

*Derechos sexuales y derechos reproductivos en Centroamérica*

**Hacia una agenda de acción**

*Sistematización: Michael Clulow*



LAS DIGNAS



*Las Melidas*





**Asociación Civil Grupo Venancia** tiene su base en Matagalpa, Nicaragua. Desde allí ha trabajado durante 13 años con un enfoque de educación popular feminista. Sus objetivos principales son: el fortalecimiento de liderazgos individuales y colectivos de mujeres de todas las edades; la transformación de creencias, actitudes y prácticas discriminatorias; y la promoción de una cultura de equidad, diversidad y creatividad.



**Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas)** fue formada en El Salvador en 1990. Desde esa fecha viene trabajando para contribuir a la lucha del movimiento

de mujeres en cuatro áreas principales: educación contra el sexismo; la mejora de las condiciones económicas de las mujeres; violencia de género; y participación y liderazgo político.



**Asociación Movimiento de Mujeres Mérida Anaya Montes (Las Méridas)** celebró su décimo aniversario en Julio de 2002. Durante

este periodo, esta organización Salvadoreña ha estado activa en diversas áreas de trabajo que incluyen: educación feminista; participación política e iniciativas ciudadanas; salud; violencia doméstica y de género; desarrollo socioeconómico; y los derechos de las trabajadoras.



**Centro de Apoyo a la Mujer, Tierra Viva**

se creó en Guatemala en 1989 con la misión de enfrentar la

inigualdad, subordinación y discriminación que sufren las mujeres. El grupo busca incidir en los procesos de decisión políticos; apoya la creación y crecimiento de organizaciones locales de mujeres; y busca contribuir a la sensibilización de tod@s l@s Guatemaltec@s sobre los derechos de las mujeres.



**Centro de Estudios de la Mujer-Honduras (CEM-H)** ha trabajado durante 16 años

promoviendo: los derechos humanos, participación y liderazgo de las mujeres; la erradicación de la violencia; y la salud sexual y reproductiva. Sus estrategias principales son el cabildeo, la movilización pública y el fortalecimiento del movimiento de mujeres.



**One World Action** trabaja por un mundo libre de pobreza y opresión en el cual los

derechos de todas/os estén protegidos por democracias fuertes. Para este fin, provee financiamiento y ayuda práctica a organizaciones en países pobres o en vías de desarrollo. OWA también apoya a estas organizaciones para que puedan establecer vínculos con instancias decisorias en Europa e incidir sobre ellas.

# ***Derechos sexuales y derechos reproductivos en Centroamérica***

---

***Hacia una agenda de acción***

---

**Sistematización: Michael Clulow**

*Diciembre 2004*

***Con el apoyo del Community Fund, GB***



	<b>Presentación</b>	<b>2</b>
	<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Una visión feminista de los derechos sexuales y los derechos reproductivos</b>	<b>5</b>
	1.1 Derechos, autonomía y ciudadanía .....	5
	1.2 DSDR y sexualidad.....	5
	1.3 Definiendo los DSDR .....	6
<b>2</b>	<b>Sin derechos: la experiencia actual de las mujeres centroamericanas</b>	<b>7</b>
	2.1 El acceso real de las mujeres a los DSDR .....	7
	2.2 El impacto de la negación de los DSDR en la salud de las mujeres y en la reproducción.....	13
<b>3</b>	<b>Las políticas públicas de los estados centroamericanos: ¿promueven o obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos?</b>	<b>16</b>
	3.1 Acuerdos internacionales.....	16
	3.2 Globalización y fundamentalismos .....	17
	3.3 La incorporación de los DSDR en las leyes y políticas nacionales .....	18
	3.4 La iglesia y el reconocimiento por el Estado de los DSDR .....	25
<b>4</b>	<b>Apuntes para una agenda de acción</b>	<b>27</b>
	4.1 Construcción de consensos dentro del movimiento .....	27
	4.2 Propuestas para una agenda de acción.....	28
	<b>Notas</b>	<b>32</b>

## Presentación

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) constituyen un área fundamental de derechos de las mujeres. Sin embargo, en Centroamérica existen grandes obstáculos a su pleno ejercicio con consecuencias graves para el bienestar y la autonomía de las mujeres. No sólo se trata de problemas urgentes como la mortalidad materna, el VIH SIDA o el tráfico sexual, sino también la socavación del ejercicio de la ciudadanía. Como ha sido expresado por el Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), ‘Somos ciudadanas..., podemos decidir el destino de nuestras naciones ¿no vamos a decidir el de nuestros cuerpos?’

En el año 2003, las cinco organizaciones feministas centroamericanas participantes en el proyecto “Construyendo Ciudadanía desde las Mujeres”, elaboraron estudios nacionales que confrontaron los DSDR con la realidad de las mujeres de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.<sup>1</sup> Se analizó una diversidad de temas importantes—salud, maternidad, aborto, explotación sexual, educación sexual, anticoncepción, orientación sexual y otros—pero no se limitó a describir indicadores y tendencias en la situación de las mujeres. Más bien, se enfocaba también el tratamiento dado por el Estado a estos derechos—en leyes, programas y otras acciones—a la vez de explorar como el movimiento de mujeres enfoca el área. Cada estudio concluyó con una sección de propuestas que se dirigían en primer lugar al movimiento de mujeres pero que también aportaban elementos para orientar la acción de otros sectores de la sociedad civil así como de los gobiernos y donantes.

El presente documento pretende sistematizar estos estudios, enriqueciéndolos con algunos elementos adicionales, para presentar una visión de conjunto y propuestas regionales. El gran grado de similitud de las situaciones de los cuatro países permite construir tal visión a la vez que hace válido pensar en estrategias comunes para reivindicar los derechos de las mujeres de cada país. Se espera que de esta manera se pueda contribuir a mejorar el entendimiento de personas de la región y de otras partes, tanto de instancias gubernamentales como de la sociedad civil. Fundamentalmente, esperamos que sea un aporte para el diseño de acciones encaminadas a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, dentro y fuera de la región, y para que se vaya dando más importancia al tema en el movimiento de mujeres, en la esfera de la cooperación internacional y entre las instancias del movimiento social global.

### Notas de redacción

La mayoría de las fuentes de información citadas refieren a información adicional a la que se presentó en los estudios nacionales. En general, no se han citado de nuevo las fuentes de información ya anotadas en esos documentos.

Se agradece el apoyo de Geni Gómez, Mirta Kennedy, Dilcia Marroquín, Isabel Fabián, Alma Odette Chacón y Felicity Manson en la revisión y edición del documento.

## Resumen ejecutivo

### **Demandas y realidad**

La demanda de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) de las mujeres centroamericanas reivindica la autonomía de sus cuerpos frente a la cultura patriarcal que les considera como seres dependientes de los hombres y destinadas a la maternidad. Se afirma su derecho al poder y los recursos necesarios para que puedan tomar decisiones efectivas y gozar de salud en todos los aspectos de su sexualidad y reproducción. Sin embargo, el ejercicio de estos derechos está muy lejos de la realidad de las mujeres de la región:

- ◆ Los hombres tienden a tomar las decisiones sobre todos los aspectos de la sexualidad de las mujeres. Muchos se sienten con derecho de imponer su voluntad, hasta con violencia.
- ◆ La heterosexualidad es la única forma de relación sexual aceptada por la sociedad.
- ◆ La maternidad es prácticamente una obligación.
- ◆ Las mujeres están sujetas a altos niveles de violencia.
- ◆ La explotación sexual comercial se está agravando como un impacto de la globalización.
- ◆ Hay poco acceso a educación e información sobre sexualidad y reproducción.
- ◆ Los servicios estatales en salud sexual y reproductiva son muy limitados y de baja calidad. Además, personal de salud frecuentemente maltratan a las mujeres debido a sus prejuicios.
- ◆ Hay muchos obstáculos al uso de anticonceptivos incluyendo: la resistencia de los hombres; la oferta limitada de métodos de parte del estado; bajos niveles educativos; y la pobreza.
- ◆ El aborto es totalmente ilegal o fuertemente restringido. Estas prohibiciones refuerzan las actitudes culturales que vuelven el aborto en un tema tabú.

Entre los impactos de la negación de los DSDR se incluyen las siguientes situaciones:

- ◆ Los índices de embarazos entre adolescentes están entre los más altos a nivel global e incluyen un alto porcentaje de embarazos no planeados y no deseados, con un gran impacto en su salud y en sus vidas.
- ◆ La mortalidad materna es una de las primeras causas de muerte de las mujeres, debido a factores que incluyen el aborto inseguro y los embarazos prematuros.
- ◆ La epidemia de VIH SIDA está creciendo y feminizándose rápidamente. Las muertes de mujeres en edad reproductiva por esta causa están aumentando a niveles alarmantes.

### **Acción e inacción oficial**

Los países centroamericanos son firmantes de los acuerdos de la comunidad internacional que reconocen los DSDR. Sin embargo su compromiso real es débil:

- ◆ La mayoría de los gobernantes y legisladores comparten los criterios de la cultura tradicional así que no reconocen los DSDR de las mujeres ni priorizan su salud.
- ◆ La iglesia ejerce una fuerte influencia sobre las políticas públicas aunque los estados centroamericanos son formalmente laicos.
- ◆ La expansión del gasto social que sería necesario para hacer efectivos los DSDR va en contra del modelo político-económico neoliberal.

El área de mayor avance normativo es la violencia sexual mientras que, en cuanto a la explotación comercial sexual, las leyes penalizan el proxenetismo. Además, en Honduras y Nicaragua, instancias del estado en coordinación con organizaciones de la sociedad civil están trabajando para tipificar mejor los delitos en esta área. Recientemente, en Honduras y Guatemala se aprobaron diversas políticas y leyes sobre la salud sexual y reproductiva y todos los países han aprobado leyes relativas al VIH SIDA.

Lamentablemente, la implementación de estas medidas es muy limitada. Frecuentemente se asigna poco o ningún financiamiento. Además, muchos funcionarios se oponen a las nuevas leyes y políticas. En cuanto a la violencia y explotación sexual, la policía y los sistemas de justicia se manejan de manera patriarcal, revictimizando a las demandantes y hostigando a las personas que ejercen el comercio sexual.

Por otro lado, hay políticas que obstaculizan el ejercicio de los DSDR, como la prohibición del aborto. Esta prohibición condena a la muerte a muchas mujeres ya que, por su pobreza, no tienen acceso a servicios de calidad y buscan recursos de alto riesgo. A la vez, los servicios e información de anticoncepción se dirigen casi exclusivamente hacia las mujeres y hay distorsiones en la promoción y oferta de los métodos. Además, se obstaculiza el acceso de las adolescentes. En cuanto a la educación sexual, en Guatemala ni siquiera existe un programa oficial. En El Salvador, Honduras y Nicaragua, intentos de publicar manuales de educación sexual fracasaron cuando fueron retirados frente a la oposición de la Iglesia Católica. Finalmente, en Nicaragua, el código penal tipifica el delito de sodomía, discriminando a los homosexuales y lesbianas y a todo aquel que promueva o propagandice la homosexualidad. Los demás países no tienen tales leyes pero son resistentes al reconocimiento de sus derechos.

### **Una agenda de acción**

La promoción de los DSDR debe volverse en una prioridad del movimiento de mujeres. Para el efecto, se requiere un proceso de reflexión y debate amplio para construir una agenda consensuada. Asimismo, es muy importante que se construyan alianzas, propiciando el apoyo de otros sectores en todo que sea posible, sin sacrificar el radicalismo de la agenda propia. Entre los temas que se sugieren como prioridades se destacan:

- ◆ **Actitudes culturales.** Entre los cambios que promover están la valoración positiva de la sexualidad, el entendimiento de la maternidad como una opción de vida en vez de un destino, y la aceptación y el respeto de las lesbianas y otras personas no heterosexuales.
- ◆ **Defensa del Estado Laico.** Al lograr que los gobiernos de la región dejaran de seguir los dictados de los sectores más conservadores de las iglesias, se quitaría uno de los principales obstáculos a leyes y políticas más progresivas.
- ◆ **Globalización.** Se debe incidir sobre las relaciones entre el neoliberalismo y los atropellos de los DSDR de las mujeres.
- ◆ **Información.** El acceso de mujeres jóvenes y adultas a educación e información sobre la sexualidad, la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva es clave.
- ◆ **Salud.** Los gobiernos de la región deben dejar de relegar la salud sexual y reproductiva detrás de otras supuestas prioridades, dándole la atención y los recursos necesarios.
- ◆ **Anticoncepción.** Que se mejore el acceso de las mujeres y las jóvenes a anticonceptivos y orientación de calidad, y que se promuevan programas dirigidos a los hombres.
- ◆ **Aborto.** Es importante abogar por el derecho de cada mujer de decidir sobre su propio cuerpo, además de argumentar por su despenalización desde principios de salud pública y justicia social. Esto incluye la posibilidad de incidir, en primer lugar, para que se despenalice el aborto terapéutico donde se ha prohibido y para que se garantice su práctica donde se permita.



