

INDICADORES DE DERECHOS HUMANOS. CONEXIÓN E INTERDEPENDENCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS CON LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

En este apartado vamos a tratar de establecer una relación sistemática de indicadores de derechos humanos, a partir del principio de interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos. Desde ahí, trataremos de ver cómo a partir de una consideración y reflexión general de los derechos humanos – civiles, políticos, sociales y culturales -, se infieren y deducen conexiones para especificar indicadores de derechos humanos, desde el punto de vista y perspectiva de los derechos de las mujeres. Esto es transitar de lo global y abstracto – el bloque general de derechos humanos -, a lo específico, es decir, ver cómo se especifica el discurso de derechos humanos como exigencia propia de los derechos de las mujeres; cómo este es pautado, apropiado y modulado desde la exigencia propia del discurso de las mujeres.

Para ello procederemos en dos momentos. Uno introductorio, en donde se tratará de establecer una visión general de la importancia de los derechos de las mujeres para desarrollar indicadores específicos y de las líneas generales que este abordaje exige e implica. Un segundo momento, en donde se procederá al desarrollo específico de esos indicadores, a partir de un núcleo matricial, como es el derecho a la *vida-fecundidad* y su conexión específica con los derechos de las mujeres. Derecho a la vida de las mujeres que se extiende y amplifica en un sentido positivo, a partir de las posibilidades que otorgan la interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos como metodología para entender la profundidad y alcance de los derechos, siempre desde la perspectiva de las mujeres.

A modo de introducción

Hablar de igualdad de género(s) y conectarlo, específicamente, con los derechos de las mujeres, implica reorientar la igualdad a la capacitación interdependiente de todos los derechos, en donde la dimensión participativa juega un papel fundamental para fortalecer el resto. Ello conecta, necesariamente, con dos dimensiones que demandan todos los esfuerzos para avanzar en un ejercicio real de los derechos de las mujeres, como son: derechos reproductivos y derecho a la vida libre de discriminación y violencia.

Ello demanda traer a colación los contextos culturales en los que las mujeres producen, reproducen y desarrollan su vida. Las creencias, actitudes y prácticas culturales y religiosas tienen enorme repercusión en la vida y capacidad de elección de mujeres y niñas. Los derechos culturales, por tanto, matizan y moldean los derechos de las mujeres, tal y como estos son entendidos en abstracto en Occidente, es decir, sin atributos culturales. La especificidad concreta de un derecho, en donde nos jugamos su realización y garantía, tiene que ver, muchas veces, en última instancia, con el contexto cultural donde arraiga y desde donde se interpreta. Con mucha más evidencia si hablamos de los derechos de las mujeres, en los que entran a discernimiento intercultural dos principios tan fundamentales como no-discriminación e igualdad, principios fundamentales para asegurar el derecho a la vida en un sentido pleno. La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres sólo podrán hacerse asumiendo y comprendiendo los nichos culturales en los que éstas habitan y se expresan. Ello constituye un reto fundamental para el imaginario occidental de derechos humanos; así como para el imaginario feminista arraigado en Occidente, a estructuras estrictamente liberales.

Hablar de derechos humanos y derechos de las mujeres implica poder arraigarse normativamente en un texto de consenso, que exige, todavía, una dilatada interpretación intercultural. Nos referimos a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEFDM), junto con sus Comentarios y Recomendaciones Generales. En este texto se fijan una serie de categorías normativas interesantes – igualdad, discriminación, derechos de las mujeres - que deben transversalizarse a otras lecturas de derechos, desde mediaciones culturales concretas. La Convención es el texto normativo, que en el marco del Derecho internacional de derechos humanos, sintetiza y despliega filosófica y normativamente cómo entender, proyectar y transversalizar la igualdad de género, desde el punto de vista de derechos de las mujeres, a todos los espacios de la vida.

Avanzar en el angosto y difícil camino del desarrollo de indicadores para la cooperación internacional, desde la perspectiva de los derechos de las mujeres, implica asumir y tener en cuenta los avances y logros alcanzados, de manera complementaria, desde las políticas de igualdad y desde procesos políticos de *mainstreaming*. Estos dos enfoques diferenciados nos ubican en procesos para la consecución de la igualdad real. Ello debe ir acompañado por la dimensión económica: esto es la creación de presupuestos específicos para impulsar políticas de igualdad y de *mainstreaming*. Esta formulación es esencial para poder entender y avanzar en la sistematización de indicadores que permitan implementar los derechos de las mujeres en el ámbito de la cooperación internacional. Es imposible hablar de transversalización e integración de la igualdad de género y de todas sus exigencias, en todos los ámbitos de la vida, si no se establecen criterios e indicadores para entender estas cuestiones desde una perspectiva presupuestaria específica.

