convertido en una jurisdicción de gobierno provincial. En siete años, solamente dos de las cuatro provincias² han logrado que se aprueben sus políticas de juventud.

Aunque los otros dos borradores ya se desarrollaron, la burocracia y la inestabilidad política están ocasionando retrasos en su adopción. Aunque la Política de Salud Nacional de Pakistán se desarrolló en 2001, no se ha formulado ninguna política provincial desde 2010.

Por Noor Imran'

Bargad-Organisation for Youth Development, Pakistán

Email: noor.imran@bargad.org.pk

Algunas disposiciones sobre los derechos sexuales y la salud reproductiva (DSSR) de las personas jóvenes en Pakistán están presentes en las políticas³, pero la mayoría sigue sin implementarse. Pakistán también es signatario de varios acuerdos internacionales relevantes⁴.

El limitado marco de políticas en Pakistán se agrava por determinantes sociales como las normas culturales y los prejuicios de prestadores de servicios que limitan aún más el acceso de los jóvenes, especialmente de las jóvenes, a servicios e información de SSR.

Esta terrible situación se refleja en los resultados DSSR para las personas jóvenes. Los matrimonios infantiles son sumamente prevalentes en el país y la edad mediana para el matrimonio para las chicas en Pakistán es 19.5 años⁵. Se reportaron 508 casos de abuso sexual infantil en 2014 (un aumento del 17% con respecto al año anterior⁶). Las personas jóvenes (menores a 30 años de edad) siguen estando mal preparadas para lidiar con los complejos retos de salud que enfrentan debido a información inadecuada, falta de acceso a recursos y falta de poder para tomar decisiones⁷. Debido a la penalización de la homosexualidad⁸, las minorías sexuales y de género, incluyendo a las personas jóvenes, se rehúsan a revelar su orientación sexual e identidad de género a los prestadores de servicios de salud y muchas veces tienen que lidiar con abusos y discriminación⁹.

Para presentar estos problemas, la alianza de Pakistán “Right Here, Right Now” (Aquí y Ahora o RHRN, por sus siglas en inglés)¹⁰ colaboró en la primera entrega juvenil del Examen Periódico Universal (EPU)¹¹ de Pakistán. La entrega fue redactada por jóvenes y la investigación primaria también fue efectuada por representantes jóvenes¹² de los 11 miembros de RHRN de la organización de la sociedad civil.

...hay una necesidad urgente de que el gobierno de Pakistán aborde la problemática de los DSSR de las juventudes, incluyendo proporcionar

información y servicios de SSR amigables y sensibles al género para todos y facilitar el acceso a ellos, con atención particular a grupos marginados; educación básica en habilidades para la vida, incluyendo los componentes esenciales de una educación integral en sexualidad para los jóvenes dentro y fuera de la escuela, una legislación integral que aborde la violencia sexual y de género y prácticas culturales nocivas. . .

Los miembros de la plataforma juvenil de RHRN de Pakistán participaron en un taller¹³ organizado por ARROW y Dance4life, el cual tuvo el propósito de mejorar los conocimientos sobre la eficacia del EPU como una herramienta de incidencia y rendición de cuentas para monitorear y mejorar la situación de los derechos humanos, las recomendaciones que Pakistán recibió anteriormente y el estatus de los DSSR en Pakistán. Después del taller, los participantes organizaron consultas de opinión en sus comunidades mediante encuestas y discusiones en grupos focales sobre el acceso de las personas jóvenes a los servicios e información DSSR¹⁴. Se seleccionó un comité de redacción para compilar los hallazgos, analizar los resultados y hacer el borrador de la entrega del EPU¹⁵. El proceso tomó tres meses y medio y contó con las respuestas de 197 jóvenes.

El EPU también puede contribuir a fortalecer la implementación de los ODS a nivel nacional, dado que la Agenda 2030 se apoya y se guía mediante principios e instrumentos de derechos humanos.

Las recomendaciones de este proceso se han enviado como parte del informe paralelo para que el próximo EPU de Pakistán muestre las brechas en el acceso a los servicios e información DSSR, especialmente para las personas jóvenes, y exigir que el Estado tome medidas urgentemente. Con base en estas consultas de juventud, varias recomendaciones destacan muy claramente: hay una necesidad urgente de que el gobierno de Pakistán aborde la problemática de los DSSR de las juventudes, incluyendo proporcionar información y servicios de SSR amigables y sensibles al género para todos y facilitar el acceso a ellos, con atención particular a grupos marginados; educación básica en habilidades para la vida, incluyendo los componentes esenciales de una educación integral en sexualidad para los jóvenes dentro y fuera de la escuela y una legislación integral que aborde la violencia sexual y de género y prácticas culturales nocivas, tales como matrimonios infantiles y discriminación.

Aunque la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible está atrayendo mucha atención, los mecanismos de rendición de cuentas para los derechos humanos, tales como el EPU, sirven como plataformas importantes para monitorear los DSSR de las personas jóvenes. El EPU también puede contribuir a fortalecer la implementación de los ODS a nivel nacional, dado que la Agenda 2030 se apoya y se guía mediante principios e instrumentos de derechos humanos. Por lo tanto es la oportunidad perfecta para que las organizaciones juveniles expresen sus preocupaciones y actúen como un grupo de presión para el gobierno. Pakistán estará bajo revisión para el EPU por tercera vez en 2017. Dado que las consultas de personas jóvenes para el informe del EPU siguen siendo, desgraciadamente, muy poco frecuentes en Pakistán, crear este informe paralelo

es un hito para el monitoreo del avance en los DSSR de las personas jóvenes.

A partir de este informe, se está desarrollando un informe de incidencia para presionar a los Estados Miembro que participarán en el EPU de Pakistán antes de la sesión. RHRN Pakistán y los miembros de su plataforma juvenil también tendrán una sesión informativa con el Departamento de Derechos Humanos y los medios para consultar las acciones de seguimiento después del EPU.

Notas y referencias

- 1 La autora también quiere reconocer a Samreen Shahbaz de ARROW por su apoyo para redactar este artículo.
- 2 Eran Punjab y Khyber Pakhtunkhwa.
- 3 Incluyen la Ley Contra los Matrimonios Infantiles de 1929; el Marco de Salud Materna e Infantil de 2015; la Ley de Derechos y Atención Médica Reproductiva de 2013; la Ley de Protección en Contra del Acoso de las Mujeres en el Lugar de Trabajo de 2010; las iniciativas de ley para la Violencia Doméstica para Punjab, KP, y Balochistán; la Política Juvenil Punjab y la Política Juvenil Khyber Pakhtunkhwa.
- 4 Incluye la La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer o CETFD, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglas en inglés), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- 5 National Institute of Population Studies [Pakistan] and ICF International, *Pakistan 2012-13 Demographic and Health Survey: Key Findings* (Calverton, Maryland, USA: National Institute of Population Studies and ICF International, 2013), http://www.nips.org.pk/abstract_files/PDHS%20Key%20Findings%20FINAL%201.24.14.pdf.
- 6 Qaiser Butt, "Child Sexual Abuse Cases Rise by 17%, Says UNICEF-funded Study", *The Express Tribune*, 24 de agosto, 2015, <https://tribune.com.pk/story/943616/evil-within-child-sexualabuse-cases-rise-by-17-says-unicef-funded-study/>.
- 7 Rutgers WPF, Pakistan, *An Assessment on the Status of Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People in Pakistan* (Pakistán: Rutgers WPGF, Pakistán, 2013), <http://www.rutgerswfp.org/content/pdfs/IEC/HK/SRHR-End-Line-Report.pdf>.
- 8 El Artículo 377 del Código Penal de Pakistán declara: "Delitos antinaturales: quien voluntariamente haya tenido relaciones carnales que vayan en contra del orden natural con cualquier hombre, mujer o animal será castigado con encarcelamiento de por vida o con encarcelamiento de cualquier descripción durante un periodo que no será menor a dos años ni más de diez años y también estará sujeto a multas". Explicación: la penetración es suficiente para constituir las relaciones carnales necesarias para el delito descrito en este artículo. Ver: Código Penal de Pakistán (Ley XLV de 1860), 6 de octubre, 1860, <http://www.pakistan.org/pakistan/legislation/1860/actXLVof1860.html>.
- 9 Canadá: Immigration and Refugee Board of Canada, "Pakistan: Incidents of Violence or Mistreatment Involving Sexual Minorities in Islamabad, Karachi and Lahore; Loss of Employment or Inability to Rent Housing due to Sexual Orientation (2014)", 9 de enero, 2015, <http://www.refworld.org/docid/54ca23b24.html>.
- 10 Right Here, Right Now (RHRN) Pakistan es parte del consorcio mundial Right Here, Right Now. RHRN visualiza un mundo en donde las personas jóvenes, en toda su diversidad, tenga acceso total e ininterrumpido a educación integral en sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva amigables para las y los jóvenes, incluyendo abortos seguros. Las organizaciones que integran RHRN Pakistan son las siguientes: Rahnuma Family Planning Association of Pakistan, Bargad, Forum for Dignity Initiatives (FDI), Chanan Development Association (CDA), Youth Advocacy Network (YAN), Rutgers Pakistan, Indus Resource Center (IRC), Aahung, Aware Girls, Blue Veins e Idara Taleem-o-Agahi (ITA).
- 11 El Examen Periódico Universal (EPU) es un mecanismo del Consejo de Derechos Humanos de la ONU que surgió del proceso de reforma de la ONU en 2005. Se hace referencia a él comúnmente como UN-UPR (por sus siglas en inglés), y se estableció mediante la resolución de la Asamblea General 60/251 el 3 de abril de 2006. El UN-UPR examina periódicamente el desempeño de los derechos humanos de los 193 Estados Miembro de la ONU.
- 12 RHRN Pakistan define a las personas jóvenes como jóvenes y adolescentes con edades de entre 15 y 30 años de edad.
- 13 El taller se celebró del 5-9 de diciembre en Islamabad, Pakistán. Ocho miembros de la plataforma juvenil, nominados por organizaciones integrantes de RHRN Pakistan, participaron en el taller.
- 14 Las consultas se efectuaron en cada una de las cuatro provincias de países con jóvenes de orígenes diversos, incluyendo minorías sexuales y de género, jóvenes rurales y jóvenes de diferentes redes.
- 15 Esto se llevó a cabo bajo la guía de la Asociación de Planificación familiar Rahnuma de Pakistán (FPAP, por sus siglas en inglés), ARROW, Sexual Rights Initiative (SRI) y dance4life.

