

**INSTITUTO DANÉS  
DE DERECHOS  
HUMANOS**

**DAAC Y LA SALUD Y LOS  
DERECHOS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVOS**

**INDICADORES INTERNACIONALES PARA  
LA DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD,  
ACEPTABILIDAD Y CALIDAD**

## **LA DAAC Y LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

### **Indicadores Internacionales para la Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad**

Autores: Lena Kähler, Marie Villumsen, Mads Holst Jensen y Pia Falk Paarup

Traducción al español: Soledad Sánchez-Cañamares Ríos

Prueba de lectura: Noelia Pericon

ISBN: 978-87-93241-96-1

Este documento temático se desarrolló como parte de un proyecto con un grupo de organizaciones de la sociedad civil danesa: Asociación Danesa de Planificación Familiar (Sex & Samfund), Cruz Roja Danesa, Global Nutrition and Health (Metropolitan University College) y Axis.

El proyecto fue financiado por Global Focus – OSCs danesas para la Cooperación al Desarrollo <http://www.globaltfokus.dk/in-english>



© 2017 The Danish Institute for Human Rights  
Denmark's National Human Rights Institution  
Wilders Plads 8K  
DK-1403 Copenhagen K  
Phone +45 3269 8888  
[www.humanrights.dk](http://www.humanrights.dk)

Siempre que dicha reproducción sea para uso no comercial, esta publicación, o partes de la misma pueden ser reproducidas si se cita el autor y la fuente.

En el IDDH pretendemos hacer que nuestras publicaciones sean lo más accesibles posible. Usamos tamaños de fuente grandes, líneas cortas (libres de guiones), texto alineado a la izquierda y fuerte contraste para una máxima legibilidad. Para obtener más información sobre la accesibilidad, haga clic en: [www.humanrights.dk/accessibility](http://www.humanrights.dk/accessibility)

# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1 LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EL SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS</b>	<b>14</b>
<b>1.1 EL MARCO GENERAL DE DERECHOS HUMANOS EN TORNO A LA SDSR</b>	<b>14</b>
1.1.1 OBLIGACIONES DEL ESTADO	14
1.1.2 EL SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS	16
1.1.3 ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS (EBDH)	16
<b>1.2 SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>17</b>
1.2.1 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS	19
1.2.2 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ES	19
<b>2 EL ENFOQUE DE DAAC</b>	<b>22</b>
<b>3 OPERACIONALIZAR LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b>	<b>26</b>
<b>3.1 REFLEXIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS</b>	<b>26</b>
3.1.1 NO DISCRIMINACIÓN	27
3.1.2 PARTICIPACIÓN	27
3.1.3 RENDICIÓN DE CUENTAS	28
3.1.4 PERTINENCIA CULTURAL	29
3.1.5 TOMA DE DECISIONES INFORMADA	29
3.1.6 PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD	30
<b>3.2 LA DAAC Y LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>30</b>
3.2.1 LA DAAC Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	30
3.2.2 LA DAAC Y EL ABORTO SEGURO	31
3.2.3 LA DAAC Y LA ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y EL PARTO SEGURO	33
3.2.4 LA DAAC Y LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	34
<b>3.3 INDICADORES ILUSTRATIVOS DE DAAC DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>36</b>
3.3.1 INDICADORES ESTRUCTURALES:	36
3.3.2 INDICADORES DE PROCESO:	36

3.3.3 INDICADORES DE RESULTADO:	36
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES ESTRUCTURALES</b>	<b>38</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>39</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>41</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>42</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>43</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>44</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>45</b>
<b>SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO</b>	<b>46</b>
<b>NOTAS FINALES</b>	<b>48</b>

## **ABBREVIATIONS**

DAAC	Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad, Calidad
TAR	Tratamiento antirretroviral
CAT	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
DIHR	Instituto Danés de Derechos Humanos
EBDH	Enfoque Basado en los Derechos Humanos
ICERD	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
ICCPED	Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
ICMRW	Convención Internacional para la Protección Internacional de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIPD PdA	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Programa de Acción
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
SSR	Salud sexual y reproductiva
SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual DUDH
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud

# RESUMEN EJECUTIVO

Millones de personas mueren cada año por afecciones maternas y neonatales potencialmente evitables, así como por infecciones de transmisión sexual. Mujeres y niñas se encuentran atravesando situaciones lamentables, causadas por el abuso sexual, embarazos no deseados y abortos inseguros.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) constituyen un compromiso mundial para luchar contra estos males - no como un acto de caridad, sino porque todo ser humano tiene derecho a gozar de una vida en libertad y dignidad. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son parte integral del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y en una amplia gama de otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Además, la SDSR está firmemente reconocida en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En particular, la protección y promoción de la SDSR se destaca como un compromiso básico en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en concreto en el ODS 3 sobre salud y el ODS 5 sobre igualdad de género.

Sin embargo, la SDSR representa un tema extenso, complejo y sensible, y a menudo los principios concebidos en el marco de las Naciones Unidas están muy lejos de las realidades que se dan en el terreno. Existe la necesidad de establecer vínculos operativos entre principios y realidades, y este documento pretende contribuir a ello. Específicamente, el documento pretende mostrar un enfoque a través del cual los elementos de la SDSR pueden hacerse más tangibles, mediante los criterios de derechos humanos de DAAC. El enfoque de DAAC permite llevar a cabo una evaluación de estándares y niveles de adecuación en términos de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad, y estos criterios se derivan directamente del PIDESC y otros instrumentos de derechos humanos e interpretaciones acreditadas. De esta forma, el enfoque de DAAC construye vínculos operativos entre principios y realidades, ya que transmite los principios en términos tangibles que ofrecen una orientación útil y práctica.

Para abordar el área de análisis específico, el documento presenta las definiciones claves en el campo de la SDSR y analiza el área general de la SDSR y, sobre esa base, propone servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) como un enfoque específico resultante del estudio y análisis detallado de la DAAC. Como punto de referencia general para el análisis detallado de una serie de categorías específicas de servicios de SSR, el documento postula los siguientes principios genéricos de la DAAC:

**Disponibilidad** Los servicios de SSR deben estar disponibles en cantidad suficiente y suministrados de forma continua.

**Accesibilidad** Los servicios de SSR deben ser accesibles para todos, en términos de acceso físico, asequibilidad, acceso a la información y no discriminación.

**Aceptabilidad** Los servicios de SSR deben ser aceptables para los consumidores, culturalmente pertinentes y sensibles a los grupos vulnerables.

**Calidad** Los servicios de SSR deben cumplir con las normas de calidad aplicables.

Para establecer los antecedentes del análisis, el documento comienza con una introducción a la SDSR y al sistema de derechos humanos. Además, describe los principios de un Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH), que se observa en la cooperación para el desarrollo de todo el sistema de las Naciones Unidas y por parte de muchos donantes, lo que resulta clave para la realización de la SDSR.

El siguiente capítulo presenta el enfoque y la metodología de DAAC. Asimismo, el capítulo delimita cinco áreas de servicios de SSR: Planificación familiar voluntaria, Educación e información, Aborto seguro, Atención pre- y post-natal y parto seguro y Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. El análisis está respaldado por orientaciones sobre cómo extraer y organizar la información proveniente de fuentes de derechos humanos para conceptualizar y operacionalizar los servicios de SSR. En el siguiente capítulo se presentan las reflexiones generales sobre los principios y conceptos de derechos humanos relevantes para la SDSR. En particular, este capítulo ofrece un análisis ilustrativo de la DAAC en los servicios de SSR.

El documento concluye con un cuadro integral que presenta indicadores ilustrativos de DAAC para cada una de las áreas de servicios de SSR. El objetivo del cuadro es demostrar cómo los servicios de SSR pueden articularse mediante el enfoque de DAAC en términos claros y medibles.

El estudio no proporciona de ninguna manera un análisis concluyente sobre el complejo tema de la SDSR. El análisis de la DAAC de los servicios de SSR debe situarse dentro de las perspectivas más amplias de la SDSR, reflejadas en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en los compromisos internacionales para el desarrollo. No obstante, reconociendo todas las limitaciones, el documento persigue el modesto pero ambicioso objetivo de ilustrar cómo el enfoque de la DAAC puede contribuir a crear vínculos operacionales entre principios y realidades. Como tal, pretende ser una inspiración para los actores en el ámbito de la SDSR, que deseen aplicar el enfoque de la DAAC para proteger y promover estos derechos humanos.




# INTRODUCCIÓN

El logro de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) es crucial para el desarrollo de las sociedades y para que las mujeres y las niñas puedan vivir una vida digna. El sistema de derechos humanos de la ONU ha confirmado en repetidas ocasiones que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano establecido en las principales convenciones fundamentales de derechos humanos y desarrollado con mayor profundidad en instrumentos de soft-law leyes no vinculantes. La Declaración de Beijing y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (PdA de la CIPD) <sup>1</sup> describen que la SDSR es una parte crucial del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental <sup>2</sup>. Desde una perspectiva de desarrollo más amplia, la SDSR es también una de las metas clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) <sup>3</sup> y se pueden encontrar referencias directas a tratados de derechos humanos sobre la SDSR en los propios objetivos <sup>4</sup>.

Sin embargo, la implementación adecuada de los compromisos estatales para lograr la SDSR sigue siendo un desafío, especialmente en los países en vías de desarrollo. Cada año, se estima que 287.000 mujeres mueren por estar embarazadas o dar a luz y que el 99% de estas mujeres viven en países en vías de desarrollo. A escala mundial, 225 millones de mujeres experimentan que sus necesidades anticonceptivas no están cubiertas, y en África Subsahariana y Asia meridional, menos de la mitad de las mujeres embarazadas reciben una atención prenatal adecuada. Además de la alta tasa actual de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo, la necesidad no cubierta de tener servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) tiene también consecuencias, menos fatales, pero sin embargo cruciales para las mujeres y las sociedades. La alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual como el VIH, las altas tasas de abortos inseguros y la obligación de que las niñas abandonen la escuela debido a un embarazo no deseado, representan las nocivas realidades de muchos países en vías de desarrollo <sup>5</sup>.

El logro de la SDSR es una tarea compleja e integral, que requiere esfuerzos en el sector de la salud y en la sociedad en general. Cuando la SDSR se pone en práctica, surgen una serie de inconvenientes. En primer lugar, el alcance de los derechos es muy amplio y abarca elementos de una extensa gama de derechos

civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que van desde la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y segura, hasta el derecho de las parejas a decidir libremente sobre el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos<sup>6</sup>. En segundo lugar, no existe un consenso claro entre los grupos de interés internacionales con respecto a la interpretación precisa del contenido de la SDR. Por ejemplo, los derechos sexuales continúan siendo un tema controvertido y un exRelator sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud) señala que "si bien existe una relación intrínseca entre la salud sexual y la salud reproductiva (...) la salud sexual y reproductiva también son dimensiones diferentes y distintas de la salud humana"<sup>7</sup>. Sin embargo, es difícil determinar exactamente qué está en el cruce entre ambas y qué pertenece por separado a cada dimensión. En tercer lugar, dada la diversidad de contextos y situaciones de los países, los instrumentos generales de derechos humanos no pueden determinar de qué forma concreta deben alcanzarse los derechos, y deben otorgar cierta flexibilidad a los estados para elegir los medios más adecuados para el logro de la SDR. Por ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se estipula que los estados deben tomar medidas para "crear condiciones que aseguren todos los servicios médicos y de atención médica en caso de enfermedad"<sup>8</sup>. Sin embargo, el nivel y alcance de estos servicios, p. ej. en relación con la salud reproductiva, no se especifica en el Pacto, sino que se desarrolla en otros foros, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994.