El *mainstreaming* es un proceso político a la vez que técnico. Implica nuevas maneras de idear y enfocar políticas, cambios en la cultura organizativa e institucional que orientarán y vehicularizarán alteraciones en las estructuras sociales y, específicamente, en las de cooperación internacional. Contempla la plena participación de la mujer en todos los aspectos de la vida, así como el análisis de todas las propuestas desde una perspectiva de igualdad de género. Implica la integración de las políticas específicas en las políticas generales; en la mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos, incorporando una perspectiva de igualdad de género en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, involucrando a todos/as los actores. El *mainstreaming* implica un proceso de valoración de las implicaciones, para mujeres y hombres, de todo plan de acción diseñado por las políticas de cooperación, incluyendo legislación interna, planes directores, políticas y programas de cooperación, en cualquiera área y a todos los niveles.

Hablar de *mainstreaming*, desde el punto de vista de la CID, poniendo el énfasis en la necesidad de desarrollar unos indicadores específicos útiles para tal propósito, exigiría hablar de unas líneas prioritarias de trabajo en las que ensayar este proceso. Estas líneas prioritarias, que exigirían una investigación en específico, serían:

- Derechos humanos, género, igualdad y cultura
- Salud reproductiva
- Violencia sexo-específica
- Adolescencia y juventud

- Situaciones de emergencia y post-emergencia
- Hombres y adolescentes

Como se ha señalado, afrontar en toda su intensidad política en reto del *mainstreaming* exige y demanda la realización de presupuestos orientados específicamente a la promoción, protección y desarrollo de los derechos de las mujeres. Tasar en concreto, de manera específica, y en su dimensión económica, el coste real de la igualdad de género, en todos los ámbitos que afecta, en sus diferentes dimensiones y escalas. En específico, como se traduce esto para la estructura e institucionalidad global de la CID.

Ello está en estricta consonancia con los objetivos de trabajos propuestos por el Fondo de Desarrollo de la Mujer de Naciones Unidas (UNIFEM), que de alguna manera anudan y dan consistencia a la propuesta de derechos e indicadores que realizaremos. Esos objetivos son:

- a) Reducción de la feminización de la pobreza y de la exclusión.
- b) Erradicación de cualquier forma de violencia contra las mujeres.
- c) Reducción de la transmisión de VIH/SIDA y cualquier enfermedad de transmisión sexual entre mujeres y niñas.
- d) consolidación de la igualdad de género en regímenes de estabilización democrática⁸⁸.

Nuestra propuesta se centrará específicamente en los puntos b) y c), orientados más específicamente en una lectura holística y específica del derecho a la vida, en lo que tiene de afectación e implicación estructural a la vida de las mujeres: los derechos reproductivos y de fecundidad.

En definitiva, los programas de igualdad de género orientados a los proyectos y políticas de cooperación deberán estructurarse en torno a dos principios fundamentales para poder avanzar en la profundización y garantía de los derechos de las mujeres, como son: participación e inclusión. Ello reclama articular de manera conjunta y articulada otros sujetos y actores, junto con movimientos de mujeres locales, nacionales e internacionales; a la vez que un conocimiento experto de mujeres en estas cuestiones. La exigencia última del *mainstreaming* es la implicación colectiva en un proceso político de transversalización de los derechos de las mujeres al más alto nivel. Generar un conocimiento colectivo en los proyectos, programas e institucionalidad de la cooperación sería también el objetivo último de una sistematización de indicadores.

⁸⁸ CEDAW and Human Rights Based Approach to Programming. *A UNIFEM Guide*, Unifem, New York, 2007.

Un enfoque de derechos de las mujeres para las políticas de cooperación fortalecería el movimiento de mujeres en su conjunto y en sus diferentes formas de expresión. Ayudaría a la clarificación de roles en todo lo que implica el reto de asignación y distribución de nuevos roles; de distribución diferencial de los derechos y deberes, cuando de derechos de las mujeres se habla. Ello fomentaría la capacidad de las mujeres – en su dimensión orgánica, institucional, articulada - para expresarse como sujeto de derechos en la formulación y definición de lo que se entiende por necesidades prioritarias de las mujeres, en el marco de la cooperación; así como en la valoración de la efectividad de las respuestas institucionales de la cooperación para hacerse cargo de un enfoque de derechos *para y desde* las mujeres.

Hacia una formulación de indicadores

Como se ha expresado partiremos metodológicamente de lo que es un elemento central en nuestra forma de comprender y afrontar el EBDH, como es el concepto de interdependencia y estricta compenetración de todos los derechos. Desde esa categoría partiremos de lo que consideramos un derecho matricial desde el que entender la especificación y forma que puedan adquirir otros derechos. Nos referimos al derecho a la vida. Una concreción específica de lo que supone este derecho, desde la perspectiva de los derechos de las mujeres, sería desgranar analíticamente las posibilidades que otorga una metodología como la interdependencia de los derechos, viendo como ésta profundiza y establece haz de relaciones, conexiones y atingencias entre el derecho a la vida, y el resto de derechos que afectan a las mujeres. Fundamentalmente, en nuestra propuesta, serían todos aquellos que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, ramal de derechos que afectan nuclearmente a las posibilidades y condiciones de vida de todas las mujeres; pero también con otros derechos civiles, económicos y sociales, aprehendidos desde la perspectiva de las mujeres, y cuya desatención estructural tiene un impacto deletéreo sobre ese derecho principio matricial que es la vida.