# 1 *Una visión feminista de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*

## 1.1 **Derechos, autonomía y ciudadanía**

A pesar de los cambios que han ocurrido en las sociedades centroamericanas durante los últimos 40 años, todavía se concibe a las mujeres en base a ideas tradicionales. Las consideran como seres dependientes de los hombres y sumisas frente a sus padres, maridos o parejas; destinadas a ser madres sacrificadas cuidando a la familia y la casa; y sexualmente puras y fieles.

En esta cultura los cuerpos de las mujeres no les pertenecen, más bien están puestos al servicio de los demás. Este es la base de la subordinación de las mujeres y se refuerza a través de las leyes y las instituciones del Estado. De esta manera se crea una fuerte contradicción: hace décadas los estados han extendido la ciudadanía formal a las mujeres pero siguen sin otorgarles el control pleno de sus cuerpos aunque este es la base de la ciudadanía.

La reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) de las mujeres reta directamente a esta cultura ya que al afirmar el derecho de decidir sobre el ejercicio de su sexualidad y de la maternidad se está reclamando la autonomía de sus cuerpos. Esta autonomía requiere ser reclamada por las mujeres en dos planos: al nivel personal, asumiéndose dueñas de sus cuerpos, digan lo que digan la cultura y las leyes; y al nivel político, incidiendo para que los estados dejen de regirse por la cultura

patriarcal y, en cambio, la enfrenten con leyes que la impugnen y con políticas que busquen su superación.

## 1.2 **DSDR y sexualidad**

El principio fundamental que se afirma a reivindicar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres es que tienen el derecho al poder y a los recursos necesarios para que puedan tomar decisiones efectivas sobre todos los aspectos de su sexualidad y reproducción. Empero, para poder comprender y hacer efectivo este derecho es necesario contar con un entendimiento cabal de la sexualidad. Sin esto, se tiende a invisibilizar los derechos sexuales o considerarlos como un subconjunto dentro de los derechos reproductivos cuando, en realidad, son derechos relacionados pero distintos. Es más, los derechos sexuales deben tener prioridad ya que si no se respeten es muy difícil que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos.

En la cultura centroamericana se tiende a equiparar la sexualidad con heterosexualidad, matrimonio y reproducción. Desde las iglesias, en especial la católica, se enseña que la sexualidad es algo malo, que sólo se salva en determinadas circunstancias, y que necesariamente debe relacionarse con la reproducción. Esta posición es reforzada en la educación sexual que se limita a la enseñanza sobre los procesos biológicos de la

reproducción. Se inculca a las mujeres a igualar el ejercicio de la sexualidad con el amor y con la reproducción, incluso a creer que 'la sexualidad es una cosa sucia e impura, permitida solo para los hombres y no tanto para las mujeres que se nos exige ser limpias y puras'.<sup>2</sup> Se les impone a las mujeres, mas no a los hombres, una especie de ecuación en que amor = sexualidad = reproducción = máxima expresión de amor. El placer no cabe en esta ecuación.

Se debe enfrentar esa visión de la sexualidad, afirmando en cambio su valor como una faceta central de las personas, tanto mujeres como hombres, que es fundamental para su desarrollo y felicidad. La reproducción es un aspecto de la sexualidad, pero sólo es una posibilidad, no es ni el más importante, ni su único destino y forma de expresión. La reproducción está limitada a cierto tiempo en la vida de las mujeres, mientras que la sexualidad es una dimensión de su ser desde que nacen hasta que mueran. Bajo esta perspectiva, los derechos sexuales se vuelven en un elemento central de los derechos humanos.

## 1.3 Definiendo los DSDR

### 1.3.1 Derechos sexuales

Los derechos sexuales se fundamentan en esta comprensión de la sexualidad y en el derecho a la autodeterminación corporal. Se relacionan directamente con el poder de disfrutar el placer en el ejercicio de la sexualidad y con la tolerancia de la sociedad hacia la libre orientación sexual. Significan que las mujeres sean libres en la intimidad, que puedan decidir sin presiones si, con quién, cómo y cuándo tener relaciones

sexuales. Para el efecto, necesariamente se incluye el derecho a tener acceso a información fidedigna y los recursos que permitan el ejercicio libre y responsable de la sexualidad. Además, estos derechos implican la ausencia de violencia, agresión y explotación en las relaciones y prácticas sexuales.

Los derechos sexuales comprenden también el derecho a la salud sexual incluyendo la ausencia de enfermedades, trastornos y riesgos que limiten las posibilidades de ejercer una vida sexual satisfactoria. Asimismo, la salud sexual comprende 'la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales'.<sup>3</sup>

---

### 1.3.2 Derechos reproductivos

---

El primero de los derechos reproductivos de las mujeres es que puedan elegir libremente si quieren procrear o no, cuándo, con quién y con qué intervalo. Este derecho lleva implícito el derecho a información sobre la fecundidad y la planificación familiar y acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables. También los derechos reproductivos incluyen de manera muy importante el derecho a la salud reproductiva entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Para hacer realidad este derecho es necesario contar con información y acceso a atención médica con calidad, dignidad y eficiencia para poder ejercer la maternidad sin riesgos e interrumpir un embarazo no deseado en condiciones seguras, así como la prevención y tratamiento de la infertilidad.

## 2 Sin derechos: la experiencia actual de las mujeres centroamericanas

### 2.1 El acceso real de las mujeres a los DSDR

#### 2.1.1 Vivencia de la sexualidad

Para la mayoría de las mujeres centroamericanas, el concepto de los derechos sexuales está muy lejos de su realidad. A través de la cultura popular, las enseñanzas de las iglesias, las leyes y las instituciones del estado, su sexualidad es controlada y canalizada de manera que prácticamente no existe sino en función de los intereses de los hombres y del Estado, reglamentada en leyes de familia, población, maternidad y otras. Por lo general, los hombres determinan cuándo y cómo tener relaciones sexuales y es frecuente que someten a las mujeres a imposición y violencia sexual. Ellos deciden si usan el condón, si se someten a revisiones de salud sexual, si les informan a las mujeres sobre los resultados, si les permiten ir a los centros de salud, o si pueden utilizar anticonceptivos.

En grupos focales de mujeres de áreas urbanas y rurales de El Salvador realizados en 2003, se evidenciaron los efectos de esta cultura. Las mujeres tendían a vincular el cuerpo a la vergüenza y la culpa y demostraron desconocimiento tanto de su propio cuerpo como del cuerpo de su pareja. Llegaron a relaciones afectivas esperando que sus parejas sexuales contasen con la información que ellas no tuvieron pero descubrieron que los hombres enfrentaban el mismo desconocimiento. En la reflexión,

reconocieron que se embarazaron sin desearlo en sus primeras relaciones sexuales. Sus relaciones sexuales generalmente están desprovistas de placer y para varias de las entrevistadas se caracterizan por el miedo ya que están expuestas a violencia por parte de sus parejas. Desde sus primeras experiencias se someten al control y al dominio masculino.

#### 2.1.2 La heterosexualidad como obligación

Ya que la sexualidad de las mujeres se vive para los hombres y para la reproducción, es de esperar que el lesbianismo no sea considerado como una opción lícita. La heterosexualidad es la forma de relación sexual funcional al modelo y se presenta como la única forma posible de concebir la sexualidad. Se la atribuye a la heterosexualidad la calidad de “natural” y se insiste en la familia como institución básica de la sociedad, tomando como referencia un único y estricto modelo— familia = matrimonio = reproducción humana— que excluye a las parejas lesbianas, aun cuando crían a sus hijo/as.

Las mujeres que intentan romper con el modelo y vivir su sexualidad abiertamente se enfrentan al más enconado odio. Las lesbianas, al igual que los homosexuales, son descalificadas por ser una minoría y acusadas de ser “peligrosas” para la sociedad. En un hábil ejercicio de acrobacia, se invierten las cosas y se presentan a las lesbianas y homosexuales como aquellos que pretenden imponer sus valores y sus preferencias a toda la sociedad.

---

### **2.1.3 Maternidad impuesta**

---

Para las mujeres de la región, la maternidad no es una opción de vida entre varias sino es prácticamente la única opción. Se sigue equiparando a mujeres con madres de manera que la maternidad se convierte en el rasgo más importante de la identidad femenina. Es más, en contraste con la desvalorización general de las mujeres, se idealiza la maternidad, siempre que se adapte al modelo dominante caracterizado por la entrega y el sacrificio.

La presión social y de sus compañeros de vida hace a las mujeres sentirse obligadas a no protegerse para evitar o espaciar embarazos y a aceptar embarazos de riesgo. A la vez, la sobre valoración de la maternidad contribuye a que muchas jóvenes, al ver limitadas sus oportunidades de encontrar un sentido y un futuro para sus vidas, ven en la maternidad una vía de realización. Por otro lado, la falta de información y educación sexual y de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva limitan las posibilidades reales de planificación familiar, situación que la prohibición del aborto complica aun más. A todo esto se suma el alto índice de violaciones que resultan en embarazos.

---

### **2.1.4 Violencia sexual**

---

La gran frecuencia de la violencia sexual es evidenciada por su prominencia en las estadísticas penales. En El Salvador, la agresión sexual constituye una de las primeras tres causas de encarcelamiento. En el caso de Nicaragua, del total de delitos contra las personas en 2001, el 11% correspondía al ámbito sexual.

Es importante notar que, contrario a la imagen difundida en los medios, los

principales violadores son de la propia familia. Para muchas jóvenes, sus primeras experiencias sexuales son de violación o abusos “deshonestos” a manos de sus padres, otras parientes o personas cercanas a la familia. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de Nicaragua por 1998, más de 30% de todas las adolescentes entre 15 y 19 años fueron forzadas sexualmente por un familiar o un conocido de la familia. Datos del mismo país indican que en el 53% de los casos de abuso infantil, el agresor es un miembro de la familia y en un 27% un conocido.

Las jóvenes están especialmente vulnerables a la violencia sexual. En el caso de El Salvador se reportó que, entre violaciones y abusos “deshonestos”, eran afectadas 60 de cada 100,000 niñas de 0 a 14 años, comparado con una tasa de 51 violaciones por cada 100,000 mujeres de 15 a 44 años. Según datos Nicaragüenses, el 65% de las violaciones ocurrió en niñas y adolescentes.

No obstante la magnitud de estas cifras, solamente representan parte de la realidad. Hay un alto nivel de subregistro debido al gran número de actos que nunca se denuncian y al hecho que la mayoría de los agresores que llegan a ser procesados quedan libres por supuesta falta de pruebas. Como manifestaron las mujeres entrevistadas en grupos focales en El Salvador y Honduras, la violencia sexual les es una experiencia común. Además, se debe resaltar que la violencia no siempre es física, también hay muchas formas psicológicas.

Gracias a las insistentes campañas del movimiento de mujeres y el eco que han logrado de algunas agencias de cooperación, se está empezando a cambiar las actitudes sociales que han justificado, minimizado y escondido la violencia sexual. No obstante,

sigue siendo el caso que muchos hombres se sienten en su derecho de actuar con violencia mientras la condena de la sociedad en general adolece de coherencia y energía, y prevalece la impunidad. Hay una tendencia a justificar al violador y culpabilizar a las mujeres. Cuando la víctima es una niña, se acusa a la madre, cuando la víctima es una joven o mujer adulta se cuestiona su comportamiento, formas de vestir, actividades o cualquier otro aspecto que la haga ver como “incitadora” o “provocadora”. Como la Nicaragüense Ana Ara ha expresado ‘esto de la violencia ha estado bien protegido por todo el sistema social... la iglesia tapa, los políticos tapan, la estructura social tapa, las leyes tapan... se aceptan un montón de dichos y canciones que lo refuerzan... se ve como una cosa normal’.

---

### **2.1.5 Explotación sexual comercial**

---

Las causas de la explotación sexual son complejas pero tienen clara relación con las desigualdades económicas, sociales, de género y de edad. Además, siguen prevaleciendo concepciones culturales sobre la sexualidad que permiten que las mujeres, niñas y niños sean utilizada/os como objetos sexuales para satisfacer a los hombres.

Aunque es un problema estructural cuya magnitud precisa es difícil de determinar, queda claro que se está agravando actualmente como resultado de diversos aspectos de la globalización, como el aumento del turismo y tránsito internacional y el crecimiento del Internet. El crecimiento del turismo está llevando a mayor turismo sexual, afectando no sólo a mujeres adultas, sino jóvenes, niñas y niños también. De manera similar, la apertura de fronteras comerciales ha facilitado la transnacionalización de las redes de tráfico ilegal de personas mientras

que miles de mujeres, niñas, niños y adolescentes son explotados a lo largo de las rutas de transporte internacional.