## **Derechos Sexuales – lecturas de interés**

OMS 2015: Salud sexual, derechos humanos y la ley

OMS 2014: Derechos de salud sexual y reproductiva: una prioridad para el desarrollo mundial, la salud y los derechos humanos

OMS 2010: Uso de los derechos humanos en pro de la salud sexual y reproductiva: mejorar los marcos jurídicos y normativos

FPNU 2014: Los Derechos Reproductivos Son Derechos Humanos: Manual para los Institutos Nacionales de Derechos Humanos

FPNU 2014: FPNU Directrices Operacionales para la Educación Integral de la Sexualidad

FPNU 2014: Del Compromiso a la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

CESCR 2000: Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud

CESCR 2016: Observación General no. 22 sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Relator Especial sobre el derecho a la salud 2011: Informe para la Asamblea General A/66/254 (enfoque principal: criminalización de la salud sexual y reproductiva)

Relator Especial sobre el derecho a la salud 2010: Informe para el Consejo de Derechos Humanos A/HRC/14/20 (enfoque principal: el derecho a la salud y la criminalización de la conducta y orientación homosexual, trabajo sexual y transmisión del VIH)

Relator Especial sobre el derecho a la salud 2004: Informe para la Comisión de Derechos Humanos E/CN.4/2004/49 (enfoque principal: el derecho a la salud sexual y reproductiva)

Páginas web:

[www.sexualrightsinitiative.com](http://www.sexualrightsinitiative.com) (la Iniciativa de Derechos Sexuales también administra una base de datos sobre la RPU:

<http://sexualrightsinitiative.com/universal-periodic-review>)

[www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health)



El sistema de derechos humanos trata de abordar estos desafíos mediante continuos esfuerzos destinados a elaborar el contenido y la interpretación de la SDR. En particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) y el Relator Especial sobre el derecho a la salud y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) han sido claves para la promoción del consenso sobre las diferentes perspectivas de derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva. En el ámbito del desarrollo, organismos de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) han profundizado en los diferentes elementos de la SDR y han desarrollado marcos de implementación y orientación para grupos de interés<sup>9</sup>. Además, el marco de los ODS, en particular el Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) y el 5 (Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas), también articulan la SDR<sup>10</sup>. Si bien estos marcos globales definen el contenido normativo, las metas y los objetivos de la SDR ofrecen una orientación operativa limitada sobre las medidas apropiadas que deben adoptarse en los contextos nacionales y locales. El Programa de Acción de la CIPD ha contribuido a que los compromisos políticos de alto nivel se operacionalicen en acciones concretas que deben adoptarse. Más recientemente, el informe de la CIPD Más allá de 2014, Revisión de los progresos, brechas y desafíos en el cumplimiento de las promesas hechas en 1994, llevó que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptase el Marco de Acción Más allá de 2014 de la CIPD. El proceso también estableció los vínculos fuertes e inequívocos entre el Marco de Acción Más allá de 2014 de la CIPD y la Agenda para el Desarrollo Sostenible post 2015.

El Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) para el Desarrollo marca un paso decisivo hacia la consolidación de los vínculos operacionales entre los derechos humanos y las realidades de la cooperación internacional para el desarrollo. En 2003, los miembros del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, incluidos el PNUD, la OMS y el FPNU, adoptaron el Entendimiento Común de Stamford. Este posiciona con firmeza los derechos humanos como la meta de los esfuerzos para el desarrollo e incorpora los principios de derechos humanos de participación, rendición de cuentas y no discriminación a todos los procesos de desarrollo. Además, ello ha atraído mayor atención hacia la importancia de incorporar los derechos humanos en todas las etapas de la generación de programas, incluyendo en las políticas, metas, procesos y actividades. Por lo tanto, el EBDH ha ayudado a que las discusiones sobre la SDR se muevan desde el concepto de "hacer el bien" hacia una cuestión de realizar los derechos humanos universales. El EBDH es observado en la cooperación al desarrollo a lo largo de todo el sistema de la ONU y por parte de muchos donantes, y es clave para el logro de la SDR.

Como se ha resumido anteriormente, existe una rica documentación y experiencias prácticas a las que los diferentes actores pueden recurrir en sus esfuerzos por lograr progresivamente la SDR. Sobre la base de estos recursos existentes, este documento presenta el enfoque de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC), que puede ser utilizado para concretar y articular con mayor profundidad los elementos específicos de la SDR. En concreto, este documento aplicará el enfoque de DAAC a los servicios de salud sexual y reproductiva (planificación familiar voluntaria, educación e información sobre salud sexual y reproductiva, aborto y atención post-aborto, atención pre y postnatal tanto para la madre como para el niño y la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA)<sup>11</sup>. El objetivo consiste en mostrar una metodología sencilla y fácil de usar para identificar y organizar las obligaciones y compromisos políticos de alto nivel legalmente vinculantes y convertirlos en indicadores específicos para la prestación de servicios. Los indicadores del DAAC pueden complementar los marcos de indicadores ya existentes y guiar las acciones de los estados, los Institutos Nacionales de Derechos Humanos (INDH), la sociedad civil y las empresas en el ámbito de la SDR.

Para determinar los antecedentes del análisis, el documento comienza con una introducción a la SDR y al sistema de derechos humanos. Además, describe los principios de un EBDH. El capítulo 2 presenta el enfoque y la metodología DAAC. El capítulo también analiza las cinco áreas identificadas de servicios de SSR. El análisis se respalda en orientaciones sobre cómo extraer y organizar la información proveniente de las fuentes de derechos humanos para conceptualizar y materialicen los servicios de SSR. En el siguiente capítulo se presentan las reflexiones generales sobre los principios y conceptos de derechos humanos que resultan relevantes para la SDR. En particular, este capítulo ofrece un análisis ilustrativo de la DAAC de los servicios de SSR.

El documento concluye con un cuadro detallado, que establece los indicadores de DAAC existentes para cada una de las áreas de servicios de SSR. El objetivo del cuadro es demostrar cómo los servicios de SSR pueden articularse mediante el enfoque DAAC en términos claros y medibles.

# CAPÍTULO 1

## 1 LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EL SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS

Este capítulo presenta en primer lugar los derechos humanos, incluyendo el sistema de derechos humanos y el EBDH para el desarrollo. Sobre la base de esta introducción, la SDR se describe en un contexto de derechos humanos y se analizan los temas y cuestiones que los sustentan.

Los derechos humanos son un conjunto de derechos universales, lo que significa que se aplican igualmente a todos los seres humanos sin discriminación de ningún tipo. Además, los derechos humanos son indivisibles (todos los derechos tienen el mismo nivel e importancia) e interdependientes (cada derecho depende en parte o totalmente de la realización de otros derechos). Por ejemplo, para las niñas, el matrimonio y la maternidad a edad temprana pueden tener un impacto negativo en su derecho a la educación. Los derechos humanos se expresan en los tratados internacionales, en el derecho internacional consuetudinario, así como en las constituciones, leyes, regulaciones y políticas nacionales.

### 1.1 EL MARCO GENERAL DE DERECHOS HUMANOS EN TORNO A LA SDR

#### 1.1.1 OBLIGACIONES DEL ESTADO

Las obligaciones de los estados en materia de derechos humanos se establecen en tratados vinculantes para aquellos estados que los ratifiquen. La Carta Internacional de Derechos Humanos está compuesta por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Además, los principales tratados de derechos humanos establecen obligaciones sobre temas específicos y para grupos específicos.

En el ámbito de los derechos humanos, el estado es el portador del deber - los signatarios de los tratados. El estado es responsable ante las personas - los titulares de derechos - cuyos derechos están protegidos por los tratados.

En virtud del PIDESC (y otros tratados internacionales de derechos humanos) se entiende por obligaciones estatales lo relativo a un marco en el cual el Pacto impone tres tipos de obligaciones: Respetar, Proteger y Cumplir<sup>12</sup>. La obligación de respetar significa que el estado no debe interferir en el disfrute del derecho. La obligación de proteger significa que el estado, a través de medidas legales y judiciales tiene que asegurarse de que terceros no interfieran en el disfrute del derecho. La obligación de cumplir significa llevar a cabo acciones encaminadas a la realización de los derechos. Ésta se suele desglosar en las obligaciones de facilitar, promover y proporcionar. La obligación de facilitar significa tomar medidas positivas y adoptar estrategias que permitan crear las condiciones necesarias para que las personas puedan satisfacer sus propias demandas. La obligación de promover se refiere a sensibilizar sobre los derechos a través de la educación y la difusión de la información. La obligación de proporcionar incluye una provisión directa de bienes y servicios a personas que, por condiciones ajenas a su voluntad, no pueden satisfacer sus propias necesidades<sup>13</sup>. Al evaluar el cumplimiento de los derechos humanos por parte del estado, esta clasificación es de particular importancia debido a que permite señalar con mayor precisión el posible incumplimiento y orientar sobre las acciones necesarias.

El nivel de cumplimiento de los derechos sociales, económicos y culturales en el PIDESC dependerá de los recursos e infraestructura del estado. Teniendo en cuenta que los estados pueden tener recursos insuficientes para realizar plenamente todos los derechos en el PIDESC, se han establecido un conjunto de *obligaciones fundamentales* para cada derecho. Los estados deben dar prioridad a estas obligaciones de inmediato. La SDR está parcialmente cubierta por las obligaciones fundamentales, ya que incluyen "atención a la salud reproductiva, materna e infantil"<sup>14</sup>. Sin embargo, no basta con que los estados cumplan con las obligaciones fundamentales, por lo que debe aplicarse un enfoque de *realización progresiva* de todos los derechos consagrados en el PIDESC - sólo con el tiempo estos derechos pueden ser gradualmente alcanzados por completo. Para lograrlo, el estado tiene que utilizar los *máximos recursos disponibles*, que incluyen los recursos propios del estado, así como la asistencia de otros países. El *principio de realización progresiva* da a los estados cierta flexibilidad a la hora de establecer las prioridades necesarias, incluyendo el sector de la atención sanitaria. Ejemplos de tales prioridades podrían ser limitar el número de hospitales que ofrecen servicios de salud particularmente costosos o combinar clases de planificación familiar y educación sexual para reducir costos.