ROMPIENDO BARRERAS: Inciendo a favor del Derecho a los Abortos Seguros en Filipinas

Ninguna mujer debería morir debido a complicaciones por un aborto inseguro y falta de acceso a atención post-aborto. Sin embargo, todos los días en Filipinas, aproximadamente 1,671 mujeres se someten a procedimientos de aborto médicamente inseguros, 274 mujeres se hospitalizan y tres mujeres mueren a causa de complicaciones por abortos inseguros¹.

Las mujeres tienen que someterse a procedimientos inseguros y clandestinos

debido a la prohibición penal del aborto que no tiene ninguna excepción clara². Bajo el Código Penal Revisado de Filipinas, un legado colonial del Código Penal Español de 1870, una mujer que acepta y se somete a un aborto puede ser encarcelada hasta por seis años y cualquiera que la ayude hasta por 20 años³. Esta ley punitiva se reforzó cuando los miembros de la Comisión Constitucional de 1870, cargando consigo las opiniones de la jerarquía de la Iglesia Católica⁴, incluyeron exitosamente una

Por Marevic Parcon y Christelyn Sibugon

*The Philippine Safe Abortion Advocacy
Network (PINSAN)*

Email: pinsan.network@gmail.com

Twitter: @pinsaorg

provisión en la Constitución filipina de 1987 que declara que el gobierno "protegerá de igual forma la vida de la madre y la vida del nonato de la concepción"⁵.

Las restricciones legales sobre el aborto violan los derechos humanos fundamentales de las mujeres, incluyendo su derecho a la vida, a la salud, a la no discriminación, a la privacidad y a ser libres de cualquier trato cruel, inhumano

monitoreando las actividades de países y regiones

y degradante. Los organismos de derechos humanos han recomendado a Filipinas revisar y modificar su ley de prohibición sobre el aborto y a despenalizar el aborto en ciertos casos⁶.

Aunque los enjuiciamientos son poco comunes, estas provisiones penales y el estigma asociado con el aborto forzan a las mujeres a recurrir a abortos inseguros que ponen su vida y su salud en grave peligro. El terrible estado de la salud reproductiva de la mujer filipina y la ley restrictiva contra el aborto conduce a una alta mortalidad y morbilidad materna debido a complicaciones en abortos inseguros. En un país en el que existe una urgente necesidad de anticonceptivos modernos debido a la falta de acceso a información y servicios, también hay una elevada tasa de embarazos no deseados⁷. Uno de cada tres nacimientos en el país es no deseado o inoportuno⁸ y hay una elevada tasa de mujeres con embarazos no deseados que se someten a procedimientos de aborto inseguros⁹.

Las restricciones legales sobre el aborto violan los derechos humanos fundamentales de las mujeres, incluyendo su derecho a la vida, a la salud, a la no discriminación, a la privacidad y a ser libres de cualquier trato cruel, inhumano y degradante. Los organismos de derechos humanos le han recomendado a Filipinas revisar y modificar su ley de prohibición sobre el aborto y a despenalizar el aborto en ciertos casos.

La implementación total de la Ley de Maternidad y Paternidad Responsables y Salud Reproductiva (MPRSR), que se adoptó en 2013 después de que las organizaciones en defensa de los

derechos de las mujeres lucharon y lograron su promulgación, se desvió debido a recortes presupuestales y la orden de restricción temporal (ORT) sobre la obtención y distribución de anticonceptivos¹⁰. La ORT surgió de las oposiciones de grupos conservadores y religiosos que afirmaban que los anticonceptivos tienen una naturaleza abortiva. Este marco en contra de los anticonceptivos exacerba el estigma sobre el aborto. A pesar de que la ley declara que las mujeres tienen el derecho a “atención post-aborto humana, compasiva y no prejuiciosa”, siguen temiendo buscar tratamiento médico después de tener complicaciones por abortos inseguros debido al temor a la penalización y el estigma¹¹.

PINSAN: Creando Espacios Seguros para el Diálogo y la Colaboración.

Las condiciones sociales, culturales y legales del país dificultan que las mujeres y las y los defensores locales encuentren plataformas para discutir abiertamente el impacto de los abortos inseguros y la urgente necesidad de atención médica adecuada post-aborto. Aunque los procesos relacionados con la aprobación de la ley MPRS han dado algo de espacio para las discusiones sobre el aborto e incluso han dado pie a que surjan simpatizantes, algunas y algunos activistas de los derechos de las mujeres sienten que el discurso sobre el aborto como parte integral los derechos sexuales y la salud reproductiva (DSSR) es insuficiente. Por ende, en 2015, las organizaciones, activistas y abogados, académicas y académicos y defensoras y defensores de los derechos de las mujeres establecieron una red para trabajar abiertamente en el tema del aborto.

La Red de Defensa de Abortos Seguros de Filipinas (PINSAN, por sus siglas en inglés) ha creado un espacio seguro en el que las y los activistas puedan

discutir abiertamente y colaborar con las acciones para abordar los problemas del aborto, algo que nunca antes se había hecho en el país. Mediante su trabajo en línea¹² y en territorio, PINSAN aborda el estigma, los retos, las ideas erróneas y difunde información precisa y científica sobre el aborto. PINSAN actualmente está efectuando un estudio para capturar las realidades que viven las mujeres y sus comunidades en relación con el aborto. Ha capacitado a trabajadores de ONG, líderes comunitarios y líderes religiosos sobre la eliminación del estigma del aborto y quienes ya han recibido la capacitación han llevado a cabo discusiones para involucrar a las comunidades y así expandir el alcance de la red.

La experiencia PINSAN presenta evidencia de que es posible promover el acceso a los servicios de aborto y reducir el estigma en ámbitos restrictivos y también demuestra lo imperativo de garantizar que las capacidades de las y los activistas locales se puedan fortalecer y tengan apoyo para aprovechar las oportunidades de incidencia cuando se presenten.

PINSAN ha estado incidiendo para la atención médica post-aborto de calidad. El resultado del compromiso en las políticas es la Política Nacional del Departamento de Salud para la Prevención y Atención a las Complicaciones del Aborto (PMAC, por sus siglas en inglés)¹³. Esta política tiene el propósito de dar atención y servicios de calidad, humanos, respetuosos, libres de prejuiciosos y sensibles para mujeres que padecen complicaciones ocasionadas por abortos inseguros y espontáneos. También

reducirá en gran medida la mortalidad y la morbilidad materna haciendo que la atención post-aborto esté disponible en todos los niveles de atención médica en ambientes con muchos y pocos recursos.

Frecuentemente se argumenta que es difícil promover el derecho a tener acceso a abortos seguros en contextos sumamente restrictivos debido a normas culturales conservadoras, estigmas generalizados relacionados con el aborto, la discriminación y la penalización de las mujeres y de quienes dan servicios de aborto, entre otros factores. La experiencia PINSAN presenta evidencia de que es posible promover el acceso a los servicios de aborto y reducir el estigma en ámbitos restrictivos y también demuestra lo imperativo de garantizar que las capacidades de las y los activistas locales se puedan fortalecer y tengan apoyo para aprovechar las oportunidades de incidencia cuando se presenten.