Los indicadores inferidos desde las posibilidades que otorga el *derecho a la vida-fecundidad*, en cuanto dimensión positiva del derecho a la vida, nos permitirán tener una dimensión de la complejidad que adquiere el derecho a la vida de las mujeres, en su conexión anudada e inescindible con otros factores que la mayoría de las veces quedan invisibilizados, como los socioeconómicos, laborales, sexuales, reproductivos, culturales, políticos, y un largo etc...

Derecho a la Vida

Derechos de Vida-fecundidad

Hablar del derecho a la *vida-fecundidad*, supone especificar esta dimensión, a la hora de hablar de los derechos de las mujeres, desde, al menos, cuatro ámbitos temáticos, para cada uno de los cuales habría que establecer indicadores específicos. Esos cuatro ámbitos son: a) embarazo; b) atención al aborto inseguro; c) problemas en el aparato reproductivo; d) violencia de género. Los cuatro, como se puede deducir, afectan estructuralmente a la vida de las mujeres. Cada uno de esos ámbitos temáticos puede estructurarse, y así lo haremos, a partir la metodología, asumida ya en el marco de Naciones Unidas, de clasificar los indicadores como de estructura, de proceso y de resultado.

a) Embarazo

El embarazo, en cuanto fuente del derecho a la vida que afecta de manera específica, directa y estructuralmente al cuerpo de las mujeres, y sólo a ellas, puede rotularse a partir de distintos indicadores. Un indicador de estructura para medir la salubridad del embarazo, desde un Enfoque de Derechos, sería:

- Existencia, o inexistencia, de una ley, o disposición normativa, que permita el aborto para salvar la vida de la mujer. El contenido material de dicha disposición normativa debería asegurar el derecho de la mujer a solicitar y recibir servicios de aborto, siempre que el embarazo ponga en riesgo la vida de la mujer, cuestión que debe ser objeto de estricta evaluación médica.

Un indicador de proceso para el mismo supuesto sería:

- Número y porcentaje de hospitales que han practicado abortos para salvar la vida de las mujeres.

Un indicador de resultado sería:

- Número y porcentaje de muertes por complicaciones de aborto, teniendo en cuenta el total de muertes maternas.

b) Atención digna del aborto inseguro

Un indicador de estructura para este supuesto sería:

- La existencia o inexistencia de algún programa de atención digna y humanizada del aborto inseguro en los centros públicos

de salud. Ello implica que los servicios sean oportunos para atender la vida de las mujeres con complicaciones en el aborto; y que se exima al personal de salud de tener que informar sobre el aborto inseguro provocado, en países donde el aborto es ilegal.

Un indicador de proceso sería:

- Número de hospitales públicos que han capacitado a sus profesionales en para poder proceder en estas circunstancias de aborto inseguro.

Indicadores de resultado serían:

- Equilibrio diferencial entre el número de ingresos hospitalarios por estos motivos y el número de muertes producidas.
- Número y porcentaje de muertes por complicaciones de aborto, sobre el total de muertes maternas.
- Denuncias por falta de atención dignas al aborto inseguro.

c) Dificultades y problemas en el aparato reproductivo

Indicadores estructurales serían:

- La existencia o inexistencia de programas para la detección y tratamiento de cualquier dificultad del aparato reproductivo, o cualquier parte del cuerpo que afecte al mismo.

Indicadores de proceso serían:

- Porcentaje de mujeres que han sido sometidas a procedimientos de detección y tratamiento de problemáticas en el aparato reproductivo, o cualquier parte del cuerpo que afecte al mismo.

Indicadores de resultado serían:

- Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en el aparato reproductivo.

d) Violencia de género

Indicador estructural sería:

- La existencia o inexistencia de normativa y legislación para la prevención de la violencia de género, junto con la atención integral de las mujeres víctimas de violencia de género.

Indicadores de proceso serían:

- La existencia de un sistema estadístico de control unificado e

integral sobre mujeres y víctimas de violencia de género.

- Números y porcentajes de centros públicos y privados de salud que aplican protocolo para controlar y denunciar la violencia de género.
- Cantidad y calidad de las campañas mediáticas desarrolladas para la prevención y denuncia del feminicidio.
- Duración, contenido y seguimiento de impacto de las campañas para la prevención del feminicidio.

Indicador de resultado, al respecto, sería:

- Sistematización y control del número de mujeres asesinadas por agresión, en el marco de una estructura general de violencia de género.

Derecho al matrimonio y a la formación de una estructura familiar

En cuanto derecho civil, el derecho al matrimonio funciona en esta estructura como un complemento del derecho a la vida de las mujeres, estrictamente vinculado a los derechos reproductivos; una socialización de estos en “estructuras familiares”, lo que no tiene una dimensión unívoca, sino que puede adoptar múltiples formas de concreción. Una de las formas de concreción de la estructura familiar es el matrimonio y los derechos que en el seno de esta forma contractual se desarrollan y despliegan. Este derecho tiene una conexión estructural con los derechos de fecundidad, como venimos señalando. Desde ese sentido metodológico ocupa el lugar que proponemos en la prelación sistemática que proponemos.