### **1.1.2 EL SISTEMA DE DERECHOS HUMANOS**

El sistema de derechos humanos de la ONU incluye diferentes instrumentos, mecanismos e instituciones para apoyar y monitorear la implementación de los derechos humanos por parte de los estados. Cada uno de los tratados de las Naciones Unidas establece un Órgano de Tratado (Comité de Expertos) para supervisar la aplicación por parte de los estados y profundizar en la interpretación de los tratados. El Órgano de Tratados del PIDESC es el CDESC. El Comité supervisa periódicamente a todos los estados parte sobre la base de los informes nacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Durante este proceso, la sociedad civil y los INDH pueden presentar informes paralelos, que son tomados en cuenta cuando el Comité hace recomendaciones al estado. La SDSR ha sido abordada en varios de los informes del Comité, por ejemplo, con respecto a Chile, Kuwait y Brasil<sup>15</sup>. Los órganos de tratados también publican sus propias interpretaciones sobre sus respectivos tratados en forma de Comentarios Generales. Por ejemplo, el CDESC ha publicado la Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud y la Observación General no. 22 sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además de los órganos creados en virtud de tratados, el Consejo de Derechos Humanos ha establecido una serie de Procedimientos Especiales (p. ej. Relatores Especiales), que tienen el mandato de informar y asesorar sobre temas concretos de derechos humanos o países específicos. De particular importancia para la SDSR es el Relator Especial sobre el derecho a la salud. Los mandatos de los Procedimientos Especiales varían y pueden incluir visitas a los países, recomendaciones a los estados en respuesta a los informes presentados por la sociedad civil u otros actores de derechos humanos, recopilación de buenas prácticas, cooperación con profesionales del desarrollo, etc.

### **1.1.3 ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS (EBDH)**

El surgimiento del Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) ha cambiado la forma en que se articulan los temas de desarrollo y ha fortalecido la posición de los DESC en la agenda global de derechos humanos.

El EBDH es un método que permite a los profesionales del desarrollo y a otros actores posicionar de forma firme a los derechos humanos como una meta para el desarrollo, vincular explícitamente los esfuerzos de desarrollo con las normas de derechos humanos y permitir que los principios de derechos humanos principales orienten sistemáticamente el proceso de desarrollo. El EBDH se basa en el sistema de derechos humanos y aclara los derechos, obligaciones, funciones y capacidades de los titulares de derechos y de obligaciones. El enfoque toma su punto de partida en los instrumentos y mecanismos de derechos humanos legalmente vinculantes y/o que legítimamente orientan la labor de los estados, de los operadores del sector privado y de la sociedad civil. A



través del EBDH, los derechos humanos se convierten en una parte integral del desarrollo humano porque los objetivos de desarrollo están relacionados con las normas relevantes de derechos humanos, y los principios de derechos humanos se aplican a todas las etapas de planificación y ejecución de proyectos y programas. A continuación, se describen los principios centrales del EBDH.

## 1.2 SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A pesar de la extensa literatura que confirma y desarrolla la SDSR, puede resultar difícil determinar exactamente lo que este conjunto de derechos implica y a qué tienen derecho los titulares de derechos en términos de prestación de servicios. En esta sección se esbozan las definiciones claves en el ámbito de la SDSR y se proponen los servicios de SSR como un enfoque específico de estudio y análisis detallado de la DAAC.

La SDSR se basa en una serie de garantías fundamentales de derechos humanos que se encuentran en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos. Los principales tratados relevantes de derechos humanos, dentro del derecho general a la salud, tienen las siguientes disposiciones específicas relativas a la SDSR:

<b>FIGURA 1: PROVISIONES RELATIVAS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	
<b>TRATADO DE DERECHOS HUMANOS</b>	<b>PROVISIONES RELATIVAS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	Art. 12 (1): los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2): entre las medidas que deberán adoptar los estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

<p>CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER</p>	<p>Art. 12: 1. los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. (...) los estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>
<p>CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p>	<p>Art. 25 (a): proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.</p>
<p>CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE SUS FAMILIARES</p>	<p>Art. 28: los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.</p> <p>Art. 43: 1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con: (e) el acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes;</p>

La SDRS abarca también una serie de derechos civiles y políticos enunciados en el PIDCP, como el derecho a la vida (art. 6), el derecho a la libertad y la seguridad (art. 9), el derecho a la intimidad (art. 17) y el derecho a recibir e impartir información (art. 19)<sup>16</sup>. Las libertades relacionadas con la SDRS incluyen el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo. La violación y la violencia sexual, la esterilización forzada y el aborto y los matrimonios forzados representan violaciones de las libertades sexuales y reproductivas<sup>17</sup>.

En base al impulso establecido en los tratados de derechos humanos sobre la SDRS, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada

en El Cairo en 1994, consolidó la igualdad de derechos de las mujeres y las niñas y reconoció que el logro universal la SDR es una condición previa necesaria para el desarrollo sostenible<sup>18</sup>. Con un fuerte enfoque en la SDR como una cuestión de derechos y bienestar, más que como un medio para el control de la población, el PdA de la CIPD es uno de los documentos más completos sobre el tema. Se hace referencia al PdA de la CIPD en la Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud y en la Observación General no. 22 sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y es frecuentemente citado por el Relator Especial sobre el derecho a la salud en relación con la SDR. Además, el PdA de la CIPD se cita explícitamente en el Objetivo 5.6 de los ODS, reafirmando así su importancia como fuente clave en el área de la SDR <sup>19</sup>.

El PdA de la CIPD establece que:

### **1.2.1 LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS**

” abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en: el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos<sup>20</sup>.

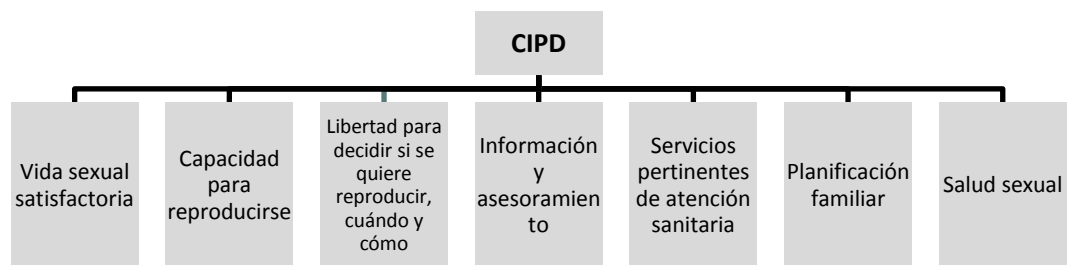
### **1.2.2 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ES**

” un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud sexual y reproductiva entraña por lo tanto la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear con la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar, incluyendo métodos para la regulación de la

fecundidad que no estén legalmente prohibidos; y el derecho a recibir servicios adecuados de atención sanitaria que permitan que las mujeres tengan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos<sup>21</sup>.

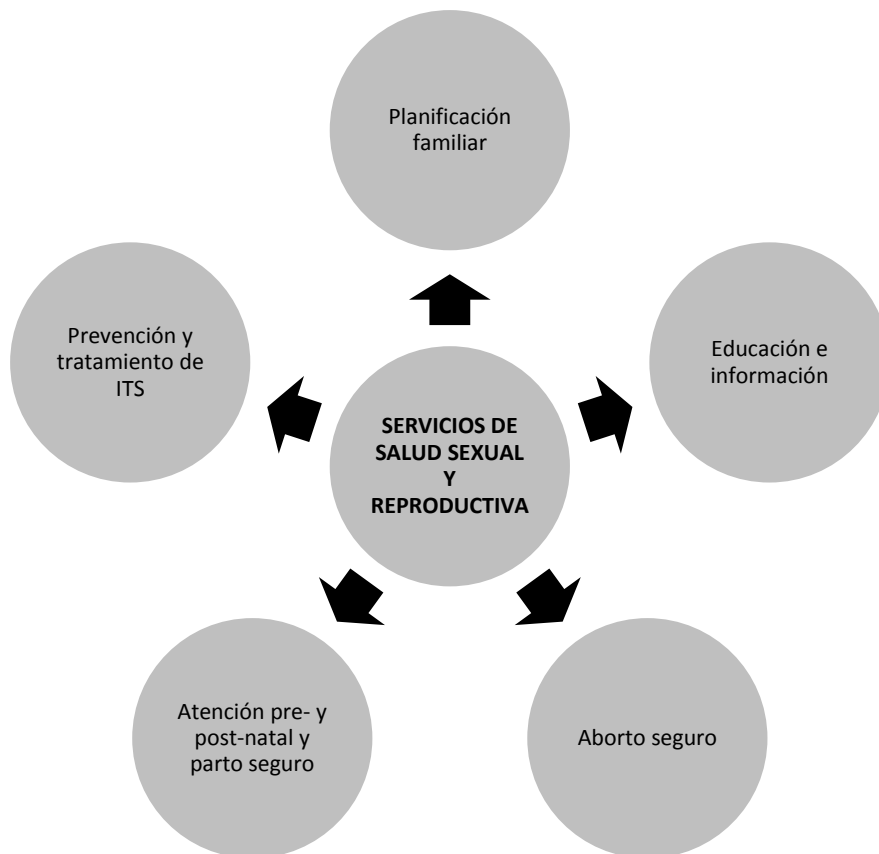
El PdA de la CIPD contiene un conjunto de cuestiones temáticas que, en su conjunto, constituyen un enfoque integral de la SDR.

**FIGURA 2: CUESTIONES TEMÁTICAS INCLUIDAS EN EL PDA DE LA CIPD**



Entre las acciones necesarias para realizar la SDR, el PdA de la CIPD estipula que los estados deben esforzarse en poner a disposición ciertos servicios de SSR. Estos servicios incluyen planificación familiar voluntaria; educación e información sobre salud sexual y reproductiva, aborto y atención post-aborto<sup>22</sup>; atención pre- y post-natal tanto para la madre como para el niño y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA (véase la figura 2)<sup>23</sup>. Estos servicios no sólo se incorporan a la labor de los estados, sino también a las agencias clave de las Naciones Unidas, como el FPNU<sup>24</sup> y la OMS<sup>25</sup>.

**FIGURA 3: SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CIPD 1994**



Las siguientes secciones de este documento temático se centrarán en el grupo de servicios de SSR derivados de la CIPD e ilustrados en la figura superior no.3. El objetivo es conceptualizar el significado de los servicios, con el fin de dar paso a un análisis de la DAAC e identificar indicadores ilustrativos de la DAAC. Si bien se hace énfasis en el aspecto relativo a la prestación de servicios de la SSR, ello no debe ser considerado como un intento de restringir el amplio alcance de la SDR, el cual comprende tanto libertades como derechos. Sin embargo, dado que el enfoque de DAAC es especialmente adecuado para evaluar el cumplimiento de los derechos humanos en el ámbito de la prestación de servicios, los servicios de SSR a los que se hace referencia en el PdA de la CIPD se han seleccionado como las cuestiones a analizar. El análisis de la DAAC de los servicios de SSR debe situarse dentro de las perspectivas más amplias de la SDR, reflejadas en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en los compromisos internacionales de desarrollo.