Vale agregar que no todas las formas de explotación sexual son comerciales. Una forma gravísima a que están expuestas las jóvenes en ámbitos rurales y urbanos pobres es el rapto para ser sometidas a servidumbre sexual y doméstica. Frecuentemente, estos atrapamientos se interpretan como un arreglo de unión libre, pero la víctima no puede huir, renunciar ni denunciar por la amenaza de violencia que puede llegar hasta el asesinato. Muchos hombres mayores raptan a las adolescentes, las violan, las explotan y, luego, las trafican o devuelven a sus casas.

---

### **2.1.6 Acceso a información**

---

El poder informarse—sobre sus cuerpos, la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, los medios de contracepción, la legislación de sus países y otros temas más—es clave para que las mujeres puedan alcanzar el ejercicio de sus derechos. En este sentido, la educación sexual es de vital importancia, sin embargo esta es escasa (*ver sección 3.3.2*) y la poca que hay se maneja con enfoques biológicos y religiosos sin elementos de análisis y reflexión. La sexualidad casi no se toca ni en los colegios ni en los mensajes dirigidos a la población en general. Cuando se trata, tiende a ser en términos de promover la abstinencia entre las jóvenes y para asustarles sobre los riesgos de las relaciones sexuales.

Según datos oficiales de El Salvador, la mayoría de las jóvenes entrevistadas en 1998 contaban con información sobre estos temas, especialmente en áreas urbanas. Sin embargo, la información con que contaban era bastante limitada. Por ejemplo, solamente 40% de las menores de 20 años tuvieron conocimientos



sobre riesgo reproductivo y el espacio ínter genésico, cifra que solamente subió a 59% entre las mayores de 34 años. Si bien 91% de las mujeres de 15 a 49 años habían oído hablar del SIDA, solamente 54% y 51% habían escuchado de sífilis y gonorrea respectivamente y mucho menos tenían conocimiento sobre otras enfermedades de transmisión sexual. Además, circula información errónea que puede ser peligrosa. Por ejemplo, una de cada seis salvadoreñas cree que existe curación para el SIDA. La situación en los demás países no es mejor. En Honduras, según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, sólo un tercio de las mujeres de 15 a 24 años encuestadas en áreas rurales asistió a charlas de educación sexual y, sobre el total de la muestra, el 54% de las mujeres no habían recibido ninguna capacitación al respecto.

---

### ***2.1.7 Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva***

---

Tres tipos de factores se combinan para obstaculizar el acceso de las mujeres centroamericanas a estos servicios: la limitada oferta; su baja calidad; y, condiciones que limitan o hacen retardar la búsqueda de atención. Como resultado, un alto porcentaje de las mujeres no se atienden en los servicios oficiales aún en cuestiones tan elementales como el control pre-natal, el parto o el control pos-parto. En El Salvador el 42% de los partos no se atienden en los hospitales y este porcentaje sube a 57% en las áreas rurales. En Guatemala, el 59% de las mujeres da a luz en su casa con la asistencia de una partera tradicional, amiga o pariente, lo cual no necesariamente es negativo pero demuestra el limitado alcance de los servicios formales y la baja confianza que la población los tiene.

#### **Limitada oferta<sup>4</sup>**

Los sistemas de salud en general son deficientes. La mayoría de la gente tiene que buscar servicios en hospitales y clínicas que cuentan con poco personal que está mal pagado y con limitada disponibilidad de equipos y medicamentos. Además, se encuentran físicamente distantes, especialmente en las áreas rurales. En Nicaragua el financiamiento del sistema de salud público para el 2003 fue de solo \$22 por persona, mientras en Guatemala fue aún menor, alcanzando como promedio en los últimos años menos de \$15 por año. Desde estos montos magros, el financiamiento para programas que atienden las necesidades específicas de las mujeres es poquísimo; en Guatemala en 2001, no alcanzó siquiera el 5% del total.

Las limitaciones en la oferta de servicios también responden a los conceptos con que están diseñados o ejecutados. La atención primaria no se dirige a las necesidades de las mujeres sino al binomio madre-hijo bajo el cual la salud de las mujeres se atiende en función de las necesidades de los fetos y los infantes. Hay resistencia a ofrecer una atención adecuada a las necesidades de las adolescentes, prefiriéndose confiar en la promoción de la abstinencia sexual. Las mujeres con VIH SIDA tienen menos oportunidad que los hombres de recibir medicamentos de las entidades del Estado o privadas, que privilegian a los jefes de familia por ser supuestamente los proveedores económicos. En el caso de Honduras, si están embarazadas reciben un trato inhumano del sistema de salud: les suministran retrovirales pero se los retiran después del parto.

#### **Baja calidad**

Los servicios que las mujeres pobres reciben se caracterizan por una deficiente calidad de

atención. Entre los problemas más citados por mujeres urbanas de Honduras fue la falta de calidad humana en la atención. Varias relataron sobre los tratos indignos, discriminación y abusos que han sufrido. Mujeres de El Salvador comentaron como los profesionales de salud abordan la atención médica de manera prejuiciosa y culposa y frecuentemente sin proporcionar explicaciones sobre sus decisiones.

Detrás de esta situación se halla la falta de capacitación y motivación del personal así como la ausencia de planes o políticas nacionales que orienten la atención en salud sexual y reproductiva de manera efectiva. En este vacío, los prestadores de los servicios actúan desde su visión personal, partiendo en muchos casos de sus propios prejuicios, aún cuando exista en papeles un marco de política, como en los casos de Guatemala y Honduras.

#### Limitada o tardía búsqueda de atención

La baja calidad de atención se combina con la falta de información y conocimiento y con las vivencias de vergüenza y culpa con las que fueron educadas, para que muchas mujeres tengan miedo a la atención médica. Se tiende a acudir para atención ginecológica en casos de extrema urgencia, generalmente en el momento del parto o frente a casos de hemorragia, cuando no se puede eludir la atención profesional. Aun las parturientas con alto riesgo frecuentemente ingresan cuando ya están en labor de parto.

Los parientes y compañeros de las mujeres también pueden ser responsables de que las mujeres no recurran a los servicios de salud. Las mujeres Salvadoreñas mostraron preocupación frente al total desconocimiento e incompreensión de sus parejas frente a las decisiones de los profesionales de la salud.

En condiciones extremas sus parejas o familiares deciden sobre su vida o su muerte ya que, en los casos de embarazos, partos o abortos complicados, la decisión de llevar o no a la mujer al servicio de salud frecuentemente es tomada por el compañero de hogar o la familia.

Sobre todos estos factores, impacta la pobreza. Por un lado está la pobreza de la mujer y de su familia que les hace muy difícil pagar la atención médica o los medicamentos o imposibilita conseguir transporte rápido a centros de salud. Por otro lado está la pobreza general de las zonas rurales, desprovistas de servicios, alejadas de los centros de atención y con infraestructura de transporte totalmente inadecuada para situaciones de emergencia.

---

#### **2.1.8 Acceso a anticoncepción**

---

La gran mayoría de las mujeres cuentan con información sobre algunas formas de anticoncepción, por ejemplo desde Honduras se ha reportado que 99.9% de las mujeres casadas o unidas tenía información sobre algún método anticonceptivo. No obstante, esto no quiere decir que la información con que cuentan sea completa ni siquiera que sea fidedigna. Aparte de los mitos y mal entendimientos, hay desinformación, cómo la que difunde la iglesia Católica alegando que los condones no protegen contra el embarazo ni el VIH SIDA<sup>5</sup> o que las píldoras de emergencia son abortivas. A la vez, la información sobre anticoncepción brindada por las instancias oficiales tiende a sufrir de varios sesgos importantes (*ver sección 3.3.3*).

Por otro lado, para que los conocimientos sean llevados a la práctica median una serie de factores de mucha importancia, entre ellos el limitado poder de negociación que tengan

las mujeres con sus parejas que puedan oponerse al uso de anticonceptivos, especialmente los condones. Por ejemplo, el 37% de las mujeres Salvadoreñas manifestaron no usar el condón porque a su pareja no le gusta. Otros factores incluyen:

◆ ***El nivel de educación y lugar de residencia.***

Las mujeres con mayores niveles de educación o que viven en áreas urbanas tienen mayores niveles de uso de métodos anticonceptivos.

◆ ***Creencias y actitudes culturales.*** El uso de la anticoncepción está condicionado por las percepciones de las mujeres de la sexualidad y la maternidad, y por la influencia de la iglesia.

◆ ***Pobreza.*** Todo método anticonceptivo no natural tiene su costo salvo que sea brindado a través de un programa gratuito. Este costo limita el acceso de las más pobres.

◆ ***Trabas burocráticas.*** Por ejemplo, mujeres de la Colonia Cruz Roja en Tegucigalpa, Honduras señalaron que, para obtener pastillas anticonceptivas, el personal del centro de salud les exige ir a un control cada veintidós días.

◆ ***Actitudes de las personas prestando servicios.*** Si considera que la anticoncepción de emergencia (PAE) es abortiva tal vez no la administre. Empero, las mismas personas a veces son capaces de hacerle la esterilización a una mujer campesina pobre que ha tenido muchos hijos, sin pedirle su consentimiento informado.

Como resultado de este conjunto de factores, hay un gran porcentaje de mujeres que no usan anticonceptivos. En Guatemala, solamente 60% de las mujeres casadas o

con pareja usan algún tipo de método anticonceptivo, y el porcentaje es mucho menor entre mujeres indígenas. Desde Honduras y Nicaragua, se reportó que las mujeres que menos usan anticonceptivos son las jóvenes de 15 a 19 años. En el caso Hondureño, solamente 41% de las mujeres entre estas edades usaban métodos anticonceptivos comparado con aproximadamente 60% en los demás rangos de edad. El porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos desde el comienzo de su vida sexual es aun menor. Solamente el 10% de las mujeres Salvadoreñas de 15 a 24 años con experiencia sexual había usado anticonceptivos en su primera relación sexual.

Otra realidad preocupante es que los métodos más usados por las mujeres son los más agresivos, por ejemplo la esterilización, y los menos seguros, como los naturales. En contraste, hay muy poco uso de los condones a pesar de ser un método económico, no agresivo y que protege contra enfermedades. Se debe notar, que los métodos más usados se relacionan estrechamente con la oferta y promoción de los servicios de salud. Las mujeres rurales y pobres se ven obligadas a usar los métodos ofrecidos por las instancias oficiales con el apoyo de agencias de cooperación como la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP). El predominio de los métodos agresivos y el poco uso del condón, sugiere que estos programas dan a las mujeres pocas posibilidades de elegir de manera informada el método más conveniente para su salud.<sup>6</sup>

Finalmente, se debe observar que, a pesar de todas las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a la anticoncepción, ellas cargan con el peso del control de la natalidad



mientras los hombres eluden su responsabilidad. Una cifra desde Honduras demuestra esta realidad: por cada 125 mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años que se han sometido a la esterilización quirúrgica, solamente hay un hombre que se ha practicado la vasectomía.

---

### **2.1.9 Acceso al aborto**

---

El aborto es totalmente ilegal en El Salvador y Honduras y fuertemente restringido en Guatemala y Nicaragua (*ver sección 3.3.4*). De esa manera, cualquier mujer que desea terminar un embarazo encuentra grandes dificultades para ejercer de esta forma su derecho de ‘controlar y decidir libremente y con responsabilidad sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva’<sup>7</sup>, aun si su vida peligra. Estas prohibiciones se constituyen sobre y refuerzan aun más las barreras culturales al aborto.

En Centroamérica, la mayor influencia cultural en este tema es la condena de la iglesia, especialmente la de la jerarquía de la Iglesia Católica. Los medios frecuentemente la refuerzan, caracterizando la decisión de abortar como una decisión egoísta de la mujer resultado de su promiscuidad. Asimismo, se tiende a estigmatizar a las organizaciones y personas que están por la despenalización del aborto. Como resultado, quien recurre al aborto arriesga la condena social además de la sanción penal, y el tema se trata como un tabú.

Vale enfatizar que la oposición de la iglesia al aborto no solo se deriva de su muy mentada afirmación que la vida comienza desde la concepción sino también desde su visión de la maternidad como el destino de todas las mujeres. Estas creencias son recogidas y

repetidas en los medios. Por ejemplo, en medio de un debate acalorado sobre el aborto terapéutico en Nicaragua, un editorial de *La Prensa* sentenció ‘La dignidad y la originalidad de la mujer nacen de sus poderes generativo y nutritivo’.<sup>8</sup>

Finalmente, la pobreza limita el acceso de la mayoría de las mujeres al aborto seguro. La prohibición del aborto lleva a que haya pocos proveedores de servicios de calidad y sus precios sean altos. La gran mayoría de las mujeres no tienen acceso a esos servicios y buscan recursos extremos y de alto riesgo. En este contexto, la despenalización del aborto se convierte en un asunto de justicia social y equidad económica.