Dentro del derecho al matrimonio y a la formación de estructura familiar, hablaremos de indicadores en tres ámbitos temáticos que nos remiten esencialmente a derechos de fecundidad, como son: a) igualdad de deberes y derechos, en relación al matrimonio, la crianza de hijas/os y la educación de los/las mismas; b) información y servicios de planificación familiar; c) prevención y tratamiento de infertilidad.

a) Igualdad de deberes y derechos entre mujeres y hombres respecto al patrimonio, crianza y educación

Indicadores de estructura en relación a esta cuestión serían:

- La existencia o inexistencia de legislación para la fijación de una misma edad mínima para el matrimonio entre hombres y mujeres.
- La existencia de legislación que establezca criterios de igualdad

de deberes y derechos de mujeres y hombres respecto a los hijos/as.

- Existencia de programas para fomentar la participación de los padres en el momento del parto.

Indicador de proceso sería:

- Número y porcentajes de demandas por pensión alimenticia resueltas sobre el total de demandas presentadas.

Indicadores de resultado serían:

- Cantidad de partos acompañados en el sistema público de salud, sobre el total de partos atendidos.
- Análisis diferencial del conjunto de licencias masculinas otorgadas, en comparación con las licencias u ocupación femenina, como consecuencia de la enfermedad de hijos/as.

b) Información y servicios de planificación familiar

Indicadores de estructura serían:

- Existencia o inexistencia de legislación que reconozca el derecho de mujeres y hombres a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de hijos/as.
- Existencia de programas para la información plena en cuestiones como anticoncepción, aborto legal (si corresponde), en los centros de salud primaria.
- Existencia de programas para la disposición de servicios de anticoncepción y aborto legal en los centros de salud.

Indicadores de proceso serían:

- Números y porcentajes de centros públicos de atención primaria que informan plenamente sobre anticoncepción y aborto legal, si procediese.
- Número y porcentaje de centros públicos que otorgan servicios de anticoncepción y aborto legal.

Indicadores de resultado serían:

- Número de personas que conocen los métodos anticonceptivos modernos.
- Número de mujeres vinculadas en edad fértil que expresa su insatisfacción por el conocimiento o acceso a medios anticonceptivos modernos.

c) Prevención y tratamiento de la infertilidad

Indicadores de estructura serían:

- Existencia de programas para la entrega de información para la prevención de infertilidad en centros públicos.
- Existencia de programas para la entrega de servicios para el tratamiento de la infertilidad en servicios públicos de salud.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentaje de centros públicos que otorgan información para la prevención de la infertilidad sobre el total de centros existentes.
- Número y porcentaje de centros públicos que otorgan servicios específicos para el tratamiento de las infertilidades, sobre el total de centros existentes.

Indicador de resultado sería:

- Prevalencia de infertilidad como consecuencia de enfermedades de transmisión sexual.

Derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos/as

Se trata de un derecho vinculado inherentemente al derecho a la vida y, en cuanto tal, constituye una especificación de los derechos reproductivos. Los derechos reproductivos pretenden proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir, con responsabilidad, sobre si tener hijos, o no; cuántos y en qué momento; y con quién(es). En definitiva implican la capacidad de todas las personas a autodeterminar su vida reproductiva.

A este respecto, desarrollaremos indicadores en torno a dos ámbitos temáticos de derechos que enmarcan de manera nítida este derecho. Por un lado, todos los temas relativos al derecho de información y educación de los hijos; por otro lado, todo lo relativo a la oferta de servicios necesarios para poder implementar los derechos reproductivos.

a) Información y servicios

Consideraremos indicadores de estructura:

- La existencia o inexistencia de legislación que reconozca el derecho de mujeres y hombres a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de los hijos.
- La existencia de programas *ad hoc* que permitan definir las con-

diciones de acceso y entrega de la información necesaria; consulta y amplio consejo sobre anticoncepción y aborto legal, si correspondiese, en los centros de atención primaria de salud.

Indicadores de proceso serían:

- El número y porcentaje de centros públicos de atención primaria de salud que oferten y entreguen información, asesoría y amplia consulta sobre anticoncepción, aborto legal, en los centros de atención primaria de salud, teniendo en cuenta el total de centros existentes.
- Porcentaje de personas que conozcan el periodo fértil de la mujer.

Indicador de resultado sería:

- Porcentaje de personas que conocen los métodos anticonceptivos.

b) Servicios

Entenderemos por indicadores estructurales los siguientes:

- La existencia de legislación que reconozca el derecho de hombres y mujeres a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de hijos.
- La existencia de programas para que oferten el acceso a servicios de anticoncepción y aborto legal, en los centros públicos de salud.

Indicadores de proceso serían:

- El número y porcentaje de centros públicos de atención primaria de salud que faciliten el acceso a métodos anticonceptivos modernos.
- Número y porcentaje de centros públicos que oferten servicios de aborto legal.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de mujeres vinculadas y/o unidas en edad fértil, con demanda insatisfecha por la información y atención otorgada en métodos anticonceptivos modernos.
- Fecundidad no deseada en mujeres.