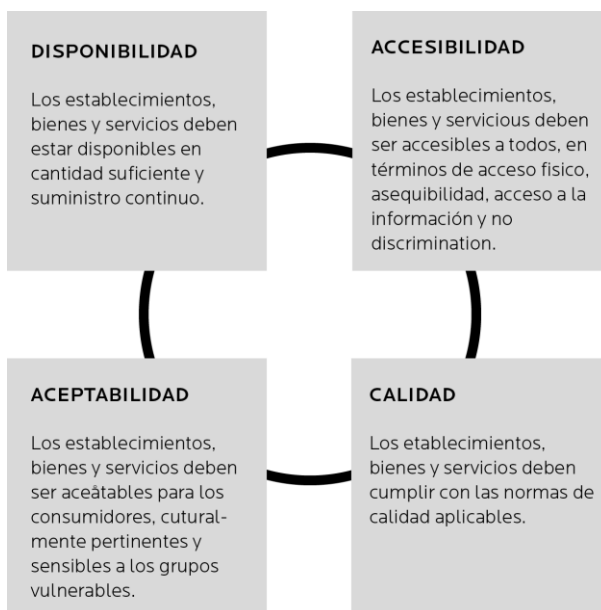
# CAPÍTULO 2

## 2 EL ENFOQUE DE DAAC

Todos los derechos humanos son interdependientes y se interrelacionan, lo que implica que la realización de un derecho normalmente depende, total o parcialmente, de la realización de otros. Por ejemplo, la realización del derecho a la salud puede depender, en determinadas circunstancias, de la realización del derecho a la educación o del derecho a la información. Este principio se sitúa en el centro de los derechos humanos y se hace hincapié al mismo en, p. ej. la Observación General no. 22<sup>26</sup>.

Por lo tanto, el propósito de la metodología de la DAAC no es en absoluto compartimentar o restringir el alcance de los derechos humanos, sino proporcionar una orientación explícita sobre cómo operativizar adecuadamente los criterios de DAAC en relación con ciertos derechos sociales. De esta forma, desde el principio debe entenderse que la metodología de la DAAC se centra en los criterios DAAC pertinentes dichos derechos, sin cubrir exhaustivamente todos sus aspectos y sin limitarlos a los criterios de DAAC. El área central de aplicación del enfoque de DAAC son los derechos sociales, donde los estados, entre otros, tienen la obligación de asegurar ciertos establecimientos, bienes y servicios.

**FIGURA 4: LOS CRITERIOS LOS DAAC**



El punto de partida para llevar a cabo un análisis de los criterios de DAAC de un derecho determinado es identificar las disposiciones específicas de los instrumentos de derechos humanos pertinentes, que, en términos generales, estipulan el contenido y el alcance de ese derecho. En este proceso, se presta especial atención a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que se considera derecho internacional consuetudinario, y a los tratados fundamentales de derechos humanos, que representan el núcleo del sistema internacional de derechos humanos y que son vinculantes para una gran mayoría de estados (véase la figura 4).

**FIGURA 5: LOS DIEZ PRINCIPALES TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS<sup>27</sup>**

CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN RACIAL (ICERD)	1965
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS (PIDCP)	1966
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC)	1966
CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)	1979
CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES INHUMANOS O DEGRADANTES (CAT)	1984
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)	1989
CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE SUS FAMILIARES (ICMRW)	1991
PROTOCOLO FACULTATIVO DE LA CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES	2002
CONVENCIÓN INTERNACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE TODAS LAS PERSONAS CONTRA LAS DESAPARICIONES FORZADAS (ICCPED)	2006
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CRPD)	2006

La lectura de estos instrumentos clave de derechos humanos da lugar a una identificación inicial de los elementos y atributos básicos relacionados con un derecho dado. Posteriormente, la comprensión del alcance, contenido e implicaciones operacionales de un derecho determinado se pueden detallar con mayor profundidad mediante el análisis y el estudio de otras fuentes acreditadas que han contribuido al conjunto de conocimientos. En este contexto, los órganos de vigilancia de los tratados, creados para monitorear la implementación de los

tratados fundamentales de derechos humanos, son de particular importancia. Por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), en las Observaciones Generales no. 14 y 22, ha proporcionado una inestimable información sobre los criterios de DAAC relativos al derecho a la salud. Otras fuentes son los acuerdos intergubernamentales, como la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, el PdA de la CIPD y los ODS, así como los documentos elaborados por instituciones de derechos humanos internacionalmente reconocidas, agencias de las Naciones Unidas, ONG internacionales, la academia, etc.

La comisión de Población y Desarrollo, órgano de supervisión del documento final de la CIPD y principal contribuyente al informe de la CIPD Más allá de 2014<sup>28</sup>, sugiere la siguiente clasificación de fuentes para realizar un análisis integral de los derechos humanos:

1. **Instrumentos Vinculantes:** Convenciones, Convenios, Tratados (PIDESC, CEDAW, CRPD, CDN)
2. **Resultados Intergubernamentales de los Derechos Humanos:** Declaraciones, Resoluciones
3. **Otros Resultados Intergubernamentales:** Resultados de la Conferencia y Documentos de Consenso (CIPD, ODS)
4. **Otros Documentos de soft-law:** Principios Rectores, Observaciones Generales, Recomendaciones, Observaciones Finales de los Órganos de Vigilancia de Tratados

Con el fin de organizar y priorizar estas fuentes, el enfoque de DAAC opera de forma jerárquica y con una línea deductiva, que comienza con los tratados fundamentales de derechos humanos, seguidos de los resultados intergubernamentales de derechos humanos y otros resultados intergubernamentales. Por último, se revisan otros documentos jurídicos de soft-law, como los Comentarios Generales. A través de este proceso, se identifican los contenidos, alcance e implicaciones operacionales principales del derecho en cuestión, estableciendo así los principales atributos que se han de considerar. Además, la revisión bibliográfica permite la identificación de indicadores genéricos, que pueden utilizarse para evaluar sistemáticamente los criterios de DAAC pertinentes al derecho en cuestión. Los indicadores de DAAC están directamente vinculados con las normas y estándares de derechos humanos y, por lo tanto, califican como "indicadores de derechos humanos" definidos por el ACNUDH, ya que pueden generar "información específica sobre el estado o condición de un objeto, evento o actividad que pueda estar relacionado con las normas y estándares de derechos humanos; que aborde y refleje los principios y e intereses de los derechos humanos; y que puedan usarse para evaluar y



supervisar la promoción y aplicación de los derechos humanos". El enfoque de DAAC sigue las recomendaciones del ACNUDH de que los derechos humanos deben evaluarse sobre la base de indicadores estructurales, de resultados y de procesos. La complementariedad de los indicadores de estructura, proceso y resultados se explica a continuación en la figura 5.

### **FIGURA 6: INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO**

<b>Indicadores estructurales</b>	Indica si las estructuras clave y los mecanismos necesarios para la realización de un derecho dado están en su lugar. La ratificación de tratados internacionales que incluyan la SDR, un plan de acción nacional para la implementación de la SDR y la existencia de un mecanismo de gestión de quejas para abordar las violaciones de la SDR pueden ser ejemplos de tales estructuras y mecanismos.
<b>Indicadores de proceso</b>	Mide los esfuerzos del estado para implementar un derecho dado a través de programas, actividades e intervenciones. El porcentaje de mujeres embarazadas aconsejadas y con pruebas de VIH, y el porcentaje de personas que reciben información sanitaria pueden ser ejemplos de indicadores de procesos.
<b>Indicadores de resultado</b>	Mide el impacto de los programas, actividades e intervenciones iniciadas para la realización de SDR. La tasa de mortalidad materna o la tasa de prevalencia del VIH pueden ser ejemplos de indicadores de resultados.

# 3 OPERACIONALIZAR LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Este capítulo está dividido en tres secciones. En primer lugar, se presentan consideraciones y reflexiones sobre la SDR en relación con los principios y conceptos de derechos humanos. La SDR abarca una serie de principios y conceptos de derechos humanos ya establecidos, y la primera parte explora el significado y aplicación específico de estos conceptos en relación con la SDR. En segundo lugar, se presenta un análisis ilustrativo de la DAAC de los servicios de SSR identificados anteriormente en el capítulo 2. El análisis ofrece una descripción de los criterios de DAAC en relación con cada uno de los servicios identificados (planificación familiar voluntaria, educación e información sobre salud sexual y reproductiva, aborto y cuidados posteriores al aborto<sup>29</sup>, atención pre- y post-natal tanto para la madre como para el niño; y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/ SIDA). En tercer lugar, basándose en el análisis de la DAAC, los indicadores ilustrativos de DAAC son enumerados haciendo referencia a las fuentes clave de la SDR. De forma conjunta, las tres secciones tratan de operacionalizar los aspectos clave de la prestación de servicios de la SDR aplicando el enfoque de DAAC y enumerando los indicadores de DAAC de los servicios clave de SSR.

### **3.1 REFLEXIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS PRINCIPIOS DE DERECHOS HUMANOS**

Antes de presentar el análisis ilustrativo del DAAC y los indicadores relacionados con los servicios de SSR, es importante reflexionar sobre algunos principios y conceptos de derechos humanos que desempeñan un papel vital en la prestación de servicios de SSR. Los principios de derechos humanos incluyen la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas, mientras que los conceptos se refieren a la idoneidad cultural, la toma de decisiones informadas y las cuestiones de privacidad y confidencialidad. A estos principios se les refiere comúnmente como los principios de EBDH.

### **3.1.1 NO DISCRIMINACIÓN**

Todos los individuos son iguales como seres humanos y todos los seres humanos están habilitados para gozar de sus derechos humanos sin discriminación de ningún tipo. Se debe dar prioridad a aquellos que son más propensos a sufrir discriminación y a los que se ven más negativamente afectados por la desigualdad económica, social y política. El género constituye un argumento fundamental de la desigualdad y debe tenerse en cuenta en todo momento y para todos los niveles.

Los criterios de DAAC incluyen el concepto de no discriminación como un sub-criterio más de "accesibilidad" junto con los de accesibilidad física, económica y de información. En línea con un EBDH, la no discriminación es también un principio transversal de derechos humanos, que se aplica igualmente a todos los criterios de DAAC. Esto incluye, por ejemplo, el suministro de información en los idiomas locales pertinentes o la adaptación de las intervenciones a las necesidades y preferencias particulares de los grupos vulnerables (aceptabilidad). La observancia del principio transversal de no discriminación implica que la información sobre todos los indicadores ha de ser clasificada considerando los motivos de discriminación prohibidos. De acuerdo con la Observación General no. 22, "los establecimientos de salud, los bienes, la información y los servicios relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todos los individuos y grupos sin discriminación y sin barreras"<sup>30</sup>. Esta declaración está alineada con la Observación General no. 14, la cual considera como motivos de discriminación la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole<sup>31</sup>. Además de los motivos de discriminación generalmente prohibidos, la Declaración de Beijing y la CEDAW reclaman que ha de prestarse una atención especial para las adolescentes, las mujeres de zonas rurales y las mujeres en circunstancias difíciles, como las que están inmersas en situaciones de conflicto armado y las refugiadas<sup>32</sup>. En una perspectiva más amplia de la SDSR, otros grupos vulnerables pueden incluir a las trabajadoras sexuales, las víctimas de trata de personas, las mujeres migrantes, las mujeres de zonas rurales y a los pueblos indígenas<sup>33</sup>.