## **2.2 El impacto de la negación de los DSDR en la salud de las mujeres y en la reproducción**

Sería equivocado considerar los indicadores de salud física y de reproducción como la expresión más importante de la negación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. No obstante, sirven como una manera importante de demostrar la magnitud de sus efectos. Además, cuando se trata de incidir en los gobiernos, resulta estratégico que los datos mayormente provengan de instancias del estado.

---

### **2.2.1 Embarazos no deseados y prematuros**

---

En el caso de Honduras, se reportó que aproximadamente 25% de los nacimientos no son deseados. Entre mujeres que no tienen educación formal este porcentaje sube a 39%, mientras que para las mujeres con seis o más hijos o que son mayores de 40 años los porcentajes son de 56% y 57%.

Según un informe de la ONG Save the Children,<sup>9</sup> Nicaragua tiene la décima tasa más alta de nacimientos para mujeres adolescentes a nivel mundial con 135 nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años. Las cifras de Guatemala y El Salvador son 111 y 87 por 1,000 respectivamente que los coloca también entre los 25 países con tasas más altas. Otros datos sugieren que la tasa de Honduras es similar a la de El Salvador y que el 60% de las jóvenes Hondureñas que han estado embarazadas alguna vez tuvieron su primer embarazo antes de los 17 años. El censo Nicaragüense de 2001 informó que el 27% de las mujeres entre 15 y 19 años o estaban embarazadas o ya habían parido más de un hijo/o mientras entre las que no tenían educación el porcentaje fue el doble. Es evidente que muchos de los embarazos de estas jóvenes no son deseados ya que el 26% de los abortos ocurren en menores de 19 años. Asimismo, del aproximadamente 42% de las salvadoreñas entre 15 y 24 años que se había embarazada al menos una vez, 65% reportaron que habían tenido embarazos no planeados.

La maternidad pone a las jóvenes en una situación bastante difícil. Como sostiene Save the Children ‘Las madres adolescentes suelen ser marginadas. En gran medida, sus necesidades sanitarias y educacionales suelen ser desatendidas y ellas mismas no cuentan con la preparación suficiente para poder afrontar los retos que se les planteen a ellas y a sus hijos.’ En el caso de El Salvador, solamente el 27% de las jóvenes que dejaron de estudiar por causa del primer embarazo volvió a estudiar después del embarazo.

---

### **2.2.2 Mortalidad Materna**

---

La mortalidad materna es una de las primeras causas de muerte de las mujeres de la región.

Mayormente afecta a mujeres de áreas rurales y debido a causas prevenibles. En Guatemala, el Programa Nacional de Salud Reproductiva define como perfil de mujer más afectada el de ‘mujer indígena, con escasa educación, ama de casa y múltipara’.

Según los datos de los ministerios de salud de los cuatro países, sus tasas de mortalidad materna son de: 93 muertes por 100,000 nacidos vivos en Nicaragua; 108 en Honduras; 120 en El Salvador; y 153 en Guatemala. Sin embargo, estas estadísticas tienen muchos problemas, empezando por el hecho que las metodologías usadas frecuentemente son inadecuadas. Esta situación se puso en evidencia en Nicaragua en 2001 cuando fuentes oficiales publicaron cifras totalmente contradictorias. Mientras el Ministerio de Salud afirmó la tasa de 93 muertes por 100,000 nacidos vivos, la Presidencia de la República proyectaba reducir la tasa desde 148 a 129.

Según un informe de la OMS, UNICEF y FNUAP<sup>10</sup>, los mejores datos estimados para el 2000 son más altos en cada caso: 230 por 100,000 nacidos vivos en Nicaragua, 110 en Honduras, 150 muertes en El Salvador, y 240 en Guatemala. Por el lado positivo, estas tasas han bajado relativo a los estimados previos (1995), lo cual contrasta con el estancamiento de las tasas promedias en América Latina y el Caribe, y al nivel mundial.

Hay una fuerte relación entre la mortalidad materna y el aborto inseguro. En 1996 la entonces presidenta de Nicaragua, Violeta Chamorro, reconoció que el 24% de todas las muertes maternas en su país eran por aborto. Datos publicados por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) ese mismo año indicaban que el aborto inseguro fue la causa

principal de muerte materna en Guatemala (datos de 1989), la segunda en Nicaragua (1993–96) y la tercera en El Salvador (1992) y Honduras (1990). Tanto en Honduras, como Guatemala, se reportó que 10% de las muertes maternas se relacionaron con el aborto. En 1997, el porcentaje se mantuvo igual en Honduras y la mitad de los casos se relacionaron con abortos provocados.<sup>11</sup> Se debe agregar que el número de muertes por esta causa es probablemente mucho más alto que lo registrado. Como comentó la Guatemalteca Emma Chirix, hay una cultura de silencio sobre el aborto y sus efectos ‘En los pueblos... cuando una mujer ha tenido complicaciones en el aborto y muere, se dice “murió una joven” y “murió de fiebre”, y ahí se queda’.

También hay una fuerte relación entre los embarazos prematuros y la mortalidad materna. Según el informe de Save the Children, las jóvenes entre 15 y 19 años corren el doble de riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las mujeres mayores; el riesgo para las niñas menores es aun más alto. Cifras de Nicaragua demuestran que el 30% de las muertes maternas en 2002 fue de adolescentes.

---

### **2.2.3 VIH SIDA**

---

Un informe reciente del Banco Mundial reporta que cuatro de los seis países con más alta incidencia de esta infección en Latinoamérica se encuentran en Centroamérica, siendo Belice, Honduras, Panamá y Guatemala.<sup>12</sup> Se reportó que la epidemia en la región es ‘grave y se está empeorando y... se está generalizando en algunos países’. En El Salvador la tasa de incidencia aumentó desde 2.4 por 100,000 habitantes en 1991 a 17.3 el año 2001.

La vía de contagio actual es principalmente heterosexual, siendo responsable del 76% de los casos en El Salvador y 84% en Honduras, así contribuyendo a la feminización de la epidemia. En Guatemala, hace 10 años había 1 mujer infectada por cada 8 hombres; actualmente la relación es de 1 en 3. En Honduras el porcentaje de casos de SIDA entre mujeres ha llegado a 41%. La proporción de mujeres con SIDA es menor en El Salvador y Nicaragua pero hay indicios de que se está agravando, especialmente entre las jóvenes.<sup>13</sup> Entre 1991 y 2002 en El Salvador, las mujeres constituyeron el 20% de los casos de SIDA pero el 29% de las personas VIH positivas; entre los jóvenes de 10 a 19 años, el 37% de los infectada/os eran mujeres. En Nicaragua, a diciembre del 2002, 25% del total de personas afectadas eran mujeres pero entre adolescentes de 15 a 19 años la cifra fue de 44%.

El crecimiento de la epidemia entre las mujeres se refleja también en las muertes de mujeres en edad reproductiva. Entre 1990 y 1997, el porcentaje de estas muertes a causa de SIDA en Honduras se quintuplicó desde poco más de 3% al 17%, siendo la primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva. En El Salvador, el SIDA ya constituye la quinta causa de muerte hospitalaria de mujeres entre 20 y 59 años de edad, elevándose a la tercera causa entre mujeres de 30 a 49 años.

### *3 Las políticas públicas de los estados centroamericanos: ¿promueven o obstaculizan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos?*

#### **3.1 Acuerdos internacionales**

En el transcurso de los últimos 25 años, y a partir de la incidencia de grupos de mujeres de muchos países, se ha ido construyendo el concepto de los DSDR a nivel internacional. Como resultado, a través de diversos instrumentos de la política internacional, se ha establecido una serie de derechos importantes para las mujeres en esta área.

Entre los acuerdos más importantes están la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (CIPD) de 1994, y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en 1995 en Beijing. El texto que sintetiza más claramente el entendimiento internacional de los DSDR es el párrafo 97 de la Plataforma de Acción de Beijing que reza, 'Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de controlar y decidir libremente y con responsabilidad sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación o violencia'.

Los derechos así reconocidos, se pueden agrupar entorno a tres aspectos de la problemática de la sexualidad y la reproducción de las mujeres:

- ◆ **Autonomía.** Libertad de decisión sobre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción en todo sentido: si, con guíen, cómo y cuándo.
- ◆ **Salud.** Acceso sin discriminación a los medios necesarios para lograr 'un estado general de bienestar físico, mental y social... en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos',<sup>14</sup> incluyendo la planificación familiar.
- ◆ **Protección.** Contra explotación, violencia y mutilación. Asimismo, defensa de los derechos laborales de las embarazadas, incluyendo adecuada consideración de su salud.

El énfasis ha sido en los derechos reproductivos mientras que el término "derechos sexuales" no se ha incluido en los textos oficiales. No obstante, los derechos sexuales están incluidos de manera implícita en varios acuerdos internacionales. Por ejemplo, la definición de la CIPD de la salud reproductiva reconoce que este 'entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia'.

Se debe notar que estos acuerdos no incluyen protección contra discriminación en base a la orientación sexual. Ultimamente, ha habido intentos de aprobar una resolución en este sentido a través de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en Ginebra

pero su progreso ha sido bloqueado por delegaciones fundamentalistas y conservadores. No obstante, este derecho sí figura en algunos documentos del Sistema de las Naciones Unidas.<sup>15</sup>

Los países centroamericanos se han comprometido a promover el respeto de los derechos así definidos, ya que han firmado todos los principales instrumentos internacionales sobre los DSDR. Si bien en su momento expresaron algunas reservas, estas principalmente se dirigían a asegurar que algunos aspectos de los acuerdos no se interpretasen como sancionando el aborto o estableciendo derechos para familias formadas por parejas homosexuales o lesbianas, temas que de todas formas han sido escasamente abordados en las conferencias internacionales. En la mayoría de los demás aspectos se ha dado su respaldo sin observaciones.<sup>16</sup> Además, son participantes en varios acuerdos e instrumentos del sistema interamericano que promueven el cumplimiento de los acuerdos internacionales.<sup>17</sup>

### 3.2 Globalización y fundamentalismos

A pesar del reconocimiento formal de los DSDR, se debe notar que la globalización del modelo neoliberal y el crecimiento paralelo de los fundamentalismos y demás sectores conservadores religiosos están impactando de manera muy negativa en el ejercicio de estos derechos.

Las políticas neoliberales han llevado a la privatización de las empresas y los servicios básicos y la reducción de los gastos sociales del Estado, así reduciendo los servicios de salud y aumentando el costo de atención. Por ejemplo, los centros de salud hondureños y

salvadoreños tienen que sostenerse sobre todo con el cobro de la atención y el aporte de las comunidades. Como consecuencia, se está reduciendo la cobertura y la calidad de los servicios y el acceso de las mujeres pobres a los mismos con efectos directos en su salud sexual y reproductiva. A la par, se viene promoviendo la descentralización del sector de salud sin prever sus efectos en esta área. Un estudio de 1998<sup>18</sup> encontró que la descentralización estaba impactando negativamente en los servicios de salud sexual y reproductiva. Se reportó que frecuentemente ni la agenda de la CIPD ni las políticas nacionales se implementaban al nivel local, o por falta de presupuesto o porque los agentes locales estaban en desacuerdo con su implementación. Esto fue especialmente claro en cuanto al tratamiento de abortos incompletos y los servicios de salud sexual para adolescentes.

Entre otros efectos del neoliberalismo están la apertura de fronteras que ha facilitado la transnacionalización de las redes de tráfico de mujeres (*ver sección 2.1.5*), y el abuso de los derechos de las mujeres en las zonas francas. Según un estudio en El Salvador, publicado por Las Méridas en 2001, se había exigido al 70% de las obreras de maquilas entrevistadas un examen de embarazo antes de ser contratadas. Por su lado, una investigación reciente en Honduras indica que la violencia y la explotación sexual han aumentado en las áreas donde está concentrada la inversión del capital trasnacional, sea en maquilas o en turismo.<sup>19</sup>

En cuanto a la influencia de los sectores fundamentalistas y conservadores, su creciente actividad en los foros políticos internacionales es notoria. Un ejemplo de sus éxitos es la eliminación, por presión del Vaticano y unos cuantos países



conservadores, en las “Metas del Milenio” de aquella que establecía que ‘todas las personas con edades apropiadas deben contar con acceso a servicios de salud reproductivo a más tardar en el año 2015’ aunque había sido adoptada en 1996 por los 21 gobiernos participantes en el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo y contaba con el aval del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.<sup>20</sup>

Desde que George W. Bush asumió la presidencia de los Estados Unidos en enero de 2001, la influencia de estos sectores se ha potenciado. Por un lado, se ha reafirmado y extendido principios conservadores en su política de ayuda internacional, firmando la “ley mordaza”<sup>21</sup> en el primer día de su gobierno y aprobando posteriormente un recorte significativo de recursos oficiales para el FNUAP.<sup>22</sup> Asimismo, en foros internacionales se ha señalado su deseo de retroceder en los avances logrados durante la década de los 90. Por ejemplo, durante este año, ante la reunión de seguimiento a los acuerdos del CIPD del Comité de Población y Desarrollo de la Comisión Económica Para América Latina y El Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL), el gobierno de los Estados Unidos presionaba activamente a los gobiernos Latinoamericanos. Se les envió una carta donde señaló que no refrendaría el Programa de Acción de la CIPD y que consideraba que, por el nivel de las delegaciones, no se podría aprobar la declaración que ratificaría el compromiso con los acuerdos de El Cairo.<sup>23</sup>

### **3.3 La incorporación de los DSDR en las leyes y políticas nacionales**

En todos los países de la región, la legislación y las políticas públicas apoyan pobremente el

ejercicio de los DSDR de las mujeres a pesar de que sus gobiernos han aprobado, en gran medida, los acuerdos de las cumbres internacionales. Algunos aspectos de estos acuerdos se han convertido en legislación y planes de acción, pero se han transcendido muy poco del papel a la práctica.

