

5 de Septiembre de 2014

Alexandra Barrantes  
Especialista en Protección Social  
Departamento de Desarrollo Económico y Social de la SEDI  
Organización de los Estados Americanos (OEA)  
17th Street & Constitution Ave., N.W. Washington, D.C. 20006  
abarrantes@oas.org

**Ref. Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Honduras para el Grupo de Trabajo de análisis sobre la implementación del Protocolo de San Salvador**

1. El Centro de Derechos Reproductivos (CDR) y el Centro de Derechos de Mujeres (CDM), deseamos complementar el trabajo del Comité, brindando información sobre la situación de Honduras respecto a la implementación del derecho a la salud de acuerdo al Protocolo de San Salvador, en el marco del proceso de seguimiento y evaluación por indicadores de progreso de la implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), propuestos por el órgano específico de monitoreo del cumplimiento de los DESC, denominado grupo de trabajo (GT) (GT, 2011), de acuerdo con los lineamientos aprobados por la Asamblea General de la OEA en 2008 (OEA, 2008). Las organizaciones presentamos este informe particularmente preocupadas por el grado de cumplimiento que ha dado Honduras a las obligaciones internacionales relacionadas con el goce de los derechos reproductivos, particularmente en acceso a anticoncepción de emergencia y el acceso al aborto.

2. Este reporte busca acercar, al proceso de evaluación, información relevante sobre el avance en la implementación del derecho a la salud, particularmente en relación con la salud sexual y reproductiva (SSyR), que es el que le ocupa revisar al grupo en este periodo. Para ello, se divide en 3 partes: (I) una introducción; (II) la exposición de información sobre los indicadores estructurales, de proceso y de resultado que se relacionan con la SSyR: se presentará de acuerdo a las categorías conceptuales propuestas para el seguimiento de la implementación de los DESC (recepción de derecho, capacidades estatales y contexto financiero y compromisos presupuestales<sup>1</sup>) y a los ejes transversales a todos los DESC (igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y participación ciudadana y acceso a la información); (III) Conclusiones, recomendaciones y preguntas sobre el proceso de implementación local del referido derecho.

**I. El Sistema de monitoreo de los DESC**

3. Con el objetivo de apoyar el diagnóstico y mejoramiento de la situación del cumplimiento de los Derechos Humanos, los órganos encargados del seguimiento y control de la implementación de los derechos consagrados en los tratados han desarrollado diferentes sistemas de monitoreo de su cumplimiento. En el caso de los DESC, estos indicadores, desarrollados por el GT, revisan la interacción entre los principios de implementación<sup>2</sup>, los deberes del Estado<sup>3</sup> y los estándares de cumplimiento de los derechos<sup>4</sup>. El cruce entre estos factores es analizado por medio de indicadores<sup>5</sup> (cuantitativos) y señales

de progreso (cualitativas)<sup>6</sup>. Este sistema permite constatar el grado de observancia de cada derecho de una manera contextual y progresiva. No se trata de un mecanismo para establecer responsabilidades por incumplimiento, sino de una forma de apoyar el avance en la implementación de los DESC.<sup>7</sup>

4. La evaluación realizada por el GT, incorpora el análisis de información cuantitativa y cualitativa. Por ello puede presentarse de diversas formas: “datos estadísticos contabilizados en un censo o en encuestas de hogares, preguntas en un cuestionario o en una entrevista abierta, presupuestos, gasto público social... [así como] cualquier información relacionada con la observancia o el ejercicio de un determinado derecho”<sup>8</sup> En este sentido, la exposición narrativa de los procesos de cambio en relación con el cumplimiento de los derechos, tanto en un corte temporal como sectorial, son de gran valor para el proceso de monitoreo de la progresividad de la implementación del derecho.