### **3.1.2 PARTICIPACIÓN**

Toda persona tiene derecho a una participación activa, libre y significativa en el desarrollo económico, social, cultural y político. La participación tiene como objetivo asegurar una inclusión sistemática de los titulares de derechos, al permitirles articular sus necesidades y derechos, responsabilizar a los titulares de obligaciones y hacerse cargo de su propio desarrollo. Los mecanismos de

participación deben ser accesibles para todos, incluidos los grupos más vulnerables. La participación efectiva requiere acceso a la información; libertad de expresión, asociación y reunión; y una gobernanza transparente y accesible. La participación efectiva a menudo depende de un principio de subsidiariedad, lo que significa que las decisiones se toman lo más cerca posible de las personas más afectadas por ellas.

En relación con los servicios de salud sexual y reproductiva, la participación pública es crucial para asegurar resultados exitosos. Según la CIPD, "los programas de atención a la salud reproductiva deben diseñarse para satisfacer las necesidades de las mujeres, incluidas las adolescentes, y deben involucrar a las mujeres en el liderazgo, la planificación, la toma de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los gobiernos y otras organizaciones deben adoptar medidas positivas para incluir a las mujeres en todos los niveles del sistema de atención sanitaria"<sup>34</sup>. En concreto, la CEDAW exige a los países que garanticen que las mujeres tengan derecho a participar plenamente y estar representadas en la formulación de políticas públicas en todos los sectores y en todos los niveles<sup>35</sup>.

### **3.1.3 RENDICIÓN DE CUENTAS**

La rendición de cuentas es un principio global derivado de muchos derechos humanos diferentes y conlleva responsabilidad, capacidad de respuesta y exigibilidad<sup>36</sup>. La responsabilidad implica que los que ejercen cargos de autoridad tienen deberes y estándares de desempeño claramente definidos, permitiendo que su comportamiento sea evaluado de manera transparente y objetiva. La capacidad de respuesta requiere que los funcionarios públicos e instituciones provean justificaciones razonadas de sus acciones y decisiones a aquellos a quienes afectan. La exigibilidad requiere que se establezcan mecanismos para supervisar el cumplimiento de las normas establecidas por parte de los proveedores de servicios y de las instituciones públicas, se impongan sanciones por incumplimiento y se asegure que se toman las medidas correctoras y reparadoras apropiadas cuando sea necesario.

Unos mecanismos eficaces de rendición de cuentas incluirían el monitoreo, las reparaciones y la participación. El monitoreo es un requisito previo para que los políticos hagan políticas de salud informadas sobre, por ejemplo, la SDSR. Asimismo, los estados deben establecer órganos de supervisión que puedan controlar las acciones del sistema de salud y de su personal para asegurar que se cumplen las políticas<sup>37</sup>. Una rendición de cuentas efectiva requiere de la participación de la sociedad, incluyendo la de los grupos vulnerables. Esto es especialmente relevante para la SDSR, la cual es una cuestión delicada para muchos. Por lo tanto, únicamente garantizando la participación de mujeres y

niñas se pueden prestar servicios de una manera aceptable. Sin participación, las mujeres y las niñas no pueden obtener el conocimiento ni la información necesaria sobre su SDSR, lo que las empodera para reclamar estos derechos<sup>38</sup>.

#### **3.1.4 PERTINENCIA CULTURAL**

Según la Observación General no. 14 "Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate". Un ejemplo del derecho a recibir servicios de salud culturalmente apropiados se encuentra en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que estipula que los pueblos indígenas tienen "derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital"<sup>39</sup>. En el caso de la SDSR, el término "culturalmente apropiado" suele malinterpretarse. Servicios de salud culturalmente apropiados hacen referencia a ser respetuosos con la cultura y las percepciones culturales de los titulares de derechos, por lo que no debe ser interpretado como una vía de escape de los titulares de deberes u otros para obstruir o no respetar la SDSR de las mujeres, usando como argumento que va contra las normas y sistemas culturales o religiosos. El Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres subraya que ni los estados ni los prestadores de servicios pueden negarse a prestar servicios de salud sexual y reproductiva debido a "objeciones de conciencia" y, en caso de que se produzcan tales situaciones, se debe asegurar que la mujer sea derivada a un prestador de salud alternativo<sup>40</sup>. Además, independientemente de su pertinencia cultural, los estados y otros no deben "restringir el acceso de las mujeres a los servicios de salud basándose en que no tienen la autorización de sus esposos, socios, padres o autoridades sanitarias porque son solteras o porque son mujeres"<sup>41</sup>.

#### **3.1.5 TOMA DE DECISIONES INFORMADA**

Para respetar la SDSR de las mujeres es fundamental garantizar que las decisiones tomadas en relación con la salud sexual y reproductiva se tomen de manera autónoma. La autonomía reproductiva es un principio muy conocido dentro de la legislación sanitaria y asegura que un ser humano no está sujeto a intervenciones no deseadas<sup>42</sup>. El acceso a la toma de decisiones libre, previa, plena e informada es un tema central de la ética médica y está incorporado en la legislación de derechos humanos. La información, el asesoramiento y el apoyo debieran ser accesibles a todas las personas sin discriminación y prestando especial atención a los jóvenes<sup>43</sup>.

### 3.1.6 PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

El derecho a la privacidad es un derecho humano garantizado en el PIDCP<sup>44</sup>, e incluye el derecho a la autonomía personal. En relación con la SDSR, el derecho a la privacidad significa que cuando las personas buscan información y servicios de salud, no deben estar sujetas a interferencias en su privacidad. De acuerdo con la Declaración de Beijing, el derecho a la privacidad también incluye el derecho a controlar y decidir libre y responsablemente sobre aspectos de la sexualidad y la vida sexual<sup>45</sup>. Los servicios de salud sexuales y reproductivos son cuestiones delicadas para muchas personas, por lo que la confidencialidad -el deber del personal sanitario de no divulgar información ni datos privados sobre la salud- es crucial para asegurar la SDSR <sup>46</sup>.

## 3.2 LA DAAC Y LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Esta sección describe los criterios de DAAC en relación con los servicios clave de la SDSR. El análisis no es en modo alguno exhaustivo. Más bien, pretende ser una inspiración para los actores en el área de la SDSR que deseen aplicar el enfoque de DAAC al trabajo programático.

### 3.2.1 LA DAAC Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El objetivo de asegurar el acceso universal a una gama completa de métodos de planificación familiar seguros y confiables y a servicios de salud relacionados consiste en asistir a parejas e individuos a lograr sus objetivos reproductivos y a tener la oportunidad de tener hijos por elección<sup>47</sup>. La planificación familiar se refiere a la posibilidad de que los individuos y las parejas anticipen y alcancen el número deseado de niños y el espaciamiento en tiempo y momento de su nacimiento. La capacidad de las mujeres para espaciar y limitar sus embarazos tiene un impacto directo en su salud y bienestar, así como en la salud y el bienestar de los bebés<sup>48</sup>. El PdA de la CIPD se pronuncia enérgicamente en contra de la coerción y las medidas forzosas de planificación familiar y subraya el principio de libre elección informada como requisito esencial para el éxito de los programas de planificación familiar en el largo plazo<sup>49</sup>. Según la Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud, la planificación familiar en relación con la salud sexual y reproductiva debe cumplir con los criterios de DAAC:

<b>Disponibilidad</b>	Se refiere a la existencia de educación, información y servicios de planificación familiar en cantidad suficiente. Esto incluye métodos de prevención tales como, por ejemplo, los anticonceptivos.
<b>Accesibilidad</b>	Se refiere a la distancia geográfica y al costo de la planificación familiar, así como si los servicios de planificación familiar se prestan de manera no

discriminatoria y con información adecuada. Por lo tanto, los establecimientos de planificación familiar deben estar dentro del alcance físico seguro de sus usuarios y deben ser asequibles para todos, especialmente para las personas de bajos recursos. Todos deben tener acceso a la información relacionada con la planificación familiar, como los métodos de prevención, al mismo tiempo que se garantiza también el derecho a la intimidad y a la protección de los datos personales. Los servicios de planificación familiar deben estar siempre libres de discriminación basada en motivos prohibidos.

**Aceptabilidad** Hace referencia al respeto por parte de la información, educación y servicios de planificación familiar a la ética médica y a la cultura de los diferentes grupos. Esto podría incluir asesoramiento y educación sobre planificación familiar que tenga en cuenta las cuestiones de género, para garantizar que se adapta a las necesidades específicas de las comunidades y de las personas, por ejemplo, de mujeres y niñas.

**Calidad** Se refiere a los requisitos de información, educación y servicios de planificación familiar necesarios para que sean científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, trabajadores del área de la salud calificados con capacitación en planificación familiar, que los estándares de los métodos planificación familiar proporcionados tengan una garantía de calidad, p.ej. la validez de las píldoras anticonceptivas o los anticonceptivos, así como el asesoramiento sobre sus efectos secundarios.

En definitiva, proporcionar una planificación familiar voluntaria de acuerdo con los criterios de DAAC se centra en garantizar que los métodos eficaces de anticoncepción, así como la información y la educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva estén disponibles, accesibles, sean aceptables y de buena calidad.