Notas y referencias

- 1 Las proyecciones basadas en la tasa nacional de abortos del año 2000 calcula que en 2012, hubo 610,000 abortos y más de 100,000 mujeres fueron hospitalizadas debido a complicaciones con abortos. En 2008, aproximadamente 1,000 muertes maternas se atribuyen a complicaciones en el aborto. Ver: Lawrence B. Finer y Rubina Hussain, "Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Philippines: Causes and Consequences" (New York and Washington D.C.: Guttmacher Institute, 2013), <https://www.guttmacher.org/report/unintended-pregnancy-and-unsafe-abortion-philippines-context-and-consequences>.
- 2 La ley filipina no permite abortos por ninguna de estas razones: salud física, salud mental, discapacidad intelectual o cognitiva de la mujer, incesto, violación, malformaciones fetales, razones económicas o sociales, ni por solicitud. Ver: Global Abortion Policies database, <http://srhr.org/abortion-policies/country/philippines/>.
- 3 Center for Reproductive Rights, "Criminalisation of Abortion in the Philippines: Its Harmful Impact on Women's Health and Human Rights" (Center for Reproductive Rights and Philippine Safe Abortion Advocacy Network, 2017), <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/GLP-Philippines-fact-sheet-2-22-17.pdf>.
- 4 Clara Rita A. Padilla, "Challenging Fundamental Catholic Dogma in Philippine Law with Freedom of Conscience and Religion", *RRights Now!* 3, no. 1 & 2 (2003), http://clararitapadilla.blogspot.com/2011/04/challengingfundamentalist-catholic_03.html.
- 5 La Constitución de la República de Filipinas (1987), art. II, sec. 12, <http://www.officialgazette.gov.ph/constitutions/1987-constitution/>.
- 6 Incluye: Comité sobre la Eliminación de la Discriminación en contra de las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), el Comité en Derechos Humanos y el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ver: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations: Filipinas, párrafo 52, U.N. Doc. E/C.12/PHL/CO/5-6 (2016); Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), Concluding Observations: Filipinas, párrafo 40, U.N. Doc. CEDAW/C/PHL/CO/7-8 (2016); Committee against Torture, Concluding Observations: Filipinas, párrafos 38, 39, U.N. Doc. CAT/C/PHL/CO/3 (2016); CEDAW Committee, Summary of the Inquiry Concerning the Philippines under Article 8 of the Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, U.N. Doc. CEDAW/C/OP.8/PHL/1, para. 51(v) (2015); Human Rights Committee, Concluding Observations: Philippines, párrafo 13, U.N. Doc. CCPR/C/PHL/CO/4 (2012); Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations: Filipinas, párrafo 31, U.N. Doc. E/C.12/PHL/CO/4 (2008); Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding Comments: Filipinas, párrafos 27-28, U.N. Doc. CEDAW/C/PHI/CO/6 (2006).
- 7 En 2008, hubo 1.9 millones de embarazos no deseados en Filipinas. Ver: Lawrence B. Finer y Rubina Hussain, Unintended Pregnancy and Unsafe Abortion in the Philippines: Context and Consequences (Nueva York: Guttmacher Institute, 2013), <https://www.guttmacher.org/report/unintendedpregnancy-and-unsafe-abortion-philippines-context-andconsequences>.
- 8 Carmelita N. Ericta, "One in Three Births in the Philippines is Unplanned", Philippine Statistics Authority, <https://psa.gov.ph/article/one-three-births-philippines-unplanned>.
- 9 Finer y Hussain, "Unintended Pregnancy and Induced Abortion in the Philippines".
- 10 Particularmente Implanon e Implanon NXT.
- 11 Fritzie Rodriguez, "Death by Stigma: Problems with Postabortion Care", *Rappler*, 20 de mayo, 2015, <http://www.rappler.com/move-ph/issues/gender-issues/92621-post-abortion-care-stigma>.
- 12 Siga a PINSAN en los medios sociales en @pinsanorg and <https://www.facebook.com/pinsanorg/>.
- 13 Department of Health Administrative Order on the Prevention and Management of Abortion Complications (PMAC AO No 2016-0041, 25 de nov. 25, 2016), <https://www.scribd.com/document/344526773/DOH-AO-2016-0041-Prevention-and-Management-of-Abortion-Complications>.

RECURSOS DEL CENTRO DE DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS DE DSSR DE ARROW

Recopilado por Seow Kin Teong

Oficial Superior del Programa, ARROW

Email: kin@arrow.org.my

El Centro para Compartir Conocimientos sobre los DSSR de ARROW (ASK-us) contiene una colección especial de recursos sobre género, derechos de las mujeres y derechos sexuales y salud reproductiva (DSSR). Su propósito es lograr que la información vital sobre estos temas, esté disponible para todos. El centro ARROW ASK-us estará en línea a partir del último trimestre de 2017. Para contactar a AKS-us, escribe a km@arrow.org.my.

RECURSOS CLAVE SOBRE EL ACCESO UNIVERSAL A LOS DSSR

Acción para la Salud Mundial y Cuento Regresivo para Europa 2030. Cobertura Universal de Salud: Derechos y Salud Sexuales y Reproductivos en la Agenda (Universal Health Coverage: Sexual and Reproductive Health and Rights on the Agenda). Documento de debate, marzo de 2017. <http://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/universal-health-coverage-srhr-on-the-agenda-afgh-countdown2030.pdf>

Este documento actualizado busca mostrar cómo la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la cobertura universal de salud (CUS) y su visión sobre los determinantes sociales de salud que sustentan la CUS se relacionan con los DSSR y los factores facilitadores que afectan los DSSR. Argumenta que la CUS no se puede lograr realmente sin abordar los DSSR como algo prioritario y que un enfoque de la CUS que se base en los derechos humanos es algo crítico para lograr avanzar con los DSSR. Reconoce que algunos aspectos de los DSSR continúan sin ser prioritarios y que seguirán necesitando un activismo enfocado, continuo y extra. Concluye con algunos mensajes y recomendaciones clave de qué es lo que significa lograr el acceso universal a los DSSR.

Bettie, Allison, Robert Yates y Douglas Noble. Acelerando el Progreso Hacia la Cobertura Universal de Salud para las Mujeres y los Niños en el Sur y Este de Asia y el Pacífico (Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage for Women and Children in South Asia, East Asia and The Pacific). Documento temático. UNICEF South Asia Regional Office, 2016. <http://billion-brains.org/wp-content/uploads/2016/10/UHC-Paper.pdf>.

Este documento temático revisa los aspectos básicos de la cobertura universal de salud (CUS), incluyendo sus beneficios e ingredientes esenciales, sintetizando la situación actual en las regiones de Asia y el Pacífico. Examina el contexto de las políticas mundiales y regionales para la salud (y CUS) incluyendo los ODS, la nueva agenda mundial de salud y las preocupaciones que surgen sobre la seguridad de la salud mundial. El documento hace un resumen de las principales lecciones aprendidas de la experiencia de los países con la CUS, incluyendo los ejemplos y los estudios de caso cortos de la región así como los determinantes de éxito y las barreras para el progreso. Se describen las recomendaciones para las políticas y los pasos a seguir en la sección final del documento.

Boldosser-Boesch, Amy, Dan Byrnes, Cindy Carr, Shiza Farid, Kimberly Lovell, Helena Minchew, Joanne Omang, Robyn Russel y Ann Warner. Fichas Informativas: Derechos sexuales y Salud Reproductiva (DSSR) y la Agenda de Desarrollo Post-2015 (Briefing Cards: Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and the Post-2015 Development Agenda. UN Foundation's Universal Access Project, 2015. <http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaigns-and-initiatives/universal-access-project/briefing-cards-srhr.pdf>.

Este juego de tarjetas informativas enfatiza los vínculos entre los DSSR y el logro de otras prioridades de desarrollo, tales como educación; beneficios económicos; una agenda de salud más amplia; igualdad de género y el medio ambiente.

Center for Health and Gender Equity (CHANGE). Todas las Mujeres, Todos los Derechos, Incluyendo Trabajadoras Sexuales: Asistencia Estadounidense para el Extranjero y los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva de las Trabajadoras Sexuales (All Women, All Rights, Sex Workers Included: US Foreign Assistance and the Sexual and Reproductive Health and Rights of Female Sex Workers). CHANGE, 2016. http://www.genderhealth.org/files/uploads/All_Women_All_Rights_Sex_Workers_Included_Report.pdf.

El informe se basa en una revisión de artículos examinados por expertos, guías y recomendaciones colaborativas y literatura gris que examina las necesidades de los DSSR para las trabajadoras sexuales. CHANGE también efectuó entrevistas semi-estructuradas sin propósitos de atribución, con informantes clave, incluyendo funcionarios estadounidenses, implementadores del país, trabajadores sexuales, activistas para la defensa del trabajo sexual, investigadoras e investigadores, prestadores de servicios y representantes de organizaciones multilaterales. Con base en la revisión y las entrevistas, se identificaron las áreas de prioridad en las que la asistencia estadounidense a otros países armonizará mejor con las mejores prácticas y los principios fundamentales de los derechos humanos para poder promover más eficazmente la salud y los derechos de las trabajadoras sexuales.

Hawkins, Kate, Stephen Wood, Tanya, Charles, Xiaopei He, Zhen Li, Anne Lim, Ilana Mountain and Jaya Sharma. “Reporte de Síntesis de Sexualidad y Pobreza” (“*Sexuality and Poverty Synthesis Report*”). Informe de Evidencia No. 53, *Sexuality, Poverty and Law*. Institute of Development Studies (IDS), 2014. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/3525/ER53.pdf?sequence=1>.

Este informe sintetiza el aprendizaje de una serie de auditorías sobre sexualidad y pobreza en 2012-2013 y es parte de un proyecto más grande que se enfoca en entender los vínculos entre la sexualidad, la diversidad de género y la pobreza con el propósito de mejorar las políticas socioeconómicas y los programas para apoyar a personas marginadas debido a su sexualidad. La investigación indicó que la sexualidad está directamente relacionada con el bienestar físico,

social y económico, la participación política y la inclusión socioeconómica y la materialización de los derechos humanos, particularmente para los pobres y los más marginados.

Ipas. *Acceso de las Mujeres a Abortos Seguros en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Fomentando la Salud Materna, la Igualdad de Género y los Derechos Reproductivos (Women’s Access to Safe Abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing Maternal Health, Gender Equality and Reproductive Rights)*. Ipas, 2015. <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Womens-access-to-safe-abortion-in-2030-agenda-for-sustainable-development.aspx>.

Avanzar en el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro es una prioridad para la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, de acuerdo con los nuevos ODS enfocados en la igualdad de género y la salud. Este documento informativo presenta las metas y objetivos de los ODS cuyo logro depende del aborto seguro y legal y recomienda indicadores mínimos para medir el progreso mundial en el acceso al aborto.

Livingstone, Amanda. *Documentos Informativos: Derechos Sexuales y Salud Reproductiva en el Sur de Asia (Briefing Kit: Sexual and Reproductive Health and Rights in South Asia)*. White Ribbon Alliance, 2016. <http://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2016/03/Briefing-Kit-SRHR-in-South-Asia.pdf>

Este juego de documentos informativos está dirigido a ciudadanos que quieren incidir sobre su involucramiento en los mecanismos de rendición de cuentas y monitoreo para que los gobiernos cumplan con sus compromisos sobre

recursos

DSSR. Cuando los ciudadanos están involucrados y crean conciencia y las mujeres y las niñas se sienten empoderadas para actuar como agentes de cambio, los líderes locales y nacionales escuchan sus exigencias.