#### *1.1. El sistema de monitoreo en el derecho a la salud*

5. Los indicadores desarrollados para el derecho a la salud, en el marco del sistema de monitoreo de los DESC aprobados en 2011<sup>9</sup>, hacen parte del primer grupo de indicadores evaluados dentro del proceso de seguimiento de la implementación del Protocolo de San Salvador<sup>10</sup>. Estos indicadores fueron diseñados en un esquema tripartito: (I) indicadores estructurales (organización institucional y legal para el cumplimiento del derecho a la salud), (II) indicadores de proceso (estrategias para la implementación del derecho a la salud) y, por último (III) indicadores de resultado (impacto de las estrategias adoptadas en el nivel local)<sup>11</sup>.

6. Para el análisis de estos indicadores, se han dividido en tres categorías conceptuales: (I) recepción del derecho (estado de vigencia y descripción de las normas nacionales e internacionales que protegen el derecho a la salud), (II) contexto financiero y compromiso presupuestario (destinación específica para el avance en la implementación del derecho), y (III) capacidades institucionales (avances en la implementación de las normas de protección y promoción de la salud). Este esquema se atraviesa, a su vez, por tres ejes transversales a todos los DESC, que dan cuenta de la protección a grupos de interés especiales (pueblos originarios, mujeres, adolescentes, etc.) y son: (I) igualdad y no discriminación, (II) acceso a la justicia y (III) acceso a la información y participación política<sup>12</sup>.

#### *1.2. Los indicadores de salud sexual y reproductiva*

7. El derecho a la salud cuenta con la mayor cantidad de indicadores de progreso en el ámbito del sistema regional. En este sentido la mayoría de los países firmantes han realizado esfuerzos importantes para el relevamiento y procesamiento de información relacionada con el cumplimiento de este derecho, en los términos generales establecidos en el art. 10 del protocolo de San Salvador. Sin embargo, los esfuerzos particulares en materia de SSyR no han tenido la misma intensidad. Esto dificulta la obtención de información y su sistematización para aportar en la construcción de un panorama sobre el estado de situación de las obligaciones alrededor del derecho a la salud relacionadas con el ejercicio de los derechos reproductivos (DDRR)<sup>13</sup>. Los derechos reproductivos hacen parte esencial del ejercicio del derecho a la salud además de garantizar la libre decisión sobre la forma como se utiliza el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva<sup>14</sup> y ser uno de los ejes que soportan la igualdad sustantiva para las mujeres.

8. Los derechos reproductivos son aquellos derechos que les permiten a las mujeres decidir libremente y sin discriminación, si desean tener hijos o no y el espacio entre ellos; por lo tanto incluyen el derecho la información sobre anticoncepción, educación sexual, acceso a los métodos más avanzados

científicamente de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia y el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros. El SIDH ha abordado en su jurisprudencia los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, y en conexidad con los derechos a la integridad personal<sup>15</sup>, a la vida privada y familiar<sup>16</sup>, a la libertad personal<sup>17</sup> y al libre desarrollo de la personalidad<sup>18</sup>. Afirmando que estos protegen los derechos a decidir sobre los aspectos reproductivos de las personas sin injerencias arbitrarias del Estado o de terceros. Asimismo, que estos derechos “se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”<sup>19</sup>.

9. En el caso de *Artavia Murillo v Costa Rica* la Corte IDH<sup>20</sup> también determinó que los derechos reproductivos, y en concreto “la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada” y “se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW, por sus siglas en inglés), según el cual las mujeres gozan del derecho ‘a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.’”(Párr.146).

10. En este sentido, la Corte IDH en el caso *Artavia* afirmó que de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos “la salud reproductiva 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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”<sup>21</sup>.

11. En el sistema universal de derechos humanos se reconoce el derecho a la salud en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC (PIDESC), como un derecho general que contiene obligaciones y derechos más específicos como los derechos reproductivos<sup>22</sup>. Por su parte, la CEDAW ha reconocido los derechos reproductivos (artículo 16) como una forma de garantizar la igualdad de mujeres y varones, especialmente en la familia. Para lo cual, en la Recomendación General N°21<sup>23</sup>, se exhorta a los países a que implementen políticas sanitarias que incluyan las prestaciones necesarias para regular de manera segura y voluntaria el número y el espaciamiento de su descendencia. Estas prestaciones deben incluir consejería, información y métodos para ejercer los derechos reproductivos consagrados por la CEDAW.