Derecho a la salud

Con este derecho nos insertamos en la necesidad de profundizar en el derecho al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva para las mujeres. La salud sexual y reproductiva es una cuestión que tiene un nivel de dependencia multifactorial, siendo el que nos preocupa en esta exposición el acceso a los servicios de atención a la salud, conscientes de las dificultades para poder definir y tasar en contextos multiculturales qué se entiende por salud.

Para analizar el derecho a la salud -desde el punto de vista de los derechos de salud sexual y reproductiva- lo descompondremos en seis ámbitos temáticos, cada uno de los cuales encierra dimensiones de derechos que en una fusión interdependiente, constituirían una concepción amplia, estructural y compleja del derecho a la salud. Para cada uno de esos ámbitos temáticos, o unidades de derecho, otorgaremos indicadores que ayuden a comprender la dimensión estructural del derecho a la salud, teniendo siempre como foco hermenéutico los derechos de las mujeres. Esos ámbitos temáticos son: a) información y educación en salud sexual y reproductiva; b) servicios en salud sexual y reproductiva; c) autonomía, confidencialidad e integralidad corporal de usuarias/os (desplégue específico, a partir de los derechos sexuales y reproductivos, del derecho a la vida); d) prevención y tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual; e) prevención y atención de la violencia de género; f) información y servicios para adolescentes.

a) Información y educación en salud sexual y reproductiva

Indicadores de estructura respecto a este ámbito temático serían:

- La existencia o inexistencia de legislación que reconozca el derecho de mujeres y hombres a recibir información sobre salud sexual y reproductiva (SSR).
- La existencia de programas para la entrega de información sobre SSR en los centros públicos de atención primaria.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentaje de centros públicos de atención primaria de salud que entreguen información suficiente y documentada sobre SSR.
- Número y porcentaje de centros públicos de atención primaria de salud cuyos profesionales han sido capacitados para la entrega de información sobre SSR.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de personas que conocen el periodo fértil de la mujer.
- Porcentaje de personas que conocen los métodos anticonceptivos modernos.
- Porcentaje de personas que conocen las formas de prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

b) Servicios de salud sexual y reproductiva

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de legislación y/o normativa que reconozca el derecho de mujeres y hombres a recibir servicios de atención en SSR.
- La existencia de programas de salud intercultural que defina, dé contenido y ponga en marcha componentes específicos de SSR.
- La existencia de un sistema de información estadística centralizado e integral, sobre SSR.

Indicadores de proceso serían:

- Gasto público total orientado a SSR, en cuanto dimensión específica del gasto total en salud.
- Gasto público per cápita en SSR.
- Número y porcentaje de centros públicos de atención primaria cuyos profesionales han sido capacitados para la atención en SSR.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben métodos anticonceptivos en el sistema público.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de atención institucional pre-natal.
- Porcentaje de atención institucional en el momento del parto.
- Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en el aparato reproductivo de mujeres y hombres.

c) Autonomía, confidencialidad e integridad corporal de las usuarias/os

Indicadores de estructura serían:

- Existencia de legislación que reconozca el derecho a la autonomía, confidencialidad e integridad corporal al recibir servicios de atención de SSR.
- Existencia de legislación que establezca el carácter confidencial

de la información médica, así como de las fichas particulares de cada paciente.

- Existencia de legislación que admita la práctica del aborto bajo ciertas circunstancias.

Indicadores de proceso serían:

- Existencia de protocolos de consentimiento informado en materia de SSR establecido a nivel de la salud pública.
- Número y porcentaje de centros públicos de salud que aplican el protocolo de consentimiento informado en materia de SSR.
- Número y porcentaje de centros de salud que tienen un comité de ética de investigación para cuestiones de SSR.

Indicadores de resultado serían:

- Número y porcentaje de denuncias por asistencia de consentimiento informado en SSR sobre el total de denuncias por falta de consentimiento informado en materias de salud.
- Número y porcentaje de muertes por complicaciones de aborto, sobre el total de muertes de mujeres.

d) Prevención y tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual

Indicadores de estructura serían:

- La existencia o inexistencia de legislación para la prevención, diagnóstico, tratamiento y eliminación de toda forma de discriminación sobre VIH/SIDA.
- Existencia de legislación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Indicadores de proceso serían:

- La existencia de un sistema centralizado e integral de estadística sobre VIH/SiDA y enfermedades de transmisión sexual.
- Número de campañas mediáticas para la prevención de VIH/SIDA.
- Número de campañas mediáticas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Cantidad, calidad y variación anual en las unidades preservativas entregadas por el sistema público de salud.
- ¿Constituye el examen viral una exigencia del sistema público para el cumplimiento en la prestación del derecho a la salud en relación al SSR?