Mishra, Santosh Kumar. “Derechos Sexuales y Salud Reproductiva y la Agenda Post-2015: Una Investigación sobre el Ámbito del Desarrollo (“Sexual and Reproductive Health and Rights and Post-2015 Agenda: An Investigation into Development Scenario”). *Women Health International*, 2:1 (2916):114. <https://www.elynsgroup.com/journal/article/sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-post-2015-agenda-an-investigation-into-development-scenario>

Este documento tiene la intención de examinar el papel y la importancia de los DSSR holísticamente en el ámbito de desarrollo dentro del contexto de sus vínculos con otros derechos humanos fundamentales, así como con el objetivo de la erradicación de la pobreza y el hambre mundial y proponer recomendaciones esenciales para que se les dé su lugar en la agenda post-2015. Para lograr el desarrollo sostenible, la paz y la justicia para todos, los DSSR tienen que ser parte integral de todo el discurso y la planeación para un mundo mejor.

Santhya, K.G. y Shireen J. Jejeebhoy. “Derechos Sexuales y Salud y Reproductiva de las Niñas Adolescentes: Evidencia de Países de Ingresos Bajos y Medios” (“Sexual and Reproductive Health and Rights of Adolescent Girls: Evidence from Low-and Middle-income Countries”). *Global Public Health*, 10:2 (2015): 189-221. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318087/>

Este documento revisa la evidencia sobre los DSSR en niñas adolescentes en países de ingresos bajos y medios (LMIC, por sus siglas en inglés) en el

recursos

contexto de los compromisos de políticas y programas asumidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), analiza el progreso logrado desde 1994 y mapea los retos y oportunidades para proteger su salud y sus derechos humanos. Los hallazgos indican que muchos países todavía tienen que progresar mucho en retrasar los matrimonios y la maternidad, reducir la maternidad no deseada, reducir las desigualdades de género que pone a las niñas en riesgo de tener malos resultados para su SSR, expandir la conciencia sobre la salud y habilitar el acceso a los servicios de SSR.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Acceso Universal para la Salud Reproductiva: Progreso y Retos (Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges)*. UNFPA, 2016. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf

La importancia de la salud reproductiva y el acceso a la planificación familiar ahora ya se reconocen apropiadamente, no solamente para mejorar las probabilidades de las mujeres de sobrevivir al embarazo y al parto, sino también para contribuir con cuestiones relacionadas tales como la igualdad de género, una mejor salud infantil, una mejor respuesta al VIH, mejores resultados en educación y la reducción de la pobreza. Este informe describe la información existente sobre los indicadores principales del ODM 5b para identificar el progreso logrado y los retos anteriores y nuevos que se podrían abordar desde los ODS, particularmente las nueve metas bajo el ODS 3. El informe enfatiza a los grupos poblacionales más vulnerables y con más desventajas y su acceso a los servicios de salud reproductiva y su uso.

World Health Organisation (WHO). *Guía Consolidada sobre los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva de Mujeres que Viven con VIH (Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV)*. Génova: WHO, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254885/1/9789241549998-eng.pdf?ua=1>

Esta directriz consolida las recomendaciones existentes específicas para las mujeres que viven con VIH junto con nuevas recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas para apoyar a prestadores de atención médica de primera línea, administradores de programas y creadores de políticas públicas de salud de todo el mundo para abordar mejor los DSSR de las mujeres que viven con VIH. También tiene el propósito de ayudar a que los países planeen, desarrollen y monitoreen más eficazmente los programas y servicios que promueven la igualdad de género y los derechos humanos para que por lo tanto sean más aceptables y apropiados para las mujeres que viven con VIH, considerando al mismo tiempo el contexto epidemiológico nacional y local. Analiza y aborda problemas de implementación, que las intervenciones de salud y la prestación de servicios deben resolver para lograr la igualdad de género y apoyar los derechos humanos.

Youth LEAD. *(Nuestros Derechos También Importan: Derechos Sexuales y Salud Reproductiva de Poblaciones Jóvenes Clave en Asia y el Pacífico (Our Rights Matter Too: Sexual and Reproductive Health and Rights of Young Key Populations in Asia and the Pacific)*. Tailandia: Youth LEAD, 2015. http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Youth_Lead_Our_Rights_Matter_Too_2015.pdf.

Este informe regional fue realizado por Youth LEAD para resaltar el vínculo indisoluble entre DSSR y las poblaciones clave de jóvenes, y cómo el reconocimiento, la promoción y la protección de estos derechos son fundamentales para poner fin a la epidemia de SIDA en la región. Se subraya el panorama general de los derechos sexuales y la salud reproductiva (DSSR), las necesidades, problemas y prioridades de las poblaciones jóvenes clave en Asia y el Pacífico. El informe aborda las brechas de conocimientos sobre las necesidades de los DSSR de las poblaciones jóvenes clave de la región, ofrece recomendaciones basadas en un estudio regional y contribuye con información esencial para los esfuerzos de incidencia en las de políticas.

OTROS RECURSOS

Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development (AFPPD). *Kit de Recursos Parlamentarios sobre DSSR y Vínculos de Población y Desarrollo en Asia y el Pacífico en el Post-2015 (Parliamentarian Resource Kit on SRHR and Population and Development Links in Asia and the Pacific in the Post 2015)*, 2a Edición. AFPPD, 2016. <https://www.afppd.org/Resources/27-2nd-editionparliamentarian-resource-kit.pdf>.

Association for Women in Development (AWID). “Puntos de Vista Feministas Sobre la Ley Mordaza Global” (“Feminist Standpoints on the Global Gag Rule”). Artículo Web. AWID, 2017. <https://www.awid.org/news-and-analysis/feminist-standpoints-global-gag-rule>.

Barclay, Heather, Raffaella Dattler, Katie Lau, Shadia Abdelrhim, Alison Marshall y Laura Feeny. *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una Guía DSSR de las OSC para la Implementación Nacional (Sustainable Development Goals: A SRHR CSO Guide for National Implementation)*. International Planned Parenthood Federation (IPPF), 2015. http://www.ippf.org/sites/default/files/sdg_a_srrh_guide_to_national_implementation_english_web.pdf.

Galati, Alanna J. “Hacia 2030: Derechos Sexuales y Salud Reproductiva en el Contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible” (“Onward to 2030: Sexual and Reproductive Health and Rights in the Context of the Sustainable Development Goals”). *Guttmacher Policy Review*, 18:4 (2015). https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr1807715.pdf.

Guttmacher Institute. *Abortos en Asia (Abortion in Asia)*. Ficha técnica. Guttmacher Institute, 2016. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_www-asia.pdf.

International Planned Parenthood Federation—East and South East Asia and Oceania Region (IPPF-ESEAOR). *Ninguna Crisis es Demasiado Grande (No Crisis Too Great)*. IPPF-ESEAOR, 2016. http://www.ippfeseaor.org/sites/ippfeseaor/files/2016-11/No_Crisis_Too_Great_o.pdf.

Joffe, Carole. “¿Qué Pasará con los Problemas Reproductivos en los Estados Unidos de Trump?” (“What Will Become of Reproductive Issues in Trump’s America?”) *Reproductive Health Matters*, 25:49 (2017). Acceso 19 de mayo, 2017. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2017.1287826>.

New Zealand Parliamentarians’ Group on Population and Development (NZPPD). “Jóvenes del Pacífico: Sus Derechos, Nuestro Futuro (Pacific Youth: Their Rights, Our Future)”. Informe de la Audiencia Abierta del Grupo Parlamentario de Nueva Zelanda sobre Población y Desarrollo (New Zealand Parliamentarians Group on Population and Development, NZPPD) sobre Salud Sexual y Reproductiva Adolescente en el Pacífico, 11 de junio, 2012. <http://www.familyplanning.org.nz/media/302823/pacific-youth-their-rights-our-future.pdf>.

Ravindran, T.K. Sundari. “Pobreza, Seguridad Alimentaria y Acceso Universal a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Un Llamado para un Movimiento de Incidencia Interseccional en contra de la Globalización Neoliberal” (“Poverty, Food Security and Universal Access to Sexual and Reproductive Health Services: A Call for Cross-movement Advocacy against Neoliberal Globalisation”). *Reproductive Health Matters*, 22:43 (2014). Acceso 19 de mayo, 2017. <http://tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943751-0>.

Rutgers. *Manual de Paquetes Esenciales: Programas de Derechos Sexuales y Salud Reproductiva para Personas jóvenes (Essential Packages Manual: Sexual and Reproductive Health and Rights Programmes for Young People)*. Rutgers, 2016. https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Essential%20Packages%20Manual_SRHR%20programmes%20for%20young%20people_%202016.pdf.

recursos

The Lancet (Editorial). “Urbanización, Desigualdad y Salud en Asia y el Pacífico” (“Urbanisation, Inequality, and Health in Asia and the Pacific”). *The Lancet*, 389:10077 (2017): 1370. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30941-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30941-8). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30941-8/fulltext?elsca1=etoc](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30941-8/fulltext?elsca1=etoc).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (UNESCO). *Revisión de Políticas y Estrategias para Implementar y Ampliar la Educación en Sexualidad en Asia y el Pacífico (Review of Policies and Strategies to Implement and Scale Up Sexuality Education in Asia and the Pacific)*. Bangkok: UNESCO, 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Integrando la Salud Sexual y Reproductiva en la Salud de Emergencia y la Administración de Riesgos de Desastres (Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management)*. Resumen de la política. UNHCR, 2012. <http://www.unhcr.org/5077d9349.pdf>.