12. De la misma forma, el Comité DESC de las Naciones Unidas ha establecido que el cumplimiento de las obligaciones Estatales derivadas del derecho a la salud, implican la garantía de la obligación positiva de ofrecer un amplio rango de prestaciones sanitarias, accesibles y de calidad, incluyendo las prestaciones de salud sexual y reproductiva. Entendiendo el deber de garantizar el acceso seguro y sin discriminaciones a los derechos reproductivos, como una obligación de inmediato cumplimiento por oposición a las prestaciones que por su naturaleza requieren una implementación progresiva por parte de los Estados<sup>24</sup>.

13. En la Recomendación General Nº 24 el comité de la CEDAW<sup>25</sup> estableció además, que los Estados parte están obligados a reformar los marcos normativos restrictivos que obstruyan las acciones de las mujeres dirigidas a obtener o realizar prácticas seguras relacionadas con la conservación de su salud. Indicando además que el deber del Estado evitar y sancionar las acciones de grupos u organizaciones privadas que obstruyan el acceso a este tipo de prácticas sanitarias.

14. El reconocimiento de los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud se traduce también en la determinación de adoptar indicadores relacionados con la SSyR, abonando el camino para un diagnóstico de la situación nacional, que incluya la evaluación de la producción de información específica en este campo. Si bien existen estos indicadores especiales, todos los indicadores de salud tienen un componente relacionado con la SSyR que puede ser examinado en sus particularidades, de manera que refleje la importancia relativa que se da a la implementación de este aspecto de la salud en el contexto local.

15. El esfuerzo de este documento se concentra en la presentación de datos, para contribuir en el proceso de medición del avance del derecho a la SSyR como parte del derecho a la salud. En ese sentido, se acercan datos sobre los indicadores específicos y además se presentan datos que permiten contextualizar su importancia en el ámbito local.

## **II. Avances y desafíos en el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva en Honduras**

### **A. Indicadores de implementación del derecho a la salud relacionados específicamente con la SSyR.**

16. A continuación se presentará una selección de los indicadores propuestos por el GT, relacionados con los derechos reproductivos. Para cada indicador se presentará la información de manera cuantitativa y/o narrativa, privilegiando aquella que permita conocer de manera contextual el progreso y las barreras para el avance en la implementación, principalmente de Derechos Reproductivos. Los indicadores para los que no se disponga de información solo serán mencionados cuando la ausencia de información pueda ser atribuida a una situación o decisión política basada en la evidencia disponible, de lo contrario no se incluirán en este informe. Adicionalmente, se resaltaré la importancia que cada uno de los indicadores tiene con respecto al efectivo acceso a los derechos reproductivos o como es el caso de Honduras, se evidenciará la falta de acceso a los mismos. Principalmente, se resaltaré cómo el no acceso a servicio de salud para la interrupción voluntaria del embarazo y la prohibición de la anticoncepción de emergencia, indican no solo la falta de progreso en la implementación del derecho a la salud, sino también una clara violación a la obligación transversal de no discriminación contenida en el protocolo de San Salvador.

#### **1. Recepción del derecho**

17. En esta categoría se pretende dar cuenta del reconocimiento, jerarquía y operatividad<sup>26</sup> de las normas relacionadas con los DRR, y en particular con las prestaciones de las mismas. Esta información permitirá conocer qué tipo de políticas o servicios sociales ha definido el Estado, así como las medidas o vías de implementación y/o realización de los derechos contenidos en el Protocolo.