En parte esta situación responde a la falta de recursos pero a esto se suma la falta de voluntad política. Por un lado, la salud y la vida de las mujeres no son prioridades para los gobernantes. Por otro, hacer cambios profundos significaría confrontar a la jerarquía de las iglesias, a lo que tampoco están dispuestos. Encima de esto, la expansión de servicios que sería necesario para hacer efectivos los DSDR va en contra del modelo neoliberal.

Recientemente ha habido algunos avances. En Honduras se aprobaron las Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva y la Política Nacional de la Mujer durante el último quinquenio. Asimismo en Guatemala, se ha aprobado una serie de instrumentos políticos y legales a partir del año 2000. Sin embargo, casi todos los avances están en el área de la salud reproductiva, no en la salud sexual, ni cuentan con un enfoque de derechos.

Otro problema es que la incorporación, aunque sea tímida, de los DSDR en la legislación y las políticas nacionales implica constantes conflictos con los sectores conservadores. Como resultado las leyes y políticas oficiales se vuelvan fragmentadas y contradictorias. Asimismo, las leyes en esta área se vinculan escasamente al conjunto de la legislación nacional y las políticas nuevas no están transversalizadas en el conjunto de las políticas de los estados.

---

### 3.3.1 Salud sexual y reproductiva

---

#### Legislación y políticas propuestas y aprobadas

Los mayores avances normativos en esta área se han logrado en Guatemala y Honduras. En Guatemala, a partir del año 2000 se han aprobado los siguientes instrumentos que se dirigen parcial o completamente a esta área:

- ◆ Plan de Salud 2000–2004.
- ◆ Plan Nacional de Salud Reproductiva y su correspondiente programa.
- ◆ Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna.
- ◆ Ley de Desarrollo Social.
- ◆ Ley General para el Combate del VIH y SIDA y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH/SIDA y su programa respectivo.
- ◆ Programa de Atención Pos Aborto (APA).

La aprobación del último de estos instrumentos ha llevado a que Guatemala se ubique en la vanguardia sobre el tema a nivel Latinoamericano. No obstante, falta mucho para que el programa sea cabalmente implementado. Una evaluación a fines de 2002 demostró que se manejaba el concepto de atención pos aborto en sólo dos de los 37 hospitales que brindan atención materna. De los demás, 16 manejaba el concepto medianamente mientras 19 no lo implementaban en absoluto.

En el caso de Honduras, las Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley y el Plan de Igualdad de Oportunidades, y La Política Nacional de la Mujer incluyen una serie de elementos positivos. Entre estos se puede destacar:

- ◆ Se maneja un concepto integral de salud sexual y reproductiva planteando la corresponsabilidad de todos los actores sociales.
- ◆ Se reafirma el derecho de las personas y parejas a decidir sobre la reproducción.
- ◆ Se promueve la educación e información para lograr una sexualidad plena, responsable e integral.
- ◆ Se incorpora la violencia contra la mujer como un problema de salud y se establece que se deben ampliar los programas de apoyo a la población infantil víctima de explotación sexual comercial.
- ◆ Se propone capacitar y sensibilizar al personal de salud y se establece que los servicios públicos de salud deben brindar una atención de calidad a las mujeres que presenten complicaciones por abortos.
- ◆ Se proponen normas para que la población adolescente tenga acceso a los servicios de salud reproductiva a partir de los diez años de edad.
- ◆ Se establece que se debe ampliar la oferta de métodos de planificación familiar y consejería.

Negativamente, el aborto sólo se aborda para garantizar atención de calidad en casos de complicaciones. Asimismo, aunque se propone acciones para enfrentar la mortalidad materna, ni siquiera se menciona su relación con el aborto. Por otro lado, no se reconoce la subordinación de las mujeres en las decisiones sobre la reproducción y la sexualidad. Al contrario, se postula incluir la temática de masculinidad ‘para facilitar el papel del hombre en los procesos de decisiones en la salud sexual y reproductiva de la pareja’.

En Nicaragua, los intentos de avanzar en esta área se han tropezado fuertemente con la iglesia. Una de las primeras acciones del actual gobierno fue la presentación del documento “Hacia un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” como parte de las reformas del sector salud. Sin embargo, el uso del término “derechos sexuales y reproductivos” significó que se retiró un mes más tarde. De manera similar, hace varios años se viene promoviendo una ley de igualdad de derechos y oportunidades que fue diseñado en un proceso de muy amplia consulta y que habría introducido varios avances importantes en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Esta iniciativa ha sido bloqueada por varios años y, en 2003, se integraron al proyecto de ley una serie de modificaciones propuestas por la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica que la desnaturalizan casi por completo.

Recientemente se ha aprobado el Plan Nacional de Salud, al cual, a pesar de que fue consultado con el movimiento de mujeres, no se incorporaron ninguna de sus propuestas. Hay grandes contradicciones entre sus enunciados y con el Plan Nacional de Desarrollo, la Política Nacional de Salud y la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza. Cada uno de estos documentos señala prioridades diferentes para el sector salud, y no mencionan en ninguno de ellos el aborto inseguro, a pesar que reconocen la preocupación por las altas tasas de mortalidad materna, de la que se considera el aborto inseguro como causa principal.<sup>24</sup>

#### Legislando contra el VIH SIDA

En los cuatro países se han aprobado leyes de prevención y control del VIH SIDA. Un punto importante que tienen en común es que buscan proteger los derechos de las personas

viviendo con esta enfermedad, incluyendo su derecho a ser tratadas sin discriminación. Otro aspecto importante es la creación de normas sobre la educación e información.<sup>25</sup>

No obstante, la efectividad de la legislación tiende a ser limitada por las presiones de las iglesias y por prejuicios comunes. Por un lado, se evita promover el uso de los condones, por ejemplo en la información brindada a jóvenes que enfatiza la abstinencia y relega el uso del condón al lugar del último recurso. Aun peor, en Nicaragua, funcionarios del Departamento de Valores Morales del Ministerio de Educación vetan toda mención por la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA del uso del condón. Por otro lado, los prejuicios y creencias predominantes frecuentemente causan que las personas con VIH SIDA estén sujetas a diversas formas de discriminación, inclusive por las personas encargadas de la implementación y monitoreo de la legislación. El Ministerio de Salud de Guatemala ha admitido que todavía hay miedo e ignorancia entre su personal.

Finalmente, se debe notar que las políticas de protección de patentes en la región amenazan con socavar cualquier avance en el tratamiento de las personas con VIH SIDA ya que se limita el acceso de la población a los medicamentos genéricos. En el caso más extremo, en 2003 el congreso de Guatemala prohibió la producción de medicamentos genéricos.

#### Enfoque en salud reproductiva

Con la excepción del tema de VIH SIDA, estas normas estatales tienen un fuerte énfasis en los aspectos reproductivos. Hay ejemplos de acción sobre la salud sexual, pero son las excepciones a la regla. Más aún, todavía hay una tendencia a enfocar la salud reproductiva de las mujeres en términos de salud materno infantil. Por ejemplo, aunque las políticas



Guatemaltecas contemplan un amplio rango de temas, en la práctica se enfatizan la atención materna infantil y la anticoncepción. En el caso de Nicaragua, según Freddy Cárdenas, Responsable de la Unidad de Gestión Ministerio de Salud–FNUAP, ‘Ha habido un enfoque... orientado a la atención a la mujer embarazada, al control de la niñez y ahora de la adolescencia’ mientras que ‘la sexualidad es un tema que el ministerio ha tocado poco dentro de las unidades’.

#### Obstáculos a la implementación

A pesar de sus limitaciones, las leyes y políticas aprobadas constituyen un avance en relación con la situación anterior. Por lo mismo, es lamentable que su traducción a la práctica resulte muy difícil. Para el efecto se enfrenta una serie de obstáculos, los cuales en el fondo reflejan actitudes sociales. Frecuentemente el problema principal es la falta de financiamiento pero este se debe tanto o más a las prioridades de los gobiernos que a limitaciones absolutas. En el caso de Guatemala, la Ley de Desarrollo Social establece que el Ministerio de Finanzas fijará anualmente una partida específica para su implementación pero todavía no se ha logrado, de manera que la cooperación internacional sigue siendo el principal proveedor de recursos. Asimismo el APA se financia desde la cooperación internacional. En Nicaragua, existe en papeles un Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia pero no funciona por falta de presupuesto.

La falta de voluntad también se puede manifestar a través de la acción o inacción de legisladores y de funcionarios del Estado. La ley Hondureña de igualdad de oportunidades fue aprobada en el 2000 pero todavía el Congreso no la ha reglamentado dejando así su implementación al criterio personal de

funcionarios públicos. Entre funcionarios de los servicios de salud es frecuente observar que se oponen a la implementación de las nuevas políticas. Debido a convicciones religiosas o morales no proporcionan a las mujeres la información y recursos adecuados, especialmente cuando se trata de mujeres jóvenes y adolescentes que no tienen pareja constituida.

---

### ***3.3.2 Educación Sexual***

---

Las grandes limitaciones de la educación sexual tienen sus raíces en la acción e inacción de los gobiernos que parecen querer promoverla lo mínimo posible. Actualmente, en Guatemala no existe un programa oficial de educación sexual. Supuestamente, se está trabajando sobre la inserción de contenidos sobre sexualidad en temáticas más amplias, no obstante, por el momento los estudiantes carecen de información en este campo, salvo en lo relacionado con el VIH SIDA.

A nivel formal el Estado Nicaragüense ha asumido su responsabilidad para la educación sexual a través de una serie de instrumentos incluyendo el Código de la Niñez y la Adolescencia y el Programa de Educación en Población y de la Sexualidad. No obstante, no se han puesto en marcha estas medidas. A principios de 2003, el Ministerio de Educación publicó un manual de educación sexual pero fue objeto de un furibundo ataque, liderado por la jerarquía de la Iglesia Católica, en que se acusaba de promover el aborto y la homosexualidad, de no respetar la idiosincrasia nacional y de empujar a los jóvenes al vicio. Como resultado, el Presidente de la República decidió retirar el manual, diciendo que lo iba a revisar y consultar con ‘todos los sectores’ para que recoja ‘los valores morales cristianos del pueblo nicaragüense’. El resultado final ha

sido el “Manual para la vida”, que ha convertido lo que era un manual de educación sexual en un catecismo.

La experiencia de El Salvador y Honduras es muy similar. En el año 1999 el Ministerio de Salud de El Salvador, en coordinación con las organizaciones de mujeres, publicó el “Manual de Adolescentes para Adolescentes”, pero esto fue retirado en el mismo año por la oposición de la iglesia y el movimiento conservador “Si a la Vida” con el argumento que promoviera el libertinaje.<sup>26</sup> En el 2003, la Asociación Hondureña de Lactancia Materna elaboró el manual “Hablando con los Jóvenes de Sexualidad” con financiamiento de USAID. Sin embargo, después de ataques de grupos “pro vida”, el Congreso Nacional intervino en el asunto y la Secretaría de Educación prohibió su distribución, y uso parcial o total.<sup>27</sup>

---

### **3.3.3 Anticoncepción**

---

Las políticas nacionales sobre la anticoncepción adolecen de varias limitaciones importantes empezando desde el hecho que casi todos los servicios e información están dirigidos hacia las mujeres, dejando a los hombres mayormente al margen de esta responsabilidad. Otras limitaciones incluyen:

- ◆ Todavía se enfatiza la abstinencia sexual, especialmente hacia las y los jóvenes, aunque no es una alternativa real para la mayoría de personas. En Honduras, medidas importantes contempladas para las mujeres adultas—la implementación de consejerías en anticoncepción y acceso a la anticoncepción de emergencia (PAE)—no han sido consideradas para las adolescentes aunque las jóvenes de 15 a 19 años constituyen el rango de edad de mujeres que menos usan anticonceptivos y en que se produce el

primer embarazo entre las mujeres rurales, pobres, y menos escolarizadas.