SELECCIÓN DE RECURSOS DE ARROW

ARROW desarrolla publicaciones de vanguardia. A continuación se enlistan publicaciones clave de ARROW en los últimos cinco años, relacionadas con el acceso universal a los DSSR. Todos los recursos ARROW desde 1993 hasta la fecha. Se pueden descargar en: <http://arrow.org.my/publications-overview/>.

Abdul Cader, Azra, Dhivya

Kanagasingam y Sai Jyothir Mai

Racherla. Informe Alternativo ODS:

las Niñas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Países Seleccionados en la Región Asia-Pacífico (SDG Alternative Report: Girls and the Sustainable Development Goals in Selected Countries in the Asia-Pacific Region). ARROW, 2017.

Varios Autores. Llamado a la Acción para Integrar los DSSR en la Agenda Post-2015 (Call for Action to Integrate SRHR into the Post-2015 Agenda). Disponible para África, Bangladesh, Camboya, India, Indonesia, Laos (en inglés y en laosiano), Pakistán y América Latina y el Caribe (en inglés y en español). ARROW, 2014-2016.

Varios Autores. Serie de Perfiles de Países sobre el Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva (Country Profile Series on Universal Access to Sexual and Reproductive Health). Disponible para Bangladesh, Camboya, China, India, Indonesia, Laos (también disponible en laosiano), Malasia, Mongolia, Nepal, Pakistán, Filipinas y Sri Lanka (disponible en inglés, Sinhala y Tamil). ARROW, 2014-2016.

Varios Autores. Serie de Perfiles de Países sobre el Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva (Country Profile Series on Universal Access to Sexual and Reproductive Rights). Disponible para Camboya, China, India, Indonesia, Laos (también disponible en laosiano), Malasia, Nepal, Pakistán, Filipinas, Sri Lanka y Tailandia. ARROW, 2014-2016.

ARROW. *Los DSSR en la Agenda 2030: en Retrospectiva, Mirando al Futuro (SRHR in the 2030 Agenda: Looking Back, Moving Forward)*. 2016.

ARROW. *Estudio de País Birmania/Burma: Rompiendo Barreras: Incidencia de los DSSR (Myanmar/Burma Country Study: Breaking Barriers: Advocating SRHR)* (también disponible en birmano). 2016.

Das, Arpita. *Acceso Universal a los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva – Perfil Regional: Asia (Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights—Regional Profile: Asia)*. ARROW, 2016.

Ravindran, T.K. Sundari. *Guía para el Activista: Integrando los Derechos Humanos en el Acceso Universal a los Anticonceptivos (An Advocate's Guide: Integrating Human Rights in Universal Access to Contraception)*. ARROW, 2016.

Varios Autores. Informe de Incidencia sobre el Cambio Climático y los DSSR (Advocacy Brief on Climate Change and SRHR). Disponible para Bangladesh, Indonesia (en inglés y en bahasa Indonesia), Laos, Malasia, Maldivas, Nepal, Pakistán y Filipinas. ARROW, 2016.

Varios Autores. Estudio de Alcance sobre el Cambio Climático y los DSSR (Scoping Study on Climate Change and SRHR). Disponible para Bangladesh, Indonesia, Laos, Malasia, Nepal, Pakistán y Filipinas. ARROW, 2016.

ARROW. Género, DSSR y la Agenda Post-2015 (Gender, SRHR and the Post-2015 Agenda) (también disponible en ruso). *ARROW for Change*, 2015.

ARROW. *Derechos Sexuales y Salud Reproductiva en la Agenda Post-2015: En su Justo Lugar (Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Agenda: Taking Their Rightful Place)* (también disponible en bengalí, hindi y tamil). 2014.

ARROW. *Derechos Sexuales y Salud Reproductiva más allá de 2014: Oportunidades y Retos (Sexual and Reproductive Health and Rights beyond 2014: Opportunities and Challenges)*. 2014.

ARROW. *Estableciendo la Agenda de los DSSR para Adolescentes y Jóvenes Más Allá de la CIPD+20 (Setting the Adolescent and Young People SRHR Agenda beyond ICPD+20)*. 2014.

ARROW. *Ficha Técnica CIPD+20 para Jóvenes de Asia (ICPD+20 Asia Youth Factsheet)*. 2014.

Racherla, Sai Jyothirmal y Nurgul Dzhanayeva. *Perfil de País sobre la Condición de los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva: República de Kyrgyz (Country Profile on the Status of Sexual and Reproductive Health and Rights: Kyrgyz Republic)* (también disponible en ruso). ARROW, 2014.

Ravindran, T.K. Sundari. *Lo que se Necesita: Abordando la Pobreza y Alcanzando la Soberanía Alimentaria, Seguridad Alimentaria y el Acceso Universal a los DSSR (What It Takes: Addressing Poverty and Achieving Food Sovereignty, Food Security, and Universal Access to SRHR)*. ARROW, 2014.

Turgabeci, Paulini y Bronwyn Tilbury. *Ficha Técnica DSSR para los Jóvenes del Pacífico (Pacific Young People's SRHR Factsheet)*. ARROW, 2014.

Woods, Zonibel. *Identificando las Oportunidades de Acción para el Cambio Climático y Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva en Bangladesh, Indonesia y Filipinas (Identifying Opportunities for Action on Climate Change and Sexual and Reproductive Health and Rights in Bangladesh, Indonesia, and the Philippines)*. ARROW, 2014.

ARROW. (2a ed.). *Sexo y Derechos: la Condición de los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva de los Jóvenes en el Sureste de Asia (Sex and Rights: The Status of Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in Southeast Asia)*. ARROW, 2013.

Ravindran, T.K. Sundari. *Guía del Defensor: Indicadores Estratégicos para el Acceso Universal a los Derechos Sexuales y la Salud Reproductiva (An Advocates' Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights)*. ARROW, 2013.

Thanenthiran, Sivananthi, Sai Jyothirmal Racherla y Suloshini Jahanath. *Reclamando y Redefiniendo Derechos: Condición de los DSSR en la CIPD+20 en Asia Pacífico (Reclaiming and Redefining Rights: ICPD+20 Status of SRHR in Asia Pacific)*. ARROW, 2013.

recursos

Varios Autores. *Reclamando y Redefiniendo Derechos: Estableciendo la Agenda de los DSSR de los Adolescentes y Jóvenes más allá de la CIPD+20 (Reclaiming and Redefining Rights—Setting the Adolescent and Young People SRHR Agenda beyond ICPD+20)*. ARROW, 2013.

DEFINICIONES

Por Maria Melinda Ando

Editora en Jefe y Oficial Superior del Programa ARROW for Change

Email: malyn.ando@arrow.org.my, malyn.ando@gmail.com

Acceso Universal: en palabras simples, el acceso universal “significa que nadie estará privado de poder usar los servicios apropiados cuando se necesiten. Esto normalmente se interpreta como que nadie tiene que incurrir en un gran gasto personal al momento de buscar servicios; que los servicios son geográfica y socialmente accesibles; y que los puntos en donde se presta el servicio cuentan con el personal, suministros y equipo necesarios. Esto también se interpreta como que las políticas y asignaciones presupuestarias están en el lugar correcto”¹. “También se ha definido como ‘la ausencia de barreras geográficas, financieras, organizativas, socio-culturales y de género para la atención médica’².”

Las tres dimensiones del acceso son las siguientes:

- **Accesibilidad física.** Esto se entiende como la disponibilidad de buenos servicios de salud dentro del alcance razonable de quienes los necesitan y de horas hábiles, sistemas de citas y otros aspectos de la organización y la prestación del servicio que le permitan a las personas obtener los servicios cuando los necesiten.
- **Asequibilidad económica.** Esta es una medida de la capacidad de la gente para pagar servicios sin dificultades económicas. Toma en cuenta no solamente el precio de los servicios de salud sino también los costos indirectos y de oportunidad (p. ej., los costos de transportación de ida y regreso a las instalaciones y del tiempo para ausentarse en el trabajo). La asequibilidad está influenciada por el sistema financiero de salud que es

más amplio y por los ingresos en el hogar.

- **Aceptabilidad:** Esto captura la disposición de las personas para buscar los servicios. La aceptabilidad es baja cuando los pacientes perciben que los servicios no son eficaces o cuando algunos factores sociales y culturales tales como el idioma, la edad, el sexo, la etnia o la religión de quien presta los servicios de salud los desalientan para buscar dichos servicios”³.

“Hay dos series de factores que influyen el acceso: los factores del ‘lado de la oferta’ o del sistema de salud que incluyen la asequibilidad económica, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad; y los factores del ‘lado de la demanda’ tales como la falta de información y poder de decisión, restricciones de movilidad, exclusión social y discriminación”⁴.

Cobertura Universal de Salud: la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se enfoca en “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. La cobertura universal de salud (CUS) es actualmente un objetivo prioritario de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS define la CUS como “garantizar que toda las personas tengan acceso a servicios de salud, la promoción necesaria, la prevención, la curación y

rehabilitación, con la calidad suficiente para ser eficaces y también garantizando que las personas no tengan dificultades económicas al pagar por estos servicios”⁵.

Además la OMS explica que la CUS “representa tres objetivos relacionados:

- Igualdad en el acceso a los servicios de salud. Quienes necesiten los servicios deben tenerlos, no solamente los que pueden pagarlos;
- Que la calidad de los servicios de salud sea lo suficientemente buena como para mejorar la salud de quien recibe los servicios; y
- Protección contra riesgos financieros. Garantizar que el costo de usar la atención médica no ponga a las personas en riesgo de tener dificultades financieras”⁶.

Un documento anterior de la OMS también explica que lograr la cobertura universal “implica avanzar en tres dimensiones:

- Eliminar las barreras financieras para tener acceso a la atención médica y dar protección financiera contra los costos catastróficos para los usuarios de servicios de atención médica;
- Aumentar el alcance de la cobertura de la atención médica: definir los servicios que se incluyen en el Paquete de Servicios Esenciales y que se presten subsidiados/sin costo;
- Aumentar el alcance de la cobertura para la población: definir quien está cubierto”⁷.