### **3.2.2 LA DAAC Y EL ABORTO SEGURO**

El aborto es un tema delicado dentro del campo de la SDR, ya que la legalidad y las leyes sobre el aborto varían de un país a otro. De acuerdo con el PdA de la CIPD, los servicios de aborto, así como los cuidados posteriores al aborto, están entre las responsabilidades del sistema de salud, en todo aquello que no vaya en contra de la ley. El ex Relator Especial sobre el derecho a la salud, Anand Grover,

ha influido para que el aborto sea legalizado, al menos en casos de emergencia médica o agresión sexual<sup>50</sup>. La Observación General no. 22 muestra una postura decidida a favor de la legalización: "Hay muchas leyes, políticas y prácticas que socavan la autonomía y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, la penalización del aborto o las leyes restrictivas al respecto."<sup>51</sup>. De acuerdo con la Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud, los servicios de aborto y de atención post-aborto en relación con la salud sexual y reproductiva deben cumplir con los criterios de DAAC:

- Disponibilidad** Se refiere a la existencia de establecimientos de salud con personal y equipamiento que realice abortos seguros y efectivos, ya sea médico o quirúrgico, así como que preste atención post-aborto<sup>52</sup>.
- Accesibilidad** Se refiere a la distancia geográfica y al costo de los servicios de aborto, así como si los servicios de aborto se prestan sobre una base no discriminatoria y con información adecuada. Así, los establecimientos que realizan abortos deben estar dentro del alcance físico seguro de sus usuarios; la OMS recomienda que no sea más de dos horas de viaje<sup>53</sup>. Los criterios de asequibilidad exigen que las mujeres puedan acceder a los servicios legales de aborto, independientemente de su capacidad para pagarlos, y la OMS recomienda que a la mujer nunca se le debe negar o retrasar un procedimiento abortivo por motivos de imposibilidad para pagar<sup>54</sup>. Las mujeres deben tener acceso a la información relativa a los servicios de aborto y recibir asesoramiento en sus procesos de decisión sobre practicar un aborto. Sin embargo, es crucial que la prestación de asesoramiento a las mujeres sea voluntaria, confidencial y libre. El aborto y la atención post-aborto deben ser siempre libres de discriminación basada en motivos prohibidos y la discriminación potencial contra las mujeres que buscan servicios de aborto debe ser abordada.
- Aceptabilidad** Hace referencia al respeto de la ética médica y de la cultura de las personas en la prestación del servicio de aborto y la atención post-aborto. Según las directrices de la OMS sobre el aborto<sup>55</sup>, es más probable que las mujeres encuentren un método de aborto (médico o quirúrgico) aceptable si lo han elegido ellas mismas. Por lo tanto, asegurar que la mujer sea incluida e informada en el proceso de toma de decisiones es una forma de asegurar la aceptabilidad.



**Calidad** Se refiere a los requisitos para que el aborto y la atención post-aborto sean científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal de salud calificado que pueda realizar abortos de acuerdo con los métodos recomendados por la OMS para realizar abortos y atender las complicaciones del aborto, así como el equipamiento necesario para llevar a cabo el aborto, incluyendo las condiciones de salud subyacentes, como p.ej. el agua potable.

En definitiva, la prestación de servicios de aborto y la atención post-aborto de acuerdo con los criterios de DAAC se centra en asegurar que los establecimientos y el personal sanitarios, estén preparados para realizar abortos, así como capacitados para proporcionar información y asesoramiento a las mujeres, y de buena calidad.

### **3.2.3 LA DAAC Y LA ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y EL PARTO SEGURO**

La atención pre y post-natal se ocupa de los servicios que se prestan durante el período de tiempo que resulta crítico para la madre y el niño hasta y después del nacimiento. La atención pre natal incluye la revisión, la prevención y el tratamiento de una serie de enfermedades, p.ej. la malaria y la hipertensión, que pueden perjudicar la salud de la mujer o del feto. Una atención adecuada antes y después del parto es crucial para asegurar que las complicaciones en los embarazos, próximas al parto o después del nacimiento no tengan consecuencias fatales ni para la madre ni para el recién nacido<sup>56</sup>. Según la Observación General no. 14, el cuidado pre y post-natal en relación con la salud sexual y reproductiva debe cumplir con los criterios de DAAC:

**Disponibilidad** Se refiere a la existencia de establecimientos de salud con personal y equipamiento para realizar visitas prenatales. La OMS recomienda al menos cuatro visitas prenatales durante el embarazo, de las cuales al menos una tiene que tener lugar dentro del primer trimestre del embarazo<sup>57</sup>. La atención post-natal debe tener lugar dentro de los dos días posteriores al nacimiento. Además, para garantizar un parto seguro, la disponibilidad de un centro de salud, así como de personal calificado es crucial.

**Accesibilidad** Se refiere a la distancia geográfica y al costo de la atención pre- y post-natal, y si esta atención se presta de manera no discriminatoria y con información adecuada. Por lo tanto, los centros de atención pre- y post-natal deben estar dentro del alcance físico seguro de sus usuarios. El cuidado pre- y post-

natal debe ser asequible para todos y no suponer una carga desproporcionada para personas de bajos recursos. La información sobre salud y bienestar durante y después del embarazo y del parto es clave para una buena salud materna. La prestación de atención pre y post-natal debe estar siempre libre de discriminación basada en motivos prohibidos.

- Aceptabilidad** Se refiere al respeto de la ética médica y la cultura de las personas a la hora de prestar atención pre- y post-natal. Asegurar que las mujeres encuentren centros de salud aceptables en términos de, p.ej. cultura, religión, género, etc. es crucial para lograr aumentar la probabilidad de que las mujeres reciban atención pre- y post-natal y opten por dar a luz con asistencia sanitaria especializada.
- Calidad** Hacer referencia a que los requisitos de la atención pre- y post-natal sean científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, de personal sanitario calificado y que la atención se preste de acuerdo con las directrices de la OMS<sup>58</sup>.

En definitiva, la prestación de atención pre- y post-natal de acuerdo con los criterios de DAAC se centra en asegurar que los centros de salud estén equipados y cuenten con personal sanitario cualificado, así como que la información sobre el parto y el cuidado pre- y post-natal estén disponibles, accesibles y sean aceptables y de buena calidad.

### **3.2.4 LA DAAC Y LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

De entre una serie de infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH es quizás la más conocida. La prevención y el tratamiento eficaces de las ITS requieren una combinación de servicios que incluyen servicios preventivos (educación sexual, distribución de anticonceptivos y promoción del comportamiento de búsqueda de atención sanitaria) y de tratamiento (detección de síntomas, diagnóstico y manejo de enfermedades). En conjunto, los servicios preventivos y aquellos relacionados con el tratamiento se conocen como la gestión integral de casos de ITS por parte de la OMS<sup>59</sup>. De acuerdo con la Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud, la prevención y el tratamiento de las ITS en relación con la salud sexual y reproductiva debe cumplir con los criterios de DAAC:

- Disponibilidad** Se refiere a la existencia de centros de salud, bienes y servicios para la prevención y el tratamiento de las ITS. Esto incluiría, entre otras cosas, servicios de prevención (p.ej.

anticonceptivos), equipamiento para el diagnóstico y fármacos para el tratamiento de acuerdo con la gestión integral de casos.

- Accesibilidad** Hace referencia a la distancia geográfica y al costo de buscar el tratamiento de las ITS, así como si los servicios de prevención y tratamiento se prestan de manera no discriminatoria y brindando la información adecuada. De esta forma, los centros de tratamiento de las ITS deben estar al alcance físico seguro de sus usuarios. El tratamiento de las ITS debe ser asequible para todos y no suponer una carga desproporcionada para las personas de bajos recursos. El suministro de información sobre las ITS, incluido el comportamiento sexual sano y el cumplimiento del modo de administración, es clave tanto para la prevención como para el tratamiento de las ITS. El tratamiento integral de los casos de ITS debe estar siempre libre de discriminación basada en motivos prohibidos.
- Aceptabilidad** Se refiere al respeto de la ética médica y de la cultura de los grupos a la hora de proporcionar una gestión integral de los casos de ITS. Las personas que viven con VIH u otras ITS constituyen un grupo vulnerable, ya que a menudo están sujetas a estigmatización y a veces incluso a violaciones de derechos humanos tales como p.ej. diagnósticos y tratamientos coercitivos. De esta forma, resulta crucial asegurar que los servicios de prevención y tratamiento de las ITS son aceptables y prestados respetando la privacidad y confidencialidad.
- Calidad** Se refiere a los requisitos necesarios para que la gestión integral de los casos de ITS sea científica y médicamente apropiada y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, contar con personal sanitario cualificado, herramientas de diagnóstico confiables y que se preste la atención cumpliendo con las directrices de la OMS sobre este tema<sup>60</sup>.

En definitiva, proporcionar servicios de prevención y tratamiento de ITS de acuerdo con los criterios de DAAC se centra en asegurar que los centros de salud estén equipados, así como que los medicamentos básicos y la información sobre el comportamiento sexual y la prevención de ITS estén disponibles, accesibles, sean aceptables y de buena calidad.

### **3.3 INDICADORES ILUSTRATIVOS DE DAAC DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

El análisis de la DAAC de los servicios de la SDSR puede ser operacionalizado con mayor profundidad mediante la identificación de indicadores específicos de DAAC. El propósito de los indicadores es servir como herramienta de apoyo en la aplicación de un EBDH a la planificación, monitoreo y evaluación de proyectos de salud sexual y reproductiva, posicionando así firmemente las normas de derechos humanos como una meta de los esfuerzos de desarrollo.

Los indicadores ilustrativos se organizan en torno a estructura, proceso y resultados.

#### **3.3.1 INDICADORES ESTRUCTURALES:**

miden la aceptación y el compromiso del estado con la realización de los derechos humanos, mediante la adopción de marcos legislativos, políticos y normativos, políticas y mecanismos para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Los indicadores estructurales hacen referencia a la situación de ciertos documentos (ratificación de tratados, promulgación de leyes y adopción de políticas). Los indicadores estructurales rara vez se refieren a criterios específicos de la DAAC, pero resulta relevante analizar los diferentes documentos legales y políticos para evaluar si abordan adecuadamente los criterios de DAAC; p.ej. verificando si la política nacional sobre salud sexual y reproductiva cubre los cuatro criterios de la DAAC.

#### **3.3.2 INDICADORES DE PROCESO:**

miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. Los indicadores de proceso se refieren a la obligación de conducta del estado, la cual requiere acción estatal para lograr el disfrute de un derecho mediante la implementación de políticas y la asignación de recursos. Los indicadores de proceso suelen abordar criterios específicos de DAAC, aunque algunos pueden usarse para evaluar varios criterios; p.ej. el indicador "% de centros de atención de salud primaria que ofrecen servicios de SSR y de planificación familiar" se relaciona con los cuatro criterios de DAAC.

#### **3.3.3 INDICADORES DE RESULTADO:**

miden el nivel real de consecución de los derechos humanos desde la perspectiva de los titulares de derechos y recopila los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Los indicadores de resultado se refieren a la obligación de resultado del estado, que requiere que los estados alcancen metas específicas para satisfacer un nivel específico de derechos humanos. Los indicadores de

resultado a menudo miden los resultados combinados, derivados de abordar los criterios de DAAC junto con otros procesos complementarios, como el desarrollo de infraestructura sanitaria y el mejoramiento de la educación primaria y secundaria. Por ejemplo, el indicador de resultados "tasa de mortalidad materna" está influido por una variedad de factores, como el nivel general de educación, la nutrición adecuada y la infraestructura del sistema de salud. Por lo tanto, en los indicadores de resultado no siempre es posible evaluar específicamente los cuatro criterios de DAAC de forma individual.