- ◆ Hay distorsiones en la promoción y oferta de los diferentes métodos. Por un lado, en Guatemala, se sobredimensiona la promoción de métodos naturales, recomendando el coito interrumpido inclusive. Por otro lado, la Secretaría de Salud de Honduras ha promovido la PAE por encima de los métodos regulares, incluyendo los condones, lo cual hace sospechar que se ha dejado influir por las compañías transnacionales de fármacos que producen estas píldoras.

---

### **3.3.4 Aborto**

---

Los estados Centroamericanos restringen fuertemente el acceso al aborto. En El Salvador y Honduras se prohíbe sin excepción mientras en Guatemala solamente se permite si la vida de la mujer está en peligro. La ley Nicaragüense permite el aborto por “razones terapéuticas” pero no define este término, dejando que su significado sea interpretado por tres especialistas del Ministerio de Salud quienes serán designados caso por caso. Sin embargo, no se está aplicando la ley, no se están realizando abortos terapéuticos en ninguno de los hospitales públicos del país.

La prohibición total en El Salvador y Honduras representa un gran retroceso legal. En El Salvador, hasta 1998 se permitía el aborto en los casos en que la vida de la madre peligraba, de violación sexual y de malformaciones fetales. En Honduras, el aborto terapéutico estuvo permitido desde 1906 hasta 1984 en que año fue eliminado entre otras reformas al código penal. La reforma hondureña se sustentó en artículos de la constitución que establecen que “El

derecho a la vida es inviolable” y “Al que está por nacer se le considerará nacido para todo lo que favorezca dentro de los límites de la ley”. En el caso Salvadoreño, la constitución se modificó después de aprobada la ley, estableciendo la protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción.

Aunque el aborto terapéutico sigue siendo legal en Nicaragua, en la Asamblea Nacional está en discusión un nuevo código penal que introduce varias modificaciones que restringirían el acceso al aborto terapéutico.<sup>28</sup> Entre estas, la más negativa es la introducción de un nuevo delito: ‘lesiones en el que está por nacer’ con el que se establecen graves penas a quien causare ‘una grave alteración física o psíquica al feto’.

El impacto de la prohibición del aborto no es su reducción, ya que las mujeres siguen recurriendo a esta práctica. Más bien su impacto es de condenar a la muerte, a la discapacidad o la cárcel a las mujeres pobres al excluirlas de la atención oportuna y de calidad en caso del aborto, y por aumentar el riesgo de muerte de las mujeres que requieren un aborto terapéutico oportuno. La ilegalidad del aborto lo vuelve clandestino y, muy frecuentemente, inseguro. Muchísimas mujeres sufren complicaciones por haberse sometido a un aborto inseguro pero su miedo a ser detenidas les lleva a buscar atención médica de manera tardía. Encima, muchas de las que han recurrido a los hospitales por complicaciones del aborto denuncian que sufrieron mal trato, llegando en algunos casos hasta procedimientos inhumanos como legrados sin anestesia.

Estos impactos caen más sobre las mujeres pobres. Por un lado, porque ellas no pueden pagar los altos precios cobrados por los proveedores privados de servicios de calidad,

ni mucho menos recurrir a un aborto en el extranjero y se ven obligadas a la práctica del aborto inseguro con alto riesgo para la salud y la vida. Por otro, porque son también las que tienen menos acceso a los servicios de salud que proveen información, consejería, métodos de planificación familiar, y anticonceptivos de emergencia, para prevenir embarazos no deseados.

Finalmente, es de notar que la ilegalidad del aborto contribuye al subregistro tanto del procedimiento como de sus consecuencias. En este sentido la prohibición resulta una medida engañosa: no reduce el problema pero lo tapa para que se puede fingir que no sea tan grave.

---

### ***3.3.5 Orientación sexual***

---

El único país de la región que ha legislado en contra de la homosexualidad es Nicaragua. Desde 1992, su código penal incluye el delito de sodomía, definiéndolo como ‘la inducción, promoción, propagandización o práctica en forma escandalosa del concubito entre personas del mismo sexo’. Entre las nuevas reformas del código aprobadas en lo general en el 2000 se incluye la eliminación de este artículo, sin embargo, en el proceso del debate capítulo por capítulo es perfectamente posible que se vuelva a ratificar.

Aunque los demás países no tienen leyes que discriminen en contra de los homosexuales o las lesbianas, en las conferencias mundiales se han resistido al reconocimiento de sus derechos (*ver sección 3.1*).<sup>29</sup> También se encuentran ejemplos de discriminación oficial. Por ejemplo, en Honduras, la Ley de Policía y Convivencia Ciudadana de 2001, que sanciona a las personas que se dirijan a otras con ‘proposiciones deshonestas, irrespetuosas, o la moleste con gestos y actitudes que ofendan el

pudor', ha sido utilizado como pretexto para el hostigamiento de organizaciones de homosexuales en la vía pública.

---

### **3.3.6 Violencia sexual**

---

Esta es, tal vez, el área de los DSDR donde los estados centroamericanos han logrado el mayor avance normativo. En el caso de Nicaragua, los gobiernos sucesivos han dispuesto una verdadera batería de medidas que tratan la violencia sexual. Estas incluyen, entre otras, la ley 150 sobre delitos sexuales, el Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual para 2001-2006, las Comisarías de la Mujer y la Niñez, y la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia.<sup>30</sup> Avances en otros países incluyen la Ley Reformada contra la Violencia Intrafamiliar de El Salvador, que incluye la violencia sexual como una categoría específica, y la integración al código penal hondureño de los delitos de hostigamiento y acoso sexual.

La dificultad de estas normas se halla en su pobre implementación que, en el fondo, responde a la falta de voluntad política de los gobiernos de la región de enfrentar los obstáculos prácticos. Estos son muchos e incluyen los siguientes.

- ◆ Falta de asignación de presupuesto. El Plan Nacional Nicaragüense queda en papeles porque no se ha asignado un presupuesto.
- ◆ Falta de coordinación eficaz con la sociedad civil. Los gobiernos centroamericanos utilizan diversos espacios para decir que consultan con la sociedad civil, condición de muchos donantes, pero no se traduce en acciones concretas.
- ◆ Los sistemas de justicia se manejan con criterios patriarcales. Las demandantes

tienen que lidiar con la actitud de muchos funcionarios quienes culpabilizan a la mujer. Aun en las Comisarías de la Mujer Nicaragüenses, se hace prevalecer la "estabilidad familiar" ante la posibilidad de una separación o divorcio así llevando a un número preocupante de arreglos extrajudiciales. Igual situación ocurre en Honduras, sobre todo en los centros urbanos menores y áreas rurales.

- ◆ La corrupción prevalece en los sistemas de justicia; los agresores influyentes en la mayor parte de los casos logran salir en libertad, y además, es frecuente "comprar" testigos y hasta jueces/as.
- ◆ Los sistemas de atención y denuncia están fragmentadas. En el caso Salvadoreño, la validez de los exámenes médicos depende de los peritajes hechos por médicos forenses del Instituto de Medicina Legal y la denuncia se debe hacer en la Fiscalía General de la República. Sin embargo, las víctimas acuden a diferentes instancias – servicios de salud, ONGs, el Instituto Salvadoreño de la Mujer, la policía y servicios privados – que no tienen la coordinación interinstitucional necesaria como para atenderlas satisfactoriamente.

---

### **3.3.7 Explotación comercial sexual**

---

La legislación de los países centroamericanos incluye varias disposiciones en este campo, sobre todo para penalizar el proxenetismo, mientras que la prostitución en sí es legal. No obstante, en la práctica es frecuente que las cosas funcionan al revés: los oficiales de la policía hostigan a las personas que ejercen el comercio sexual, sin que sean molestados ni los proxenetes ni sus "clientes".

Actualmente en Honduras y Nicaragua, órganos oficiales participan en la promoción

de reformas legales que ampliarían el control de la explotación sexual. Entre otras medidas se propone la tipificación de nuevos delitos incluyendo explotación sexual comercial, turismo sexual, el tráfico de personas con objetivos sexuales, la pornografía con niñas, niños y adolescentes y las prácticas sexuales remuneradas con adolescentes. En Nicaragua, la Coordinadora de organizaciones que trabajan con la niñez formuló una serie de propuestas que están en la Comisión de Justicia en espera que sea debatido el nuevo código penal.

### **3.4 La iglesia y el reconocimiento por el Estado de los DSDR**

#### ***3.4.1 Influencia en los gobiernos***

La influencia de la iglesia y sus aliados conservadores ha tenido múltiples impactos en las leyes y políticas relacionadas con los DSDR: se ha prohibido o fuertemente restringido el aborto, dificultado el acceso a anticoncepción y a servicios de salud, obstaculizado la educación sexual, bloqueado el reconocimiento de los derechos de las personas que no sean heterosexuales y entorpecido la justicia en casos de violencia y explotación sexual. Principalmente se trata de la Iglesia Católica, aunque las iglesias evangélicas también tienen un nivel de influencia importante, especialmente en Guatemala.

La iglesia ejerce este poder aunque los estados centroamericanos son laicos. La constitución de Honduras estipula que ‘Los ministros de las diversas religiones, no podrán... hacer en ninguna forma propaganda política invocando motivos de religión o valiéndose como medio para tal fin, de las creencias religiosas del pueblo’. La

constitución Nicaragüense es aun más claro, ‘Nadie puede eludir la observancia de las leyes ni impedir a otros el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes invocando creencias o disposiciones religiosas’. Ese artículo toca el meollo del asunto: el problema no es tanto que la iglesia se pronuncie, sino que los y las gobernantes e integrantes de las legislaturas se plieguen sumisamente a sus dictados, excusándose en que la mayoría de sus paisanos profesan ser cristianos. En este sentido, la Constitución es papel mojado. No existe una cultura y una conciencia social del significado del laicismo, ni en el pueblo, ni en las organizaciones de la sociedad civil, menos aún en la clase política.

La influencia de la iglesia radica no sólo en una cuestión de identificación religiosa sino también en sus relaciones con los grupos de poder. Las jerarquías de la iglesia y los integrantes laicos de organizaciones como los grupos “pro vida” y Opus Dei aprovechan de sus conexiones con los gobiernos y los medios para avanzar sus posiciones. Personas que trabajan directamente con estas organizaciones lograron participar en las delegaciones oficiales de Guatemala y Honduras en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing. Además, Mercedes Arzú de Wilson, presidenta de la fundación “pro vida” estadounidense “Family of the Americas” y hermana del presidente de Guatemala desde 1996 a 1999, Alvaro Arzú, utilizó sus relaciones con la “élite” política de su país, y con el Partido Republicano de los Estados Unidos y el Vaticano para influir fuertemente en las posiciones tomadas por Guatemala en esas conferencias.<sup>31</sup>

#### ***3.4.2 Cierre del debate***

La derecha religiosa busca evitar que se debata sobre los DSDR desde un análisis cuidadoso



de la realidad. Al contrario, se tiende a recurrir a argumentos diseñados para escandalizar al público aunque carecen de fundamento lógico. Por ejemplo, artículos de opinión publicados en los medios de Nicaragua han comparado el aborto con la pena de muerte y con la muerte de Jesús. En el caso del debate sobre el aborto en El Salvador, los movimientos religiosos fundamentalistas lograron evitar que se aclarasen los conceptos básicos de aborto terapéutico, ético y eugenésico o que se debatiera sobre el conflicto de intereses que se presenta cuando un embarazo pone en peligro la vida de una mujer.

Otra de sus estrategias es la de desacreditar a las organizaciones y personas que defienden la práctica legal del aborto o que promueven otra visión sobre la vivencia de la sexualidad. Las califican como “organizaciones de izquierda” y comunistas y se les acusa de promover la homosexualidad y el lesbianismo. Asimismo, plantean que la reivindicación de los derechos de las mujeres obedece a influencias foráneas, buscando restarle legitimidad con el argumento de que no se ajuste a las costumbres del país.

---

### ***3.4.3 Excepciones a su influencia***

---

La iglesia no siempre ha podido lograr sus objetivos. Su oposición al aborto es tan radical en Guatemala y Nicaragua como en El Salvador y Honduras pero todavía no ha logrado su prohibición absoluta en los dos primeros países. Además, los gobiernos tienen que tomar en cuenta las presiones de las organizaciones de la cooperación internacional. Muchas de estas, especialmente las de las Naciones Unidas, abogan por la implementación de los acuerdos de la CIPD y de Beijing o impulsan una orientación política sesgada al control del crecimiento de la población en los países de la región.