Es necesario mencionar que “la cobertura universal de salud con personas que obtiene los servicios que quiere y que

se beneficia de la protección de riesgos no puede suceder a menos que exista el acceso universal de salud, el cual brinda la oportunidad y la habilidad de hacer ambas cosas”⁸. Efectivamente, “la cobertura universal es una condición necesaria pero no suficiente para el acceso universal. A pesar de la cobertura universal, el acceso universal podría no lograrse debido a otras barreras del ‘lado de la oferta’ tales como la disponibilidad de los puntos para prestar el servicio y de servicios específicos y también debido a barreras de ‘lado de la demanda’, incluyendo factores culturales, la calidad y la eficacia percibida en los servicios y el balance del poder entre los géneros que desalienta buscar la atención médica”⁹.

Rendición de Cuentas del Gobierno con respecto al Papel del Sector

Privado: en discusiones sobre el acceso universal y la cobertura universal, es crucial enfatizar que la rendición de cuentas y la responsabilidad clave, para garantizar la salud de la población, yace en los gobiernos. Los activistas y los defensores tienen que estar alertas con respecto al creciente papel del sector privado en el desarrollo sostenible, incluyendo la prestación de servicios de salud. Considerando que los intentos por incrementar el financiamiento público anteriormente se enfocaban en la prestación de servicios por parte de las instituciones y que la mayoría de servicios de salud sexual y reproductiva ya se encuentran predominantemente en el sector privado, esto hace que los DSSR estén todavía más alejados del alcance de todos, con la excepción de quienes pueden pagarlos¹⁰.

El más prominente rol del sector privado ha sido facilitado debido a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, tal como lo demuestran los informes nacionales voluntarios del Foro Político

de Alto Nivel (FPAN) de 2017, en donde “el 93% de los países había consultado al sector privado para revisar su estrategia y su progreso nacional en los ODS... el 68%... reconoció las inversiones privadas como un medio alternativo crucial para complementar el gasto público en los ODS y el 43%... declaró varios esfuerzos del país para desarrollar más colaboraciones entre el sector público y el privado para la implementación de los ODS”¹¹.

Salud Reproductiva: “Un estado de bienestar físico, mental y social completo y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor y sus funciones y procesos. Por lo tanto la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tengan la capacidad para reproducirse y la libertad para decidir si lo quieren hacer, en qué momento y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y de tener acceso a los métodos de planificación familiar de su preferencia que sean seguros, eficaces, económicos y asequibles y a otros métodos de su preferencia para regular la fertilidad que no vayan en contra de la ley y el derecho a tener acceso a servicios de atención médica apropiados que permita a las mujeres tener un embarazo y un parto seguros y darle a las parejas la mejor oportunidad de tener un niño o una niña saludable”¹².

Derechos Reproductivos: “Asumir ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso. Estos derechos se basan en reconocer el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número,

definiciones

espaciamiento y momento en que tener sus hijas e hijos, a contar la información y los medios para hacerlo y el derecho a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia, tal como se expresa en los documentos de derechos humanos”¹³.

Salud Sexual: “Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con respecto a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunciones o dolencias. La salud sexual necesita un enfoque positivo y respetuoso sobre la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se logre y se mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas se deben respetar, proteger y cumplir”¹⁴.

Derechos Sexuales: “Asumir los derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso. Incluyen los derechos de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia al más alto nivel posible de salud en cuanto a sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad; educación en sexualidad; respeto a la integridad corporal; elegir a su pareja; decidir si ser sexualmente activas o no; relaciones sexuales consensuadas; matrimonio consensuado; decidir si tener o no hijas e hijos y cuándo; y buscar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera”¹⁵.

definiciones

Notas y referencias

- 1 Sundari Ravindran, *An Advocate's Guide: Strategic Indicators for Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights* (Kuala Lumpur: ARROW, 2013), 15, http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2015/04/Advocates-Guide_SRHRIndicators_2013.pdf.
- 2 Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*, Washington D.C: PAHO, 2007), <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>. Citado en T.K. Sundari Ravindran, "Thematic Paper 1: Universal Access to Sexual and Reproductive Health in the Asia-Pacific Region: How Far Are We from the Goal Post?", en ARROW, *Thematic Papers Presented at Beyond ICPD and the MDGs: NGOs Strategising for Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia-Pacific Region and Opportunities for NGOs at National, Regional, and International Levels in the Asia-Pacific Region in the Lead-up to 2014: NGO UNFPA Dialogue for Strategic Engagement* (Kuala Lumpur: ARROW, 2012), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2012/12/Beyond-ICPD-and-the-MDGs_Thematic-Paper_2012-1.pdf.
- 3 David B. Evans, Justine Hsua y Ties Boerma, "Universal Health Coverage and Universal Access", *Bulletin of the World Health Organisation*, 91 (2013): 546-546A, <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450.pdf>.
- 4 T.K. Sundari Ravindran, "Thematic Paper 1".
- 5 "Universal Health Coverage", Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/.
- 6 Ibidem.
- 7 Panamerican Health Organization (PAHO), *Primary Health Care: Now More than Ever: World Health Report 2008* (Geneva: WHO, 2008), citado en T.K. Sundari Ravindran, *Reclaiming and Redefining Rights; Thematic Studies Series 2: Pathways to Universal Access to Reproductive Health Care in Asia* (Kuala Lumpur: ARROW, 2011), <http://arrow.org.my/publication/reclaiming-redefiningrights-pathways-to-universal-access-to-reproductive-health-care-in-asia/>.
- 8 Arpita Das, *Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Rights; Regional Profile: Asia* (Kuala Lumpur: ARROW, 2016), http://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/10/Regional-Profile-Universal-Access-to-SRHR_Asia.pdf.
- 9 T.K. Sundari Ravindran, "Thematic Paper 1".
- 10 Sundari Ravindran, mensaje de correo electrónico a la autora, 23 de junio, 2017.
- 11 "Growing Role of the Private Sector in the 2030 Agenda", GRI, 9 de agosto, 2017, <https://www.globalreporting.org/information/news-and-press-center/Pages/Growing-role-for-the-private-sector-in-the-2030-Agenda.aspx>.
- 12 UN, *Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*, 5-13 de septiembre de 1994, Edición del 20 aniversario (Nueva York: UNFPA, 2014), párrafo 7.2, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
- 13 UN, "Programme of Action", párrafo 7.3.
- 14 Esta es una definición práctica, no una postura oficial de la OMS. Ver: Organización Mundial de la Salud, "Sexual and Reproductive Health", http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.
- 15 Ibidem.

¿DSSR FUERA DE LAS NEGOCIACIONES?

Analizando los Principales Mensajes de los Estados Miembro de Asia Pacífico en el FPAN

Durante las negociaciones de lo que posteriormente se llamaría la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, activistas de los derechos de las mujeres enfatizaron lo crucial que es la rendición de cuentas para el éxito de la nueva agenda visionaria. Por lo tanto hicimos el llamado para tener mecanismos de rendición de cuentas que fueran obligatorios y universales y que se basaran en los mecanismos existentes para la rendición de cuentas en los derechos humanos^{1,2}. Sin embargo, los gobiernos rehuyeron el término “rendición de cuentas” y convinieron el término menos polémico de “seguimiento y revisión” (SyR), del cual el Foro Político de Alto Nivel (FPAN) es la plataforma mundial clave. Además los Estados Miembro solamente aceptaron brindar informes voluntarios, con el entendimiento de que adaptarán las metas a las circunstancias nacionales³. En el Foro 2016 de Asia Pacífico sobre Desarrollo Sostenible (APFSD, por sus siglas en inglés), los Estados Miembro de las regiones de Asia y el Pacífico también decidieron que “no habrá requisitos adicionales de informes” a nivel regional⁴.

Dos años después de eso, ¿qué está sucediendo con el proceso de seguimiento y revisión? En el Segmento Ministerial del FPAN que se celebró del 17-19 de julio de 2017, 43 países presentaron sus Revisiones Nacionales Voluntarias (RNVs), casi el doble del

número que se presentaron en 2016⁵. De éstos, 12 son de las regiones de Asia y el Pacífico.

Este año fue un momento oportuno para pedir que nuestros gobiernos rindieran cuentas con respecto a sus compromisos con los derechos sexuales y la salud sexuales reproductiva (DSSR) dado que el FPAN hizo una revisión de los esfuerzos de implementación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y 5 (garantizar buena salud y bienestar y lograr la igualdad de género, respectivamente) junto con otros cuatro objetivos⁶. Por lo tanto vale la pena preguntar ¿los DSSR estuvieron presentes en las negociaciones? Dado el tiempo muy limitado para tomar la palabra, la necesidad de reportar los avances para establecer procesos y mecanismos para implementar y monitorear los ODS así como el avance en los objetivos y las metas, ¿los gobiernos informaron siquiera sobre las metas relacionadas con los DSSR?

Un análisis de los principales mensajes enviados por los 12 países de Asia-Pacífico con respecto a sus informes sobre las metas relacionadas con los DSSR revela terribles resultados. Será necesario analizar los informes completos. Sin embargo, este vistazo inicial da indicios importantes de qué es lo que los países consideran prioritario. (Ver la Tabla 1 para mayores detalles).

ficha técnica

Por Maria Melinda Ando

Editora en Jefe y Oficial Superior del Programa ARROW for Change

Email: malyn.ando@arrow.org.my, malyn.ando@gmail.com

También debemos estar alertas con respecto al creciente papel e influencia del sector privado en el financiamiento, la implementación y el monitoreo de los ODS.