Indicadores de resultado serían:

- Tasa anual de enfermedades de transmisión sexual de obligatoria notificación.
- Número de casos anuales notificados de VIH/SIDA.
- Tasa de prevalencia de VIH/SIDA.
- Tasa de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas.
- Tasa de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas, adolescentes y jóvenes.
- Tasa de mortalidad por VIH/SIDA.
- Porcentaje de personas que conocen las formas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Población, adolescente y muy joven, con conocimientos sobre las formas y peligros de transmisión de VIH/SIDA.
- Población, adolescente y muy joven, con conocimientos sobre las posibilidades y potencialidad de protección respecto a VIH/SIDA, por el uso sistemático de preservativos.

e) Prevención y atención a la violencia de género

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de legislación para la prevención de la violencia de género y la atención personalizada e integral a mujeres víctimas de violencia.
- Existencia de programas para la atención integral de mujeres víctimas violencia de género en los centros de salud pública.
- Existencia de protocolos para la regulación y control de violencia de género en los centros públicos y privados de salud.

Indicadores de proceso serían:

- La existencia de un sistema estadístico integral y centralizado sobre mujeres víctimas de violencia de género.
- Número y porcentaje de centros públicos y privados de salud que aplican protocolo para el control y regulación de la violencia de género.
- Número de campañas mediáticas para la prevención de la violencia de género.
- Duración, contenido y calidad de las campañas para la prevención de la violencia de género.
- Número y porcentaje de los centros públicos de salud cuyos profesionales han recibido capacitación sobre la violencia de género.
- Número de denuncias por violencia de género.

Indicadores de resultado serían:

- Número de muertes de mujeres por razón de la violencia de género.
- Tasa de prevalencia de violencia física, psicológica y sexual en las mujeres.

e) Información y servicios en SSR para adolescentes

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de programas sobre educación en SSR en el sistema público de enseñanza básica y secundaria, con un enfoque de género.
- Existencia de programas que permitan un acceso amplio y veraz a la información en materia de SSR para adolescentes.
- Existencia de programas que aseguren la posibilidad de seguir estudiando a madres adolescentes, junto con el apoyo necesario para la realización de esos estudios.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentaje del sistema público de enseñanza secundaria con currículas permanentes de formación en SSR.
- Número y porcentaje de centros de atención primaria de salud que otorgan información y asesoría en SSR a adolescentes.
- Número y porcentaje de centros del sistema público de enseñanza secundaria cuyo profesorado ha sido capacitado para la información y asesoría en materia de SSR. Ello incluye: anticoncepción, aborto legal, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, prevención de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual, desde un enfoque de género y de derechos de las mujeres.
- Número y porcentaje de centros de atención primaria de salud cuyos profesionales han sido capacitados para la información y asesoría en materia de SSR.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de adolescentes que conoce el periodo fértil de la mujer.
- Porcentaje de adolescentes que conoce medios anticonceptivos modernos.
- Porcentaje de adolescentes sexualmente activos que utiliza medios anticonceptivos.
- Fecundidad no deseada en mujeres adolescentes.
- Porcentaje de adolescentes que conoce medios de prevención de

enfermedades de transmisión sexual.

Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión

Se trata de garantizar el derecho de cada mujer y hombre a tener sus propias convicciones en materia de sexualidad y reproducción. Vincular este derecho civil clásico –pensamiento, conciencia y religión- con los derechos reproductivos. Sus implicaciones son evidentes: que el Estado no pueda negar, restringir, limitar la información, educación y/o acceso a los servicios en salud sexual y reproductiva, por razones de pensamiento, religión, conciencia u otros criterios axiológicos.

Incluye el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva, siempre que existan condiciones para derivar y tratar a la persona en situaciones de emergencia; se corra el peligro para la vida de la persona afectada. Nuestra exposición en dos ámbitos temáticos: a) derecho a recibir información sin ningún tipo de discriminación; b) las cuestiones a la objeción de conciencia.

a) Derechos a recibir información sobre anticoncepción, aborto legal, sin discriminaciones religiosas, de pensamiento o axiológicas

Indicadores estructurales serían:

- La existencia de programas que definan la entrega de información y asesoría amplia sobre anticoncepción, aborto legal, en centros de salud primaria.
- La existencia de programas para el acceso a servicios de anticoncepción, aborto legal, en centros de salud de primaria.

Indicadores de proceso serían:

- ¿El Estado ha limitado el contenido y la realización práctica de campañas de información sobre anticoncepción, aborto legal, en base a criterios de pensamiento, religión, o cualquier otra disposición axiológica?
- ¿Ha limitado el Estado la entrega de servicios de anticoncepción – en situaciones de emergencia o aborto legal- sobre criterios de pensamiento, religiosos o axiológicos.

Indicadores de resultado serían:

- Denuncias en relación a la negación de información en SSR, sobre la base de criterios religiosos, de pensamiento o axiológicos.
- Denuncias sobre la negación de la entrega de servicios en SSR,

sobre la base de los criterios religiosos, de pensamiento o axiológicos.

b) Objeción de conciencia

Indicador de estructura sería:

- La existencia de legislación que permita la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, que oferten servicios en SSR y pueda definir, al respecto, dinámicas alternativas para dar respuesta a las personas cuyo derecho a la salud quede afectado.

Indicador de proceso sería:

- La existencia de un registro de objetores de conciencia que trabajen en servicios públicos en relación con SSR, que permita la derivación a otros profesionales.