Estas tensiones pueden haber influido cuando el Ministro de Salud de Honduras no se doblegó frente a la oposición a las políticas de salud sexual y reproductiva y varias medidas más. Al contrario, convocó a una Comisión de Notables para que analizara la coherencia política y técnica de estos instrumentos. La comisión recomendó que se ejecutaran las políticas y rechazó las críticas principales de la Iglesia Católica.

La presión de la cooperación internacional también influyó en el rápido desarrollo de políticas y leyes en materia de salud reproductiva en Guatemala a partir del año 2000. Otros factores importantes incluyeron la incidencia del movimiento de mujeres y las iniciativas de algunos funcionarios/as públicos. Además, el gobierno que asumió el poder en ese año contaba con el apoyo de las iglesias evangélicas, lo que no era el caso de las administraciones anteriores. La pérdida de influencia que significaba para los católicos combinaba con actitudes más progresistas de las evangélicas en relación a ciertos aspectos de la salud reproductiva de las mujeres a facilitar la aprobación de las nuevas normas.

No obstante, estos casos positivos son excepcionales. Generalmente, cuando la iglesia levanta su voz, los gobiernos escuchan. Además, es de notar que la diferencia entre las iglesias evangélicas y la Iglesia Católica en estos temas es más una cuestión de forma que de fondo; también son muy conservadoras y están iguales en oposición a la despenalización del aborto y al reconocimiento de las diversas orientaciones sexuales.

## 4 Apuntes para una agenda de acción

### 4.1 Construcción de consensos dentro del movimiento de mujeres

Frente a la situación que se ha descrito, el movimiento de mujeres debería promover los DSDR como una prioridad. Sin embargo, hasta ahora se ha tendido a trabajar sobre estos derechos como parte de otras actividades, por ejemplo en el contexto de trabajo sobre la violencia, o como cuestiones de salud. Esto no quiere decir que no se hayan logrado avances importantes, sin embargo, hace falta una agenda clara y común sobre los DSDR. En especial, falta construir consensos en los temas más polémicos como la despenalización del aborto y el reconocimiento de la libre opción sexual.

Hay muchos factores que han contribuido a esta situación, incluyendo:

- ◆ La dificultad de hablar de la sexualidad, tanto por la imagen cultural negativa como por implicar la necesidad de ponerse en discusión a una misma.
- ◆ El poder del discurso patriarcal que influye en las posiciones ambivalentes y hasta negativas de integrantes del movimiento con respecto a propuestas sobre los temas polémicos.
- ◆ La tendencia de considerar temas como la sexualidad o los derechos de las lesbianas como si fueran menos urgentes que otros como la violencia.
- ◆ El temor de algunas organizaciones que se alienaría a muchas mujeres de base si se promoviera propuestas polémicas sobre los DSDR.

Para superar los obstáculos y empezar a construir una agenda de acción, se requiere un proceso de reflexión profunda y debate amplio dentro del movimiento. Este proceso debe abarcar todos los temas pero de manera especial los más controversiales. De esta manera se podría lograr que haya mayor entendimiento y apropiación de los DSDR por las mismas integrantes del movimiento y empezar a construir los consensos amplios que se requieren para incidir con coherencia y fuerza ante los estados y ante la población en general.

Se debe evitar que el debate se limite a organizaciones de las capitales de la región. Al contrario, debe realizarse a todos los niveles del movimiento—local, nacional y regional—y en las múltiples redes y grupos de mujeres. Así, mujeres de diferentes regiones, edades, estratos socioeconómicos, etnias, orientaciones sexuales, así como las que viven con discapacidades, podrán participar desde sus particularidades, recuperando sus experiencias y vivencias personales.

El debate tampoco debe limitarse a agendas mínimas. Actualmente la mayoría de demandas planteadas por el movimiento no trascienden los límites del sistema patriarcal, aunque ese ha usurpado desde las mujeres el control de su sexualidad y su reproducción. Hace falta ser más radical y recoger todas las propuestas que las mujeres reconozcan necesarias para el ejercicio pleno de sus DSDR.

## 4.2 Propuestas para una agenda de acción

### 4.2.1 Temas de incidencia pública

#### Actitudes culturales

Aunque el papel del Estado en facilitar u obstaculizar el ejercicio de los derechos humanos es muy importante, en el campo de la sexualidad y la reproducción está claro que las normas sociales son de igual o mayor importancia. Por lo mismo, es fundamental que se promuevan distintos valores, creencias y costumbres, especialmente: la valoración, apropiación y autonomía del cuerpo de las mujeres; la valoración positiva de la sexualidad; y la superación del entendimiento de la maternidad como un aspecto casi automático del ser mujer.

Otro tema de importancia central es el de las orientaciones sexuales. La superación de los prejuicios en contra de las lesbianas y otras personas no heterosexuales debe ser una prioridad tanto por su importancia en sí como para contrarrestar las campañas de los fundamentalistas. Ellos frecuentemente lanzan la acusación que los intentos de avanzar de cara a la sexualidad busquen promover la homosexualidad. Asimismo, se alega que las feministas sean lesbianas como manera de desautorizar al movimiento de mujeres y de ridiculizar sus demandas. La única manera justa y coherente de responder a estas acusaciones es de visibilizar a las lesbianas dentro y fuera del movimiento y defender sus derechos ante la sociedad. En la medida que se logre cambiar actitudes sociales hacia las lesbianas y homosexuales se habrá quitado uno de las armas principales de los opositores de los DSDR.

#### Defensa del Estado Laico

Entre los temas políticos, éste es clave. Al lograr que los gobiernos de la región dejaran de regirse por las creencias religiosas de los sectores más conservadores de las iglesias, se habría quitado uno de los principales obstáculos a leyes y políticas más progresivas en cuanto a una serie de temas. Asimismo, el desarrollo de una cultura laica es una condición fundamental para educar a las nuevas generaciones en el respeto a la diversidad de pensamiento, creencias y modos de vida. Vale destacar la creación en 2003 en Nicaragua del “Movimiento en Defensa del Estado Laico y los Derechos de Ciudadanía” en que participan organizaciones feministas y otras organizaciones de la sociedad civil.

#### Globalización

Se debe incidir sobre las relaciones entre el neoliberalismo y los atropellos de los DSDR de las mujeres. Por un lado están los recortes de los servicios públicos que limitan el acceso a los recursos necesarios para ejercer estos derechos. Se debe abogar para que los DSDR sean integrados a los instrumentos de política económica incluyendo las Estrategias de Reducción de la Pobreza. Por otro lado, se debe trabajar sobre las formas de control y violencia sobre los cuerpos de las mujeres que han surgido o se han fortalecido por la globalización, tales como pornografía por Internet, turismo sexual y el tráfico internacional de mujeres.

#### Derecho a la información

Se debe incidir para que los estados integren la educación sexual al currículo de los colegios y que divulguen información sobre temas como la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva al público en general. En ese mismo sentido se debe promover que los y las profesionales de salud orienten



adecuadamente a las mujeres que atienden y que abstengan de imponerles métodos de anticoncepción sin su consentimiento informado. A la vez, se debe abogar para que los contenidos y enfoques de la educación e información escapen de sus actuales límites biológicos y religiosos para transmitir ideas más integrales sobre la sexualidad.

### Salud sexual y reproductiva

Se debe abogar para que los gobiernos de la región dejen de relegar esta área de la salud detrás de otras supuestas prioridades. Hay que resaltar las consecuencias de su desatención, especialmente la mortalidad materna y el crecimiento del VIH SIDA que son reconocidos por la comunidad internacional como problemas de gran importancia.<sup>32</sup> Los puntos de incidencia prioritarios podrían incluir:

- ◆ Que se maneje desde una visión integral de la salud. Esto implica la necesidad de integración interna en los ministerios de salud y entre instituciones del estado, especialmente para efectos de educación e información.
- ◆ Que se fundamenten las estrategias de acción sobre diagnósticos de las condiciones reales de las mujeres y de los servicios de salud.
- ◆ Que el financiamiento sea incrementado significativamente, buscando reducir el grado de dependencia de la cooperación internacional.
- ◆ Que se brinden servicios de calidad a todas las mujeres sin discriminaciones por sus circunstancias específicas o su condición de vida.
- ◆ Que se logre una coordinación entre el sistema formal de salud y las comadronas o parteras; asimismo que se promueva la enfermería obstetra.<sup>33</sup>

### Anticoncepción

Este es otro tema en que se debe trabajar para cambiar actitudes sociales dado el gran grado de irresponsabilidad de los hombres. Por lo mismo, a la vez de abogar para mejoras sustanciales en el acceso a anticonceptivos y en la calidad de la consejería y orientación ofrecidas a las mujeres, se debe promover programas dirigidos a hombres y adolescentes. En cuanto a los métodos promovidos, se debe incidir para que los programas oficiales dejen de enfatizar los métodos más agresivos o menos efectivos. La distribución del PAE es una medida positiva pero se debe evitar su sobre énfasis.

### Aborto

Es importante abogar para la despenalización del aborto desde un enfoque de derechos en que, además de argumentar desde principios de salud pública y justicia social, se reclama el derecho de cada mujer de decidir sobre su propio cuerpo.<sup>34</sup> Esto no quita la posibilidad de incidir públicamente, en primer lugar, a favor de la despenalización del aborto terapéutico en aquellos países donde se ha prohibido. Entre las propuestas presentadas desde Honduras y El Salvador, se ha tomado esta posición argumentando que se debe promover la despenalización en casos que peligre la vida de la madre, de malformación fetal y violación.

Al argumentar a favor de la despenalización del aborto—sea total o parcial—se debe ir más allá de los contra argumentos hacia la Iglesia Católica, analizando el tema con todas sus implicaciones. En vez de enfrascarse en una discusión de principios morales abstractos, se debe enfatizar la realidad de las mujeres de carne y hueso que mueren todos los días como resultado de que el aborto se ha vuelto en un acto clandestino. En este sentido, se debe exigir a los gobiernos que lleven

estadísticas serias sobre la mortalidad por aborto para visibilizar el problema.

Es importante tener presente que existen aperturas para debate y cambio. Tanto en entrevistas con profesionales de diversas áreas en El Salvador, como en grupos focales con mujeres urbanas y rurales Salvadoreñas y Hondureñas, se encontró un alto nivel de apoyo para se legalice el aborto por razones de malformación del feto, problemas de salud de la madre o en casos de violación. También había una proporción significativa de personas que se consideraban al aborto como un derecho de decisión de las mujeres. Asimismo, vale notar que en Honduras, la Comisión de Notables convocada por el Ministerio de Salud para que analizara las políticas de salud (*sección 3.4.3*) recomendó la despenalización del aborto en casos donde peligre la vida de la mujer así como en algunos casos de problemas fetales severos. Por su parte, la Asociación Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia se ha pronunciado públicamente en repetidas ocasiones en los medios de comunicación a favor del aborto terapéutico, ofreciendo los argumentos médicos y científicos que lo respaldan.

---

#### **4.2.2 Estrategias para la incidencia pública**

---

##### **Preparación**

Para poder luchar a favor de los DSDR de las mujeres, además de consensuar posiciones, hay que prepararse adecuadamente. Este implica contar con información y datos así como desarrollar argumentos comprensibles para la población en general. Sería conveniente realizar investigaciones sobre la realidad de las mujeres de la región, especialmente en cuanto a temas invisibilizados o poco entendidos como el aborto clandestino, la esclavitud sexual y

doméstica de mujeres y niñas raptadas, o las relaciones entre las culturas indígenas y temas de sexualidad y reproducción. Estos recursos no deben quedar entre un elite del movimiento sino deben difundirse ampliamente para que haya capacidad de reivindicar los DSDR desde la base.

Por otro lado, se sugiere que se baje del discurso y las grandes declaraciones a testimonios de cómo viven las mujeres la limitación a sus derechos en su experiencia concreta y diversa. De esta forma más personas podrán identificarse con el movimiento de mujeres e involucrarse en una lucha que siente como propia.

##### **Identificación de protagonistas, oponentes y aliados**

Se debe elaborar y mantener actualizados mapas de poder sobre los distintos actores sociales que influyen en la formación de opinión y las decisiones políticas. Asimismo, se debe identificar y analizar sus posiciones y estrategias además de sus relaciones entre sí y con las expresiones del Estado. De tal manera, se podrá identificar a los principales oponentes y posibles aliados además de afinar la estrategias de incidencia y los argumentos con que contrarrestar la acción de los sectores conservadores y fundamentalistas.

##### **Construcción de alianzas**

Existe un rango amplio de organizaciones e individuos que son o podrían ser aliados en la reivindicación de los DSDR. Estos incluyen, entre otros, gremios de profesionales, sindicatos, ONGs, redes y frentes amplios como las que se oponen a privatizaciones, grupos de personas organizadas alrededor de su orientación sexual, legisladores, docentes universitario/as e iglesias progresistas. Contar con su apoyo agregaría fuerza política y ayudaría a ganar apoyo más amplio entre

la población. En el plano internacional, la integración de las demandas del movimiento de mujeres sobre los DSDR a las agendas de los espacios que se oponen a la globalización neoliberal sería importante.