Para empezar, podemos ver que seguimos aun en los primeros días. Dos años después de acordar la Agenda 2030 y los ODS, la mayoría de los países siguen en el proceso de (o acaban de) establecer varias medidas para implementar y monitorear los objetivos nacionalmente, incluyendo la identificación de prioridades nacionales y desarrollar los marcos de monitoreo. Por ende, de las 12 presentaciones, siete se enfocaron solamente en compartir lo que han hecho o lo que planean hacer en estos aspectos y no se enfocan en el avance que se ha logrado en los objetivos bajo revisión.

Lamentablemente, de los cinco países de Asia-Pacífico que informaron sobre su progreso en las metas (India, Indonesia, Malasia, Tayikistán y Tailandia) ninguno mencionó el acceso universal a servicios de atención de la SSR (meta 3.7) o el acceso universal a la SSR y los derechos reproductivos (meta 5.6). Los DSSR no parecen estar en la lista de prioridades de los Estados Miembro de Asia-Pacífico, lo cual tal vez es indicador de cómo estas metas estuvieron entre las más disputadas durante las negociaciones post-2015 y cómo las contribuciones

ficha técnica

en el FPAN del Foro de Asia-Pacífico sobre el Desarrollo Sostenible tampoco mencionaron los DSSR⁷.

Además, los Estados Miembro de Asia-Pacífico consideran que ciertos asuntos son más aceptables que otros. A diferencia de la falta de informes sobre las metas sobre los DSSR, los cinco países que informaron sobre su progreso en los ODS reportaron ya sea directamente sobre la mortalidad materna (meta 3.1) o reportaron sobre su programa de prestaciones de maternidad. Solamente Malasia reportó sobre el VIH (meta 3.3), mientras que solamente Indonesia reportó sobre los matrimonios infantiles (5.3). Ninguno de los países reportó sobre la violencia en contra de las mujeres y las niñas (meta 5.2).

Dado este escenario, activistas y defensoras sabemos ya, que nuestra labor en recordar a los gobiernos nuevamente por qué abordar los DSSR de forma integral (y no solamente en cuanto a la mortalidad materna) es crucial para lograr un desarrollo sostenible. Tenemos que hacer que los gobiernos rindan cuentas en todos sus compromisos, incluyendo el acceso universal a los DSSR. Adicionalmente, tenemos que encontrar formas en las que podamos volver a presentar las cuestiones clave que ya sea quedaron fuera de la mesa de negociaciones post-2015 o ni siquiera llegaron a ella desde el principio, tales como el aborto, los derechos sexuales, la orientación sexual y la identidad y expresión de género y las características sexuales (SOGIESC) y la educación integral en sexualidad. Tal como se esperaba, ninguno de los países mencionó estas cuestiones críticas de los derechos de las mujeres y de las personas jóvenes en sus RNVs, pero tenemos que animarlos y presionarlos para que apunten más alto. Después de todo, la Agenda 2030 tenía el propósito

de ser un plan ambicioso, no una competencia por el último puesto.

La sociedad civil y los movimientos sociales también tienen que cuestionar qué tan inclusivos y transparentes son los procesos de nacionalización/localización de los ODS y RNVs, incluso cuando el compromiso en el FPAN en sí mismo representa un reto⁸. Aunque 11 de 12 países de Asia y el Pacífico mencionaron que involucraron a la sociedad civil y a las ONG como partes interesadas, tenemos que preguntar ¿en qué nivel se comprometieron y que tan genuino y significativo es su compromiso? Los representantes de la sociedad civil ¿son parte de estructuras formales para la implementación y el monitoreo de los ODS? Y si así es ¿a quiénes se les ha invitado a las negociaciones? ¿A algunos seleccionados privilegiados o a varios que vienen de varias poblaciones con cuestiones que requieren atención? Durante el FPAN, varias intervenciones por parte de los Grupos Mayores cuestionaron las afirmaciones de los gobiernos cuando declararon que se había consultado a la sociedad civil en cuanto a estos procesos⁹. Por lo tanto tenemos que continuar exigiendo la institucionalización del compromiso de la sociedad civil en todos los niveles. Efectivamente la página de cada país dentro de la Plataforma de Conocimientos sobre el Desarrollo Sostenible debe incluir los informes del gobierno y los informes alternativos para una mayor transparencia y tener informes más inclusivos.

También debemos estar alertas con respecto al creciente papel e influencia del sector privado en el financiamiento, la implementación y el monitoreo de los ODS. Con la excepción de la India, todos los demás países de Asia-Pacífico mencionaron al sector privado como grupo de interés clave en la agenda. Otro

análisis mostró que el 68% de los 43 RNVs reconocieron la inversión privada como un medio complementario para financiar los ODS¹⁰. Este énfasis en la importancia de las colaboraciones con el sector privado también se vio en el FPAN, en donde al Foro de Negocios de los ODS se le asignó el Salón de la Asamblea General de la ONU aunque muchas solicitudes de la sociedad civil para organizar eventos se rechazaron¹¹.

PAÍSES DE ASIA-PACÍFICO QUE ESTARÁN BAJO REVISIONES NACIONALES VOLUNTARIAS EN 2018*

- Australia
- Bahrein
- Bután
- República Democrática Popular Lao
- Singapur
- Sri Lanka
- Estado de Palestina
- Vietnam

Para involucrarse a nivel mundial y regional, sigue a:

- > ARROW: @ARROW_Women
- > AP RCEM Women's Constituency and Thematic Working Group on Gender, Sexuality and SRHS (Circunscripción de Mujeres del Mecanismo de Compromiso Regional de las Organizaciones de la Sociedad Civil de las regiones Asia-Pacífico y el Grupo de Trabajo Temático sobre Género, Sexualidad y DSSR): @AP_RCEM
- > Grupo Mayor de Mujeres: @Women_Rio20

*A partir del 15 de agosto de 2017. Visita la página de las "Revisiones Nacionales Voluntarias" de la Plataforma de Conocimientos de Desarrollo Sostenible para ver las actualizaciones: <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.

TABLA 1. INFORMES SOBRE LOS MENSAJES PRINCIPALES DE PAÍSES DE ASIA PACÍFICO SOBRE METAS RELACIONADAS CON LOS DSSR PARA LOS INFORMES NACIONALES VOLUNTARIOS EN LA FPAN 2017

Metas/Indicadores	Afganistán	Bangladesh	India	Indonesia	Irán	Japón
¿Reportó sobre el progreso en los ODS?	✗	✗	✓	✓	✗	✗
¿Reportó sobre el progreso en 3.1 tasa de mortalidad materna?	✗	✗	◊	✓	✗	✗
¿Reportó sobre 3.3.1 SIDA?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
¿Reportó sobre 3.7 el acceso universal a los servicios, información y educación de atención médica sexual y reproductiva?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
¿Reportó sobre 5.2 violencia contra todas las mujeres y niñas?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
¿Reportó sobre 5.3 prácticas dañinas tales como matrimonios infantiles, prematuros y forzados?	✗	✗	✗	✓	✗	✗
¿Reportó sobre 5.6 acceso universal a los derechos y salud sexuales y reproductivos?	✗	✗	✗	✗	✗	✗
¿Mencionó la participación/compromiso de la sociedad civil/ONG?	✓	✓	◊◊	✓	✓	✓
¿Mencionó la participación/compromiso del sector privado?	✓	✓	✗	✓	✓	✓

- ◊ Reportó sobre el Programa de Prestaciones de Maternidad
- ◊◊ No, pero identificó específicamente el compromiso con los líderes religiosos y políticos

El impacto general de esta influencia en el desarrollo sostenible, en los derechos humanos y en quienes han sido dejados más atrás requiere una vigilancia atenta.

Frente a los nacionalismos etno-religiosos, la disminución del financiamiento y otras crisis, ahora más que nunca, tenemos que reafirmar que no puede existir una verdadera igualdad de género, justicia social y desarrollo sostenible, sin que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos, su fertilidad y su sexualidad.

Además, tenemos que usar las diferentes vías dentro del mecanismo del FPAN, incluyendo enviar contribuciones para las reuniones del grupo de expertos y de los grupos mayores para monitorear el avance en los ODS, creando informes alternativos o paralelos, formando parte de las delegaciones nacionales, presionando a los gobiernos y haciendo intervenciones directas en las sesiones del FPAN e incidir para que sean más eficaces y significativas. Continuando con las lecciones aprendidas en el FPAN 2017, tenemos que empezar a involucrarnos con los gobiernos que tendrán sus RNVs en 2018 y presionar a quienes aún no se comprometen a hacerlas.

Más allá de la Agenda 2030 y sus mecanismos para SyR, no olvidemos buscar vías alternativas para hacer rendir cuentas a los gobiernos, tales como las sesiones de la Comisión sobre Población y Desarrollo (CPD) y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) y los mecanismos de rendición de cuentas para los derechos humanos, que son mucho más fuertes, tales como el Examen Periódico Universal

Malasia	Maldivas	Nepal	Catar	Tayikistán	Tailandia
✓	✗	★	✗	✓	✓
✓	✗	★★	✗	✓	✓
✓	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✗	✗	★★	✗	✗	✗
✗	✗	★★	✗	✗	✗
✗	✗	✗	✗	✗	✗
✓	⊙	★★★	✓	✓	⌘
✓	✓	★★★	✓	✓	⌘

⊙
Sí, incluyendo la inclusión en el Comité Técnico

★ No. Enlistó metas nacionales, pero no avances reales
★★ No, pero lo mencionó como meta
★★★ Sí, como miembros de coordinación y comités de trabajo para los ODS

⌘
Sí, como miembros del Comité para el Desarrollo Sostenible (CDS)

Fuente: "Voluntary National Reviews", Sustainable Development Knowledge Platform, <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.