Indicador de resultado sería:

- Denuncias sobre la negación de la entrega de servicios en SSR amparados en la objeción de conciencia.

Derecho a la integridad corporal y estar libre de tratos inhumanos y degradantes

Es más que evidente el vínculo estructural de este derecho, con el derecho a una vida digna de las mujeres, ante el amplio campo de violencias a las que estas son sometidas. Procederemos pedagógicamente desgranando este derecho civil clásico en cuatro ámbitos temáticos, de los que inferiremos indicadores específicos. Estos ámbitos serían: a)) evitar la violencia, el abuso, el maltrato y el acoso sexual; b) atención humanizada de aborto inseguro; c) evitar maltrato psicológico en aborto ilegal; d) consentimiento informado en investigaciones en SSR.

a) Evitar la violencia, el abuso, el maltrato y el acoso sexual

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de legislación para la prevención y sanción de la violencia, abuso y maltrato sexual.
- La existencia de legislación para la prevención y sanción de la violencia, abuso, explotación y maltrato sexual específico para menores de edad.
- Existencia de una legislación para la prevención y posterior san-

ción del acoso sexual.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentajes de centros públicos de salud cuyos profesionales han sido capacitados para la atención en abuso y violencia sexual.
- Número de campañas mediáticas para la prevención del maltrato y explotación sexual infantil.
- Número campañas mediáticas para la prevención del acoso sexual.
- Duración y contenido de estas campañas.

Indicadores de resultado serían:

- Numero de denuncias por violación o abuso sexual presentadas.
- Denuncias por acoso sexual presentadas sobre el porcentaje total de denuncias resueltas.

b) Atención humanizada de aborto inseguro

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de programas para la atención humanizada del aborto inseguro en centros públicos de salud.

Indicador de proceso sería:

- Número y porcentaje de hospitales públicos que han capacitado a sus profesionales para que trabajen en SSR, sobre la atención humanizada del aborto inseguro.

Indicadores de resultado serían:

- Relación existente entre el número de muertes por complicaciones de aborto y el número de ingresos hospitalarios por complicaciones de aborto.
- Número de muertes por complicaciones de aborto sobre el total de muertes maternas.
- Número de denuncias por falta de atención humanizada del aborto inseguro.

c) Evitar maltrato psicológico en aborto ilegal

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de legislación que acepte el aborto bajo ciertas circunstancias y asegure el acceso a este sin discriminación.

Indicador de proceso sería:

- Numero de hospitales públicos que han capacitado a sus profesionales en el tratamiento del aborto legal.

Indicador de resultado sería:

- Numero de denuncias por maltrato psicológico o físico en el tratamiento del aborto legal.

d) Consentimiento informado en investigaciones en SSR y en atenciones a la salud

Indicador de estructura sería:

- La existencia de legislación que regule la investigación biomédica, incluyendo investigación en SSR, con el requisito del consentimiento informado.
- La existencia de legislación que reconozca el derecho a la autonomía, confidencialidad e integridad corporal al recibir servicios de atención a la salud, por parte de las mujeres.
- La existencia de legislación que establezca el carácter confidencial de la información médica y de la ficha médica.

Indicador de proceso sería:

- Número de centros públicos de salud que tienen un comité de ética para la investigación.
- Existencia o inexistencia de protocolo sobre consentimiento informado diseñado desde la institucionalidad de salud pública.
- Número y porcentaje de centros de salud pública que aplican dicho protocolo.

Indicador de resultado sería:

- Numero de denuncias por ausencia de consentimiento informado en investigaciones en SSR, a partir del total de denuncias sobre falta de consentimiento informado en investigaciones biomédicas.
- Número de denuncias por ausencia de consentimiento informado en atenciones de salud.

Derecho a recibir información

Se trata, en definitiva, del derecho a recibir información en relación con la fecundidad, tomando decisiones libre e informadas respecto de su sexualidad y reproducción, incluyendo riesgos y beneficios en la uti-

lización de métodos de anticoncepción, el aborto, alternativas disponibles para el tratamiento de la infertilidad y para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Descompondremos este derecho en dos unidades temáticas - derechos, de los que inferir indicadores: a) derecho a recibir información en SSR; b) derecho a recibir información en SSR para adolescentes.

a) Derecho a recibir información en SSR

Indicadores de estructura serían:

- La existencia o inexistencia de legislación que reconozca el derecho de todas las personas a recibir información sobre SSR.
- La existencia de programas que faciliten el acceso amplio a información sobre anticoncepción, aborto legal, en los centros de salud pública.