No obstante, se debe reconocer que muchos de estos aliados potenciales no estarán de acuerdo con los elementos más radicales de la agenda feminista. Los gremios profesionales en particular tienden a ser muy conservadores pero aun los movimientos sociales demuestran resistencia a reconocer los DSDR de las mujeres. Por esto, sería importante combinar un trabajo permanente de sensibilización con un manejo fino de las relaciones. Hay que propiciar el apoyo de los demás sectores en todo que sea posible sin sacrificar el radicalismo de la agenda propia.

#### Herramientas

Las acciones de incidencia en el público y en los estados tienen que aprovechar de una variedad de metodologías. Entre estas se pueden mencionar:

- ◆ Debate e intercambios en distintos espacios –los medios, universidades, movimientos sociales y gremiales, grupos de jóvenes, etc. –y a todos los niveles–local, nacional y regional.
- ◆ Movilizaciones públicas en las fechas principales del movimiento de mujeres, para respaldar iniciativas de legislación, denunciar atropellos específicos, etc.
- ◆ Auditoria social, incluyendo monitoreo de la implementación de leyes y políticas, análisis y seguimiento de la asignación y ejecución de presupuestos, e interpelación nacional e internacional al sistema de justicia por la impunidad de los crímenes contra las mujeres.
- ◆ Campañas masivas de educación y

sensibilización pública.

- ◆ Trabajo con la juventud, entre quienes se puede esperar los cambios más grandes.
- ◆ Coordinación con los organismos internacionales que trabajan en el tema para que estos se incidan en los gobiernos.
- ◆ Participación en la Campaña para una Convención Interamericana por los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.<sup>35</sup>

---

#### 4.2.3 Más allá de la incidencia

---

Las demandas frente a los estados no deberían ser la única estrategia a favor de los DSDR. Tampoco es suficiente que se combinen con la promoción de cambios en la opinión pública y la cultura. Más bien, como se sugiere al comienzo del presente documento, el cambio tiene que empezar con las mujeres mismas, asumiéndose dueñas de sus cuerpos, digan lo que digan la cultura y las leyes. Se tiene que trabajar sobre la identidad de las mujeres para quitar y superar los sesgos con que se socializan. Se debe resistir las decisiones gubernamentales que violan sus derechos. Se tiene que crear y fortalecer los grupos y redes de mujeres como espacios de cultura alternativa. Y se debe crear y fortalecer iniciativas que suplen la carencia de servicios de salud sexual y reproductiva y que brinden apoyo a las mujeres y niñas víctimas de graves abusos.

- 1** Los estudios están disponibles en el sitio web [www.oneworldaction.org](http://www.oneworldaction.org) o desde las organizaciones participantes en el proyecto. Los detalles de cómo contactarlas se encuentran en la contratapa del presente documento.
- 2** Pérez, Luisa (2001) 'Me quieres virgen... Me quieres santa... ¡Me tienes harta!' Grupo Venancia, Nicaragua.
- 3** Definición de la Organización Mundial de la Salud.
- 4** Ver también sección 3.2 donde se considera el efecto de privatizaciones y descentralización.
- 5** La Iglesia Católica está diciendo que los condones tienen agujeros muy pequeños a través de los cuales el VIH puede pasar. Según el presidente del Concejo del Pontificio para la Familia, Cardenal Alfonso López Trujillo, 'El virus de SIDA es aproximadamente 450 veces más pequeño que el espermatozoide. El espermatozoide puede pasar fácilmente por la "red" formado por el condón'. Bradshaw, Steve. "Virus can slip through latex, says Church". The Guardian Weekly 16/10/2003 (Reino Unido).
- 6** Bajo la presidencia de George W. Bush, la administración estadounidense ha adoptado una política que cuestiona la promoción de condones y ha limitado su distribución en programas de ayuda internacional. Últimamente, en Junio de 2004, se introdujo un reglamento que obliga a las organizaciones que reciben fondos federales para combatir VIH SIDA que sus programas de educación sexual deban incluir información sobre "la falta de efectividad del uso de condones". Fuente: The Nation (Estados Unidos) 30/06/04.
- 7** Párrafo 97 de la Plataforma de Acción de Beijing. Ver Sección 3.1.
- 8** Edición del 12 de marzo, 2003.
- 9** "Niñas que tienen niños: Estado Mundial de las Madres, 2004"
- 10** World Health Organisation (2004) "Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA".
- 11** Otros datos de la OMS desde 1998 indicaban que el número de abortos inseguros por 1,000 mujeres entre las edades de 15 y 49 era ligeramente menor en Centroamérica que el promedio de América Latina y el Caribe (28 versus 30) pero mucho peor que el promedio mundial (13). Positivamente, la tasa de mortalidad por aborto inseguro por 100,000 nacidos vivos era mucho mejor que el promedio global (20 comparado con 57). La combinación de estas situaciones ubica el porcentaje de muertes maternas por esta causa a 14%, ligeramente encima del promedio mundial de 13%. "Aborto Inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres", Campaña 28 de Septiembre.
- 12** Informe divulgado durante el III Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA –Concasida. <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish> 14 de octubre de 2003.
- 13** Un factor que incide en las jóvenes es su renuencia de acudir a los centros de salud por temor a ser estigmatizadas.

- 14** Definición de la CIPD.
- 15** Por ejemplo, la Resolución sobre Derechos Humanos y Orientación Sexual (E/CN.4/2003/L.092) y la Resolución sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias o Arbitrarias (E.CN.4/2004/L.56/Rev.1). Asimismo, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, promovió la iniciativa de otorgar beneficios a las parejas del mismo sexo que son empleadas de dicha institución y provienen de países donde dichos beneficios son otorgados, tales como Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Noruega, Nueva Zelanda y Suecia. Obanda, Ana Elena (2004) WHRnet.
- 16** Guatemala es en una excepción ya que sus representantes se expresaron de manera muy fuerte en las diferentes conferencias celebradas en 1994 y 1995. Por ejemplo, en el caso de la CIPD, su delegación hizo reserva expresa a todo el capítulo VII 'Derechos reproductivos y salud reproductiva' y rechazó todos los términos claves – 'derechos reproductivos', 'derechos sexuales', 'salud reproductiva', 'regulación de la fertilidad', 'salud sexual', 'individuos', 'educación sexual y servicios para menores', 'aborto en todas sus manifestaciones', 'distribución de contraceptivos' y 'maternidad sin riesgo'.
- 17** Por ejemplo, los planes de acción de las cumbres de las Américas de 1994 y 1998, y los informes anuales de la comisión del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.
- 18** Aitken (1998) citado en Standing, H (2000) 'Gender Impacts of Health Reforms. The Current State of Policy and Implementation'. Institute of Development Studies, University of Sussex, Reino Unido.
- 19** Kennedy, Mirta, Sánchez, Jessica; Molina, Dilcia (2002) "Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en Honduras", IPEC-OIT/CEM-H.
- 20** International Women's Health Coalition (2001) 'Millennium Development Goals – RH left out!!!' citado en <http://lists.partners-intl.net/pipermail/women-east-west/2001-july/001093.html>. Las metas se definieron durante el Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas realizada en el 2000. Vale notar que las metas aprobadas sí buscan la reducción de la mortalidad materna y del VIH SIDA.
- 21** Ley que prohíbe el financiamiento de organizaciones si se considere que promuevan de alguna manera el aborto.
- 22** 'Estado Laico y el Derecho al Aborto, Por un Estado Laico, Por el Derecho a Decidir' [www.campanha28set.org](http://www.campanha28set.org).
- 23** Ana María Pizarro. Presentación "Ciudadanía y aborto en Nicaragua" en el Foro Política y Ciudadanía de las mujeres, Nicaragua, 8 de octubre 2004.
- 24** Ana Maria Pizarro, op. cit.
- 25** Negativamente, las leyes, al menos en el caso Hondureño, no incluyen un enfoque de género. No se reconoce que las mujeres están afectadas por condiciones específicas de vulnerabilidad ante la epidemia y que se requieren medidas para reducir el avance más rápido de la epidemia entre la población femenina.
- 26** Marroquín, Dilcia. Comunicación personal.
- 27** Detalles tomados desde el sitio web "pro vida" [www.vidahumana.org/news/30SEPT03.html](http://www.vidahumana.org/news/30SEPT03.html)

- 28** Este código penal fue aprobado en lo general en el 2000 pero está pendiente su debate capítulo por capítulo.
- 29** Cuando se terminaba de preparar el presente documento (Noviembre, 2004) en Honduras fue aprobada una reforma constitucional donde se establece la prohibición del matrimonio entre parejas del mismo sexo y la adopción por parte de parejas homosexuales.
- 30** Actualmente, existe una amenaza de retrocesos en la legislación Nicaragüense, a través de cambios en el código penal. Tomando como referencia el último borrador del anteproyecto de Ley, sería regresivo en varios aspectos: se eliminan las medidas de seguridad que estaban en la Ley 230 sobre violencia intrafamiliar; se rebaja la edad mínima de consentimiento de 14 a 13 años para considerar violación, y se elimina la seducción ilegítima que era una forma de acoso sexual.
- 31** Santiso G., Roberto y Bertrand, Jane T (2000) 'The Stymied Contraceptive Revolution in Guatemala' Measure Evaluation, Carolina Population Center, EE.UU.
- 32** Ambos problemas están incluidas entre las Metas del Milenio.
- 33** Recientemente la OMS ha recomendado la capacitación de parteras como medida para reducir la mortalidad materna. "Muerte en el parto: epidemia oculta." <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/news>, 29 de septiembre, 2004.
- 34** En el reciente "IV Encuentro Centroamericano de Mujeres: En Construcción de Alianzas en torno a la Problemática del Aborto" se definió como objetivo central de esa articulación regional 'Coordinar acciones a nivel centroamericano en defensa del aborto seguro, como un derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos'. Para obtener mayor información sobre esta articulación escribe a [derechos@lasdignas.org.sv](mailto:derechos@lasdignas.org.sv).
- 35** [www.convencion.org.uy/default.htm](http://www.convencion.org.uy/default.htm)

## ***Construyendo Ciudadanía y Gobernabilidad desde las Mujeres, Centroamérica***

El presente documento es uno de una serie de 10 sobre las experiencias y opiniones de cinco organizaciones feministas Centroamericanas. Estas organizaciones están trabajando conjuntamente en un proyecto regional que busca promover el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. Temas tocados en la serie incluyen: la participación del movimiento de mujeres en el desarrollo de las políticas públicas; reflexiones feministas sobre la globalización; la promoción de equidad de género y participación de las mujeres por gobiernos municipales; y el papel de las políticas públicas en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Todos los documentos están disponibles en el sitio web <http://www.oneworldaction.org>

# COMMUNITY FUND

*Lottery money making a difference*

Reino Unido

## **Asociación Civil Grupo Venancia**

Apdo Postal 229, Matagalpa  
Iglesia Guadalupe 1½ cuadra al sur  
Matagalpa  
Nicaragua

venancia@ibw.com.ni  
Teléfono: (505) 612-3562  
Fax: (505) 612-4971

## **Las Dignas (Asociación de Mujeres Por la Dignidad y la Vida)**

Apdo Postal 05-140, Sucursal Metrocentro  
Colonia Ciudad Satélite, Polígono S,  
No. 16 Av. Bernal,  
San Salvador  
El Salvador

dignas.politica@integra.com.sv  
Teléfono: (503) 284-9950  
Fax: (503) 284-9551

## **Las Mélicas (Asociación Movimiento de Mujeres Mélica Anaya Montes M.A.M.)**

23 Calle Poniente,  
Av. y Calle Las Victorias, casa 123,  
Urbanización Palomo  
San Salvador  
El Salvador

melidas@integra.com.sv  
Teléfono: (503) 225-2511/226-5465  
Fax: (503) 225-6865

## **CEM-H (Centro de Estudios de la Mujer - Honduras)**

Apdo Postal 3543, Tegucigalpa  
Colonia Palmira, 1era calle no. 642,  
frente a Plazoleta Jose Antonio Velazquez  
Tegucigalpa  
Honduras

cemh@cablecolor.hn  
Teléfono: (504) 232-6153  
Fax: (504) 232-6301

## **Tierra Viva - Centro de Apoyo a la Mujer**

3a. Avenida 10-18  
Zona 1  
Ciudad de Guatemala  
Guatemala

tierraviva@guate.net  
Teléfono y fax: (502) 2253-7244/  
2251-7372/2251-3761/2251-3537

## **One World Action**

Bradley's Close  
White Lion Street  
London  
N1 9PF  
United Kingdom

www.oneworldaction.org  
Teléfono: (44-20) 7833-4075  
Fax: (44-20) 7833-4102