Los indicadores de DAAC no deben considerarse un sistema de indicadores autónomo que funciona independientemente de los marcos de indicadores globales y nacionales existentes. Más bien es un análisis complementario que puede utilizarse para completar y llenar vacíos de los marcos de indicadores ya existentes. Por ejemplo, algunos de los indicadores definidos por otros marcos de indicadores y monitoreo se enfocan en el nivel de resultado, sin abordar directamente las causas del éxito o fracaso en el logro del indicador. Como ejemplo, el indicador "necesidad de anticoncepción no cubierta" ofrece poca ayuda a la hora de identificar por qué hay una necesidad no cubierta. Un análisis de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la anticoncepción puede arrojar luces sobre las causas fundamentales<sup>61</sup>.

Reconociendo la necesidad de evitar la duplicación, una de las prioridades ha sido la de hacer uso de los indicadores ya existentes a la hora de identificar los indicadores ilustrativos de DAAC. Esto incluye aquellos sugeridos para monitorear la CIPD<sup>62</sup> y los ODS, así como los utilizados en las estadísticas de salud de la OMS. Los indicadores se extraen de fuentes revisadas de acuerdo con la metodología de DAAC e incluyen elementos de todas las fuentes en la clasificación descrita anteriormente. Sin embargo, no se incluyen importantes sub-criterios de DAAC en el actual monitoreo internacional de los servicios de SSR. Estos incluyen, por ejemplo, la distancia de los centros, bienes y servicios (accesibilidad física) sanitarios y la percepción subjetiva de la aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud. En estos casos, a la tabla de indicadores genéricos de DAAC se agregan indicadores adicionales derivados de fuentes acreditadas y secundarias.

Los indicadores generales de DAAC sugeridos se presentan en la siguiente tabla. Algunos indicadores son comunes a lo largo de toda la gama de servicios de SSR, mientras que otros pertenecen a un elemento de un servicio particular. El origen del indicador está claramente marcado con referencias en la tabla y se añade el símbolo "#" para indicar la disponibilidad limitada de información sobre el indicador sugerido. Debajo de la tabla de indicadores, se proporciona una gráfica que enumera las fuentes

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES ESTRUCTURALES

DAAC INDICADORES	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo y cobertura de la política nacional sobre salud sexual y reproductiva<sup>4</sup></li> <li>• Aporte del gobierno en el gasto total de servicios de salud sexual y reproductiva<sup>1</sup></li> <li>• Línea presupuestaria dedicada a la adquisición de productos anticonceptivos<sup>1</sup></li> <li>• Se asignan recursos nuevos y / o aumentados a los servicios de salud sexual y reproductiva en los últimos dos años<sup>1</sup></li> <li>• Tratados internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho a la salud ratificados por el estado (cidesc / cdn / cetfdcm / icerd) <sup>4,7</sup></li> <li>• % del gasto público en salud destinado a la salud sexual y reproductiva<sup>7</sup></li> <li>• Gasto per cápita en salud sexual y reproductiva<sup>7</sup></li> <li>• ¿tiene el estado una ley que asegure el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva? <sup>7</sup></li> <li>• ¿tiene el estado una estrategia nacional de salud sexual y reproductiva y un plan de acción? <sup>7</sup></li> <li>• Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de entre 15 a 49 años el acceso a la atención, la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva<sup>3</sup></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea presupuestaria dedicada a la planificación familiar<sup>1</sup></li> <li>• ¿la ley estatal requiere una educación integral sobre salud sexual durante los años escolares obligatorios? <sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razones en las que se justifica y permite el aborto<sup>1</sup></li> <li>• Periodo y cobertura de la política nacional sobre aborto y determinación del sexo fetal<sup>4</sup></li> <li>• ¿permite la ley estatal el aborto? <sup>7</sup></li> </ul>		

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
<p><b>DISPONIBILIDAD</b> Los servicios de salud pública en funcionamiento deben estar disponibles en cantidad suficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de centros de atención de salud primaria que ofrecen servicios de SSR y de planificación familiar<sup>1</sup></li> <li>• % de instalaciones que ofrecen de manera confiable una gama de métodos, que abarcan 4 categorías de métodos anticonceptivos: a corto plazo; de acción larga reversible; permanente; y anticoncepción de emergencia<sup>1</sup></li> <li>• % de establecimientos que reportan no haber experimentado el agotamiento de un modelo anticonceptivo moderno en los últimos 6 meses<sup>1</sup></li> <li>• Disponibilidad de intervenciones educativas y de asesoramiento con enfoque de género<sup>6#</sup></li> <li>• % de centros de atención de salud primaria que prestan servicios integrales de planificación familiar (amplia gama de información sobre anticonceptivos, asesoramiento y provisiones de al menos seis métodos, incluidos masculinos y femeninos, temporales, permanentes y de emergencia)<sup>7</sup></li> <li>• Número de preservativos disponibles para su distribución a nivel nacional (durante los 12 meses anteriores) entre la población de 15 a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de establecimientos que ofrecen servicios de aborto seguro por cada 500.000 habitantes<sup>5</sup></li> <li>• % de centros de prestación de servicios que proporcionan tratamientos de aborto y / o post-aborto<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de establecimientos que ofrecen atención prenatal por cada 10.000 habitantes<sup>2</sup></li> <li>• Número de establecimientos que ofrecen atención postnatal por cada 10.000 habitantes<sup>2</sup></li> <li>• % de partos atendidos por personal sanitario capacitado<sup>1,2,3,7</sup></li> <li>• Cobertura de los servicios de salud básicos (definida como la cobertura media de los servicios básicos que incluye programas de intervención en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de centros de salud de atención primaria con exámenes disponibles de diagnóstico rápido de ITS<sup>1</sup></li> <li>• % de centros de salud con profilaxis post-exposición disponibles<sup>8</sup></li> <li>• % de establecimientos de salud que ofrecen TARV<sup>8</sup></li> <li>• % de establecimientos de salud que dispensan TARV<sup>8</sup></li> <li>• % de centros de salud que proporcionan tratamiento anti-retro vírico con</li> </ul>

	<p>49 años<sup>7</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de centros de prestación de servicios de planificación familiar que ofrecen asesoramiento sobre la doble protección contra las infecciones de transmisión sexual/VIH y los embarazos no deseados<sup>7</sup></li> </ul>		<p>reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, y la capacidad y acceso a los servicios, entre la población más desfavorecida)<sup>3</sup></p>	<p>análisis de CD4, de acuerdo con las directrices o políticas nacionales, ya sea en el mismo centro o a través de derivación<sup>8</sup></p>
--	---	--	--	---



## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

ACCESIBILIDAD	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
<b>ACCESIBILIDAD FÍSICA</b> Los servicios de salud deben estar dentro del alcance físico seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de la población que vive a menos de dos horas de tiempo de viaje de los centros de salud que ofrecen servicios de SSR<sup>1</sup></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Existen servicios móviles cercanos para mejorar el acceso de las poblaciones que enfrentan barreras geográficas de acceso?<sup>6</sup> #</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Población que vive a 2 horas de tiempo de viaje de un centro que proporciona servicios de aborto seguro<sup>5</sup></li> </ul>		
<b>ACCESIBILIDAD ECONÓMICA</b> Los servicios de salud deben ser asequibles para todos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pagos extra para salud (% del gasto actual en salud)<sup>2</sup></li> <li>% de la población protegida contra gastos catastróficos/empobrecedores extra de salud<sup>#</sup></li> <li>% de la población protegida contra el empobrecimiento por gastos extra de salud<sup>#</sup></li> <li>% de hogares protegidos de incurrir en gastos sanitarios catastróficos extra<sup>#</sup></li> </ul>			
<b>ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN</b> El derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre temas relativos a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provisión de información, educación y asesoramiento comprobados como válidos para asegurar la información<sup>6</sup> #</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de personas desprovistas de información sobre: a) atención materna y neonatal (b) servicios de planificación familiar (c) tratamiento de aborto y post aborto (d) prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual<sup>7</sup>#</li> </ul>			
<b>NO DISCRIMINACIÓN</b> Los servicios de salud deben ser accesibles a todos, especialmente a los más vulnerables o marginados, sin discriminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasa de denegación de consultas médicas, por grupo objetivo <sup>4</sup>#</li> </ul>			

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
<p><b>ACEPTABILIDAD</b> Los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Están los centros de salud dotados de personal, espacio físico para asesoramiento y materiales educativos apropiados para los diferentes niveles de alfabetización, comprensión y diversidad cultural y aceptabilidad, incluyendo el idioma y el formato que es accesible para los clientes?<sup>9</sup></li> <li>• ¿Las instalaciones de salud proporcionan un entorno propicio para salvaguardar la privacidad y la confidencialidad, incluyendo cuando los clientes revelan y hablan de sus experiencias de violencia conyugal y/o violencia sexual? (por ejemplo, carteles en espacios públicos como salas de espera, salas de examen, pasillos)<sup>9</sup></li> </ul>			

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
<b>CALIDAD</b> Los servicios de salud deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico cualificado, medicamentos aprobados científicamente y no vencidos y equipamiento hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos que aseguran una elección informada<sup>1#</sup></li> <li>• ¿Se respeta la privacidad a través de la provisión de información y servicios, incluyendo la confidencialidad de la información médica y de otra información personal?<sup>6#</sup></li> <li>• ¿Existe garantía de calidad para asegurar el cumplimiento de las normas médicas?<sup>6</sup></li> <li>• ¿Se capacita al personal sanitario para impartir educación, entregar información y servicios de acuerdo con las normas de la OMS?<sup>6#</sup></li> <li>• % de profesionales de la salud que han recibido capacitación sobre: la confidencialidad de la información personal sobre la salud y el requisito del consentimiento informado para aceptar/rechazar el tratamiento<sup>7#</sup></li> <li>• % de personas que creen que la información personal revelada a los profesionales de la salud permanece confidencial<sup>7#</sup></li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de prestación de servicios que utilizan los métodos recomendados por la OMS para el aborto inducido<sup>5</sup></li> <li>• Centros de prestación de servicios que utilizan los métodos recomendados por la OMS para tratar las complicaciones del aborto<sup>5</sup></li> </ul>		

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

	PLANIFICACIÓN FAMILIAR INCLUYENDO EDUCACIÓN SEXUAL	ABORTO	ATENCIÓN PRE Y POST-NATAL Y PARTO SEGURO	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS
<p><b>CALIDAD</b> Los servicios de salud deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico cualificado, medicamentos aprobados científicamente y no vencidos y equipamiento hospitalario</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos que aseguran una elección informada<sup>1#</sup></li> <li>• ¿Se respeta la privacidad a través de la provisión de información y servicios, incluyendo la confidencialidad de la información médica y de otra información personal? <sup>6#</sup></li> <li>• ¿Existe garantía de calidad para asegurar el cumplimiento de las normas médicas? <sup>6</sup></li> <li>• ¿Se capacita al personal sanitario para impartir educación, entregar información y servicios de acuerdo con las normas de la OMS? <sup>6#</sup></li> <li>• % de profesionales de la salud que han recibido capacitación sobre: la confidencialidad de la información personal sobre la salud y el requisito del consentimiento informado para aceptar/rechazar el tratamiento <sup>7#</sup></li> <li>• % de personas que creen que la información personal revelada a los profesionales de la salud permanece confidencial <sup>7#</sup></li> </ul>			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de prestación de servicios que utilizan los métodos recomendados por la OMS para el aborto inducido<sup>5</sup></li> <li>• Centros de prestación de servicios que utilizan los métodos recomendados por la OMS para tratar las complicaciones del aborto<sup>5</sup></li> </ul>		