Indicadores de proceso serían:

- Número de centros públicos de salud que otorgan información amplia sobre anticoncepción y aborto legal.
- Número de centros públicos de salud cuyos profesionales han sido capacitados para la entrega de información sobre SSR.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de personas que conocen el periodo fértil de la mujer.
- Porcentaje de personas que conocen los métodos anticonceptivos modernos.
- Porcentaje de personas que conocen las formas de prevención de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

b) Derecho a recibir información en SSR para adolescentes

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de programas sobre la educación en SSR en el sistema público de educación, principalmente en secundaria.
- La existencia de programas que aseguren la información y asesoría en salud SSR para adolescentes en los centros de atención primaria de salud.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentaje de centros de atención primaria de salud

- que otorguen información y asesoría en SSR a adolescentes.
- Número y porcentaje de centros públicos de enseñanza secundaria con una currícula permanente en educación sobre SSR.
 - Número y porcentaje de centros públicos de enseñanza secundaria cuyo profesorado ha sido plenamente capacitado para la educación y asesoría en cuestiones sobre SSR.
 - Número y porcentaje de centros de atención primaria de salud cuyos profesionales han sido plenamente capacitados para la entrega de información y amplia asesoría en SSR.

Indicadores de resultado serían:

- Porcentaje de adolescentes que conoce el periodo fértil de la mujer.
- Porcentaje de adolescentes que conoce los medios anticonceptivos modernos.
- Porcentaje de adolescentes sexualmente activos y que utiliza medios anticonceptivos modernos.
- Fecundidad no deseada de mujeres adolescentes.

Derecho a la privacidad e intimidad

Se trata de establecer una íntima relación entre el derecho a la privacidad e intimidad con los derechos de fecundidad, lo que incluye SSR. En última instancia es toda una estructura normativa garantista – ofertada por medio de derechos - para evitar injerencias indebidas en la vida privada de las mujeres. Una suerte de agresiones en este aspecto son los atenuantes existentes en supuestos de violación de las mujeres en el marco de la vida sexual íntima, marital, etc.; los supuestos en los que es necesario el consentimiento del marido para recibir esterilización; se obliga al profesional sanitario a denunciar los supuestos de aborto ilegal practicados por las mujeres; o se permite al empleador demandar un test de embarazo antes de contratar a una mujer.

a) Evitar injerencias en la vida privada

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de legislación que fije y regule el carácter confidencial de la información médica y de la ficha médica de las mujeres, para los supuestos que abordamos.
- La existencia de legislación que permita la esterilización por solicitud del hombre o de la mujer. (La legislación deberá establecer de manera específica que la esterilización podrá pedirse

- exclusivamente por parte de la persona afectada íntimamente, mediando siempre consentimiento informado).
- La existencia de legislación que establezca tasas sanciones para los posibles delitos de violación con independencia del comportamiento sexual de la mujer. (Cuestión que resulta evidente a ojos occidentales, pero que no es nada clara esta nítida separación en muchos países del Sur).
 - La existencia de una legislación que proteja a las mujeres de posible denuncias por parte de los profesionales sanitarios por prácticas de aborto inseguro. La legislación deberá matizar que el profesional sanitario tendrá que informar y poner en conocimiento de las mujeres afectadas la práctica de aborto ilegal.
 - La existencia de legislación que impida a los empleadores exigir un test de embarazo a las mujeres antes o durante su contratación.

Indicadores de proceso serían:

- La existencia de protocolos de consentimiento informado en SSR diseñado y construido por el Ministerio de Salud en concertación con los grupos de mujeres, y difundido por el propio Ministerio.
- Número y porcentajes de centros públicos de salud que apliquen el protocolo de consentimiento informado en atenciones por SSR.

Indicador de resultado sería:

- Número de denuncias por violación de confidencialidad de la información médica.

Derecho a beneficiarse del progreso científico

De nuevo se trata de establecer la relación estructural que existe de este derecho con los derechos de fecundidad. Comprende el derecho de toda persona a beneficiarse de las nuevas alternativas de diagnóstico, prevención y tratamiento de la SSR. Todos los avances relativos a cuestiones tan importantes para la vida de las personas, en conexión íntima con la SSR, como infertilidad, anticoncepción y aborto. En relación a la infertilidad se trata de ofertar alternativas de tratamiento a las parejas infértiles en el sistema público de salud. En el supuesto de anticonceptivos, ofertar los nuevos métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia. En relación al aborto, y en los países en los que sea legal, las mujeres deben ser plenamente informadas para optar por métodos como el

aborto mediante fármacos o aspiración endouterina.

El abordaje de este derecho lo haremos a partir del *derecho de las mujeres al conocimiento y acceso a nuevas alternativas de diagnóstico, prevención y tratamiento*, del que inferiremos algunos indicadores.

Indicadores de estructura serían:

- La existencia de programas para la entrega de servicios para el tratamiento de la infertilidad en los servicios públicos de salud.
- La existencia de programas para la entrega de servicios de anti-concepción y aborto, en centros públicos de salud.

Indicadores de proceso serían:

- Número y porcentaje de centros públicos que entregan información para la prevención de la infertilidad.
- Número y porcentaje de centros públicos de atención primaria que otorgan e informan sobre medios anticonceptivos modernos.
- Número y porcentaje de centros públicos de atención primaria de salud que entregan anticonceptivos de emergencia.
- Número y porcentaje de centros públicos de salud que entregan servicios de aborto legal mediante fármacos o aspiración endouterina.

Indicador de resultado sería:

- Porcentaje de mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha en el proceso de información o en el ejercicio del derecho de acceso a medios anticonceptivos modernos.