(EPU) y el Comité CEDAW. Al hacer todo esto, tenemos que movilizarnos colectivamente y ser solidarios con el movimiento mundial de las mujeres y con otros movimientos.

Frente a los nacionalismos etno-religiosos, la disminución del financiamiento y otras crisis, ahora más que nunca, tenemos que reafirmar que no puede existir una verdadera igualdad de género, justicia social y desarrollo sostenible, sin que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos, su fertilidad y su sexualidad.

Notas y referencias

1 Intervención de la autora por parte del Grupo Mayor de Mujeres, el cual representa a más de 600 organizaciones para la defensa de los derechos de las mujeres a nivel mundial, en las negociaciones intergubernamentales post-2015 en febrero de 2017. Para leer más: <https://www.facebook.com/ARROW.Women/posts/831086936949512?match=YWNjb3VudGFiaWxpdkHk%3D>. El vídeo se encuentra aquí: <https://www.youtube.com/watch?v=spGy9dpTR4>.

2 Para una propuesta integral sobre el marco de la rendición de cuentas y monitoreo por parte del Grupo Mayor de Mujeres, ver: "Women's Major Group Recommendations for Accountability, Monitoring, and Review of the Post-2015 Agenda", 18 de mayo, 2015, acceso 13 de junio, 2017, <http://www.twn.my/title2/unsd/2015/unsd150503.htm>.

3 El párrafo 74a de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible declara que los procesos de seguimiento y revisión serán "voluntarios y dirigidos por los países, tomarán en cuenta las diferentes realidades, y capacidades nacionales y niveles de desarrollo y respetarán el espacio y las prioridades de las políticas. Dado que adueñarse del país es algo clave para lograr el desarrollo sostenible, los resultados de los procesos a nivel nacional serán las bases para las revisiones a nivel regional y mundial, dado que la revisión mundial se basará principalmente en las fuentes de datos nacionales oficiales". Ver: *United Nations, Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development* (2015), acceso 13 de junio de 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

4 Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, E/ESCAP/FSD(3)/4 *Report of the Asia-Pacific Forum on Sustainable Development on Its Third Session* (2016), acceso el 13 de junio, 2017, http://www.unescap.org/sites/default/files/pre-ods/APFSD_2016_Report_English.pdf.

5 En 2016, se revisaron estos países de Asia-Pacífico: China, Filipinas, República de Corea y Samoa. Los países bajo revisión en la FPAN de 2017 HLPF son Afganistán, Argentina, Azerbaiyán, Bangladesh, Bielarrusia, Bélgica, Belice, Benín, Botsuana, Brasil, Chile, Costa Rica, Chipre, República Checa, Dinamarca, El Salvador, Etiopía, Guatemala, Honduras, India, Indonesia, Irán, Italia, Japón, Jordania, Kenia, Luxemburgo, Malasia, Maldivas, Mónaco, Nepal, Holanda, Nigeria, Panamá, Perú, Portugal, Catar, Eslovenia, Suecia, Tayikistán, Tailandia, Togo, Uruguay y Zimbabue. Ningún país del Pacífico se ofreció como voluntario

ficha técnica

para la ronda de 2017. Para ver más: "Voluntary National Reviews", Sustainable Development Knowledge Platform, acceso el 13 de junio, 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>.

6 Los otros ODS bajo revisión son Objetivo 1. Terminar con la pobreza; Objetivo 2. Terminar con el hambre; Objetivo 9. Mejorar la Infraestructura, industrialización e innovación; Objetivo 14. Preservar los océanos, mares y recursos marinos; y Objetivo 17: construir alianzas para cumplir con los objetivos.

7 No hay referencia a los DSSR ni a ninguno de sus componentes en el Informe del Foro de Asia Pacífico para el Desarrollo Sostenible (APFSD, por sus siglas en inglés) para el FPAN. Solamente se hace referencia a la salud, lo cual implica que los gobiernos de la región no consideran que los DSSR sean una prioridad. Ver: UNESCAP, "Input from the Fourth Asia-Pacific Forum on Sustainable Development: Note by the Secretariat" (2017), acceso 13 de junio, 2017, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/HLPF/2017/1/Add.1&Lang=E.

8 Biplabi Shrestha, "Taking Stock of Gains and Losses—Thoughts from the 2017 High-Level Political Forum (HLPF)", 1º de agosto, 2017, <http://arrow.org.my/taking-stock-gains-losses-thoughts-2017-high-level-political-forum-hlpf/>.

9 Email de Sascha Gabizon al Grupo Mayor de Mujeres, 22 de julio, 2017.

10 "Growing Role of the Private Sector in the 2030 Agenda", GRI, 9 de agosto, 2017, <https://www.globalreporting.org/information/news-and-press-center/Pages/Growing-role-for-the-private-sector-in-the-2030-Agenda.aspx>.

11 WILPF, "Beyond #HLPF2017: Integrating Feminist Peace in the 2030 Agenda", <http://wilpf.org/wp-content/uploads/2017/07/Second-High-Level-Political-Forum-2017-HLPF-Blog-report.pdf>.

EQUIPO EDITORIAL

Sivananthi Thanenthiran, Directora Ejecutiva

Maria Melinda Ando, Editora en Jefe de ARROW for Change y Redactora de Originales, Oficial Superior del Programa, Publicaciones, Comunicaciones e Incidencia

Mangala Namasivayam, Administradora de Información y Comunicaciones del Programa

Sai Jyothir Mai Racherla, Directora del Programa

REVISORES EXPERTOS EXTERNOS

Babu Ram Pant, Director de Programas, Asociación de Organizaciones Juveniles de Nepal (AYON, por sus siglas en inglés), Nepal; Miembro (Nepal), Coalición Juvenil de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Cai Yiping, Miembro del Comité Ejecutivo, Desarrollo de Alternativas con Mujeres para una Nueva Era (DAWN, en inglés)

Emilia Reyes, Directora del Programa, Políticas y Presupuestos para la Igualdad y el Desarrollo Sostenible en la ONG mexicana Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia

Lotti Rutter, Directora de Política y Campañas, Treatment Action Campaign (TAC)

Ranja Sengupta, Investigadora Superior y Coordinadora, Programa Comercio y Desarrollo, Red del Tercer Mundo

Renu Khanna, Miembro Fundador, Sociedad para Alternativas de Salud (SAHA), Vadodara, Gujarat, India

Rupsa Mallik, Directora, Programas e Innovación, CREA

Sonia Correa, Investigadora Asociada, Asociación Interdisciplinaria Brasileña del SIDA (ABIA); Co-presidente, Sexuality Policy Watch (SPW)

T.K. Sundari Ravindran, Profesora, Centro Achutha Menon para los Estudios en Ciencias de la Salud (AMCHSS, por sus siglas en inglés), Instituto Sree Chitra Tirunal de Ciencias Médicas y Tecnología, Trivandrum, India

DISEÑO

Nicolette Mallari, Diseño y Diagramación

También queremos agradecer a los siguientes miembros del personal de ARROW y a los miembros del Comité Asesor del Programa que contribuyeron con sus ideas durante la conceptualización del boletín: **Azra Abdul Cader, Bagus Wibadsu Sosroseno, Dhivya Kanaga, Hwei Mian Lim, Seow Kin Teong, Mangala Namasivayam, Maria Melinda Ando, Pooja Badarinath, Renu Khanna, Sai Jyothir Mai Racherla, Samreen Shahbaz y Sundari Ravindran.**

ARROW for Change (AFC) es un boletín temático revisado por colegas que tiene la intención de hacer contribuciones en análisis y perspectivas, basadas en derechos y centradas en mujeres, sobre los discursos mundiales relacionados con problemas emergentes y persistentes relacionados con la salud, la sexualidad y los derechos en la región Sur/Asia-Pacífico. AFC se produce dos veces al año en inglés y se traduce a idiomas seleccionados varias veces al año. Está dirigido principalmente a los responsables de la toma de decisiones en organizaciones en pro de los derechos de las mujeres, salud, población y derechos sexuales y salud reproductiva. El boletín se desarrolló con contribuciones de individuos y organizaciones clave en la región de Asia y el Pacífico y el Centro de Difusión de Conocimientos sobre los DSSR de ARROW (ASK-us!).



Esta obra tiene una licencia de atribución no comercial sin derivar 4.0 de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Cualquier parte del texto de la publicación se puede fotocopiar, reproducir, almacenar en un sistema de recuperación o se puede transmitir de cualquier forma por cualquier medio o se puede adaptar o traducir para adaptarse a las necesidades locales, para propósitos sin fines comerciales ni de lucro. Toda copia, reproducción, adaptación y traducción mediante medios mecánicos, eléctricos o electrónicos deben reconocer a ARROW como la fuente. Una copia de la reproducción, adaptación y/o traducción se debe enviar a ARROW. Para uso comercial, solicite permiso a arrow@arrow.org.my. Los derechos de reproducción de las imágenes utilizadas pertenecen a los respectivos propietarios de los derechos intelectuales.

Para suscribirse, por favor escriba a afc@arrow.org.my. El intercambio de publicaciones también es bienvenido. Todos los ejemplares de AFC se pueden descargar gratuitamente en www.arrow.org.my. El boletín también tiene distribución mundial por parte de EBSCO.

Los comentarios y consultas sobre las contribuciones son bienvenidos. Por favor, envíelos a:

Editor en Jefe, **ARROW for Change**

Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW)

No. 1 & 2 Jalan Scott, Brickfields

50470 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel.: +603 2273 9913

Fax.: +603 2273 9916

Email: afc@arrow.org.my, arrow@arrow.org.my

Sitio Web: www.arrow.org.my

Facebook: <https://www.facebook.com/ARROW.Women>

Twitter: @ARROW_Women

YouTube: ARROWomen

Pinterest: arrowwomen