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

<p><b>RENDICIÓN DE CUENTAS</b> El derecho a la salud debe estar sujeto a los principios de respeto, protección y cumplimiento + acceso a recursos judiciales efectivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se están supervisando y evaluando los programas para garantizar la más alta calidad y respeto de los derechos humanos?<sup>6#</sup></li> </ul>
<p><b>PARTICIPACIÓN</b> Participación de la población en todos los procesos de toma de decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se les da a las comunidades, particularmente a las personas directamente afectadas, la oportunidad de participar de manera significativa en todos los aspectos de la programación y diseño, implementación y monitoreo de políticas?<sup>6#</sup></li> </ul>

## SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – INDICADORES DE PROCESO

<b>RESULTADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de mujeres y hombres que nunca se han casado de entre 15 a 24 años que usan condón en el último sexo<sup>1</sup></li> <li>• Tasa de natalidad de los adolescentes<sup>1,2,3</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad (por cada 1.000 nacimientos totales)<sup>2</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad materna<sup>2,3,4,7</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)<sup>3,7</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad perinatal<sup>4</sup></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de adolescentes que han recibido educación sexual integral y sobre la salud sexual y reproductiva, igualdad de género y derechos humanos de entre los adolescentes dentro o fuera de la escuela<sup>1</sup></li> <li>• Tasa de prevalencia de anticonceptivos<sup>2</sup></li> <li>• Satisfacción de la demanda de planificación familiar con métodos modernos<sup>2</sup> / Proporción de mujeres de entre 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas respecto a las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de la salud reproductiva<sup>3</sup></li> <li>• Porcentaje de mujeres que conocen los métodos anticonceptivos<sup>7</sup></li> <li>• % de mujeres en riesgo de quedarse embarazadas que están usando (o cuyo compañero está usando) un método anticonceptivo (todos los métodos)<sup>7</sup></li> <li>• % de personas de 15 a 19 años que han recibido educación integral sobre salud sexual en la escuela<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisiones obstétricas y ginecológicas debidas al aborto<sup>5</sup></li> <li>• Tasa de hospitalización por aborto inseguro por cada mil mujeres<sup>5</sup></li> <li>• Abortos por cada 1.000 nacidos vivos<sup>5</sup></li> <li>• Muertes maternas atribuidas al aborto<sup>5</sup></li> <li>• Tasa de abortos (número de abortos por cada 1.000 mujeres en edad fértil)<sup>7</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de atención prenatal<sup>2</sup></li> <li>• Tasa de natalidad entre los adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad<sup>3</sup></li> <li>• Cobertura de atención postparto<sup>2</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad de menores de 5 años<sup>3</sup></li> <li>• Tasa de mortalidad neonatal<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de transmisión de VIH de madre a hijo<sup>1</sup></li> <li>• Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan los conceptos erróneos más importantes sobre el VIH<sup>1</sup></li> <li>• Tasa de prevalencia del VIH juvenil<sup>1</sup></li> <li>• Tasa de incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>2</sup></li> <li>• Cobertura de terapia antirretroviral (TARV)<sup>2</sup></li> <li>• Número de personas con VIH positivo recibiendo atención desde los últimos 12 meses<sup>2</sup></li> <li>• Número de nuevas infecciones de VIH por cada 1.000 personas no infectadas, por sexo, edad y grupos de población clave<sup>3</sup></li> <li>• % de personas de 15 a 24 años que saben cómo prevenir la infección por el VIH<sup>7</sup></li> <li>• Prevalencia del VIH en subgrupos de población con comportamientos de alto riesgo<sup>7</sup></li> </ul>

<b>FUENTES DE LOS INDICADORES</b>	
<b>1</b>	CIPD Más Allá de 2014
<b>2</b>	OMS 2015. 100 Indicadores Básicos de Salud
<b>3</b>	Indicador de los ODS
<b>4</b>	ACNUDH 2012. Indicadores ilustrativos sobre el derecho a la salud
<b>5</b>	OMS 2012: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud
<b>6</b>	OMS 2014: Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones.
<b>7</b>	Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud 2006: E/CN.4/2006/48
<b>8</b>	ONUSIDA 2007: Indicadores básicos para los Programas Nacionales del SIDA. AGNU. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos.
<b>9</b>	OMS / FPNU 2015: Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción, Guía de implementación
<b>#</b>	Disponibilidad limitada de datos (indicador no evaluado actualmente / disponibilidad insuficiente de datos / no recibe calificación "A" en factibilidad por parte del Comité Estadístico de la ONU)

# NOTAS FINALES

- <sup>1</sup> Declaración de Beijing art.30; CIPD art 7.3
- <sup>2</sup> PIDESC art. 12; corroborado por en la CEDAW, CRPD
- <sup>3</sup> Asamblea General de la ONU, 2015: Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para un análisis en profundidad de los vínculos entre los derechos humanos y los ODS, consulte la Guía de los Derechos Humanos para los ODS en <http://sdg.humanrights.dk/>, y el análisis de las cuestiones temáticas clave dentro de la Agenda 2030 en [www.humanrights.dk/our-work/sustainable-development/human-rights-sdgs](http://www.humanrights.dk/our-work/sustainable-development/human-rights-sdgs)
- <sup>4</sup> Objetivo 3 sobre garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y Objetivo 5 sobre lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
- <sup>5</sup> CIPD 1994, FNUAP 2014, A/66/254 2011
- <sup>6</sup> CIPD 1994, FNUAP 2014
- <sup>7</sup> E./CN.4/2004/49 párr. 20(c)
- <sup>8</sup> CIDESC Art. 12 (2)(d)
- <sup>9</sup> Por ejemplo: Haciendo Cuentas 2014 (FNUAP); Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios e información de anticoncepción 2014 (OMS); Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción, Guía de implementación, 2015 (OMS y FNUAP)
- <sup>10</sup> <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> y <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5> Para un análisis general de los vínculos entre los derechos humanos y los ODS, consulte <http://sdg.humanrights.dk/>
- <sup>11</sup> CIPD párr. 7.3
- <sup>12</sup> En la bibliografía de Derechos Humanos, estos se conocen generalmente como “Las Directrices de Maastricht sobre las Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1997), basadas en “Los Principios de Limburgo sobre la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, 1987
- <sup>13</sup> ACNUDH (2006: 2)
- <sup>14</sup> Observación General no. 14 sobre el derecho a la salud, párr. 44
- <sup>15</sup> E/C.12/1/Add.105; E/C.12/1/Add.98; E/C.12/BRA/CO/2
- <sup>16</sup> PIDCP, 1966
- <sup>17</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental 2004
- <sup>18</sup> CIPD Más Allá de 2014



- <sup>19</sup> Meta 5.6: “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen”. Los dos indicadores relacionados con la meta 5.6 reafirman la impronta de la SDSR: 5.6.1: “Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva” and 5.6.2: “Numero de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años de edad el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia”  
<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>
- <sup>20</sup> CIPD, 1994, párr. 7.3
- <sup>21</sup> CIPD, 1994, capítulo 7.A.
- <sup>22</sup> Siempre que no vaya en contra de la ley
- <sup>23</sup> CIPD párr. 7.3
- <sup>24</sup> FNUAP 2014: Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos: Manual para Institutos Nacionales de Derechos Humanos; OMS/Secretario General de las Naciones Unidas 2010: Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño
- <sup>25</sup> Planificación familiar: un Manual Mundial para Proveedores OMS. 2011
- <sup>26</sup> Observación General, párr. 9-10.
- <sup>27</sup> <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>
- <sup>28</sup> CIPD Más Allá de 2014, p. 11
- <sup>29</sup> Siempre que no vaya en contra de la ley
- <sup>30</sup> Observación General no. 22, párr 15-19, en línea con la Observación General no. 14, párr. 12 (b)
- <sup>31</sup> Observación General no. 14, sobre el derecho a la salud, párr.18
- <sup>32</sup> Declaración de Beijing, párr. 95; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, párr.14.
- <sup>33</sup> FNUAP 2014; E/CN.4/2006/48, párr. 49
- <sup>34</sup> CIPD párr. 7.7.
- <sup>35</sup> OMS 2015: Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción: Guía de implementación
- <sup>36</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Centro de Derechos Económicos y Sociales (2013): ¿Quién Será responsable?
- <sup>37</sup> Toebes et al. 2012. Salud y derechos humanos en Europa. Intersentia.
- <sup>38</sup> OMS 2015: Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción: Guía de implementación

- <sup>39</sup> Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, art.24
- <sup>40</sup> Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer no. 24, párr. 11.
- <sup>41</sup> Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer no. 24, párr. 11. La siguiente calificación otorgada por la Observación General no.22, párr.20 es de relevancia para este contexto: “Todos los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital. Sin embargo, ello no se puede utilizar para justificar la negativa a proporcionar establecimientos, bienes, información y servicios adaptados a grupos específicos.”
- <sup>42</sup> Toebes et al. 2012. Salud y derechos humanos en Europa. Intersentia.
- <sup>43</sup> OMS 2015: Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción: Guía de implementación
- <sup>44</sup> PIDCP art. 23 párr. 14
- <sup>45</sup> Declaración de Beijing párr. 96
- <sup>46</sup> OMS 2015: Garantizar los derechos humanos en la prestación de servicios de anticoncepción: Guía de implementación
- <sup>47</sup> CIPD PdA, párrafo 7.16
- <sup>48</sup> OMS 2014: Garantizar los derechos humanos en la prestación de información y servicios de anticoncepción: Guía y recomendaciones
- <sup>49</sup> CIPD 1994 párr 7.12
- <sup>50</sup> Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental 2011, Visita a Guatemala
- <sup>51</sup> Observación General no. 22, párr. 34
- <sup>52</sup> OMS: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud
- <sup>53</sup> OMS: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud
- <sup>54</sup> OMS: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud
- <sup>55</sup> OMS: Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud
- <sup>56</sup> OMS 2012: Recomendaciones sobre salud materna y perinatal
- <sup>57</sup> OMS 2015: Lista de Referencia Mundial de los 100 Indicadores Básicos de Salud
- <sup>58</sup> OMS 2012: Recomendaciones sobre salud materna y perinatal
- <sup>59</sup> OMS 2003: Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- <sup>60</sup> OMS 2003: Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- <sup>61</sup> OMS 2015: 100 Indicadores Básicos de Salud
- <sup>62</sup> CIPD Más Allá de 2014



**INSTITUTO DANÉS  
DE DERECHOS  
HUMANOS**