18. Honduras cuenta con un reconocimiento legal del derecho a la salud **y por lo tanto de los derechos reproductivos**. Sin embargo, es importante resaltar que Honduras ratificó el Protocolo de San Salvador recientemente (Septiembre, 2011), lo cual limita la información presentada y los indicadores de progreso. Si bien, las obligaciones de progresividad existen, así como la obligación de que el marco legal se vea reflejado en el operativo, la información encontrada sigue siendo limitada y no permite mayor comparación. Sin embargo, existen obligaciones del protocolo que no están condicionadas al carácter progresivo del mismo, por lo cual se hará también un análisis del desarrollo e implementación de dichas obligaciones.

19. Dos cuestiones estructurales saltan a la vista respecto de la situación de respeto a los derechos reproductivos y al derecho a la salud en Honduras. Primero la criminalización total del aborto, inclusive en casos en que la vida o la salud de la mujer se encuentre en peligro. Segundo, la prohibición de la distribución e información acerca de la píldora de anticoncepción de emergencia. Estas dos realidades sumadas a la tasa de violencia sexual en Honduras son de gran preocupación. En general, en Honduras existe una estructura legal y sanitaria para la implementación de algunos derechos reproductivos, sin embargo no existen reportes sobre la eficacia para el cumplimiento de los compromisos en materia de DDDR. Igualmente, **la prohibición de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y de la interrupción voluntaria del embarazo**, es una clara y directa vulneración a los derechos reproductivos de las mujeres, y una obligación que no debería estar sujeta a los criterios de progresividad de las obligaciones contenidas en el Protocolo de San Salvador.

Recepción del derecho	
E S T R U C T U R A L E S	<p><b>1. Ratificación del Estado de los tratados de derechos humanos que reconocen el derecho a la SSyR : PIDESC, CEDAW, CDN, CIEDR</b></p> <p>El Estado de Honduras ha ratificado la mayoría de tratados de Derechos humanos relacionados con el derecho a la salud, sin embargo existe la deuda del Estado de ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW<sup>27</sup>.</p>
	<p><b>2. Reconocimiento en la CN del derecho a la SSyR y su alcance (parte del derecho a la salud o derechos independientes e interdependientes)</b></p> <p>La CN de Honduras tiene un Capítulo (VII) dedicado a las disposiciones en materia de salud. Asimismo, en su art. 145<sup>28</sup>, establece el Derecho a la salud como un derecho fundamental.</p> <p>Igualmente reconoce algunos derechos humanos intrínsecamente relacionados con los DSyR, como: salud, dignidad, libre desarrollo de la personalidad, vida, integridad física y mental, libertad de conciencia, libertad de acceso a la información, intimidad, privacidad, entre otros.</p> <p>La Constitución de Honduras no contempla ningún derecho a la cobertura universal de salud, pero el Plan Nacional de Salud sí expresa un compromiso con el acceso universal a los servicios de salud. Si bien el plan no está directamente contemplado por la Constitución, este fue formulado por el Ministerio de Salud, como parte de su deber constitucional de “desarrollar, diseñar, controlar, supervisar y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud”<sup>29</sup></p>
	<p><b>3. Normativas de organización del sistema de salud en relación a prestaciones de SSyR.</b></p> <p>La misión de la Secretaría de Salud es la de preparar, diseñar, controlar, supervisar y evaluar los programas nacionales de salud, las políticas y planes; promover, dirigir y regular la construcción de ambientes saludables y la mejora de las condiciones de vida de la población; desarrollar y fortalecer una cultura de la vida y la salud; generar inteligencia sanitaria, la atención a las necesidades y demandas de salud; garantizar la seguridad y calidad de los bienes y servicios de interés sanitario e intervenir en los riesgos y las amenazas a la salud colectiva.</p>

El Código de Salud, en el capítulo I, artículo 3<sup>30</sup>, establece que las responsabilidades de esta oficina incluyen: gestión de la salud, regulación, promoción y coordinación entre las actividades públicas y privadas en el sector de la salud. La agencia se ejecuta en los niveles nacional, departamental y municipal.

El sector de la salud pública incluye el Instituto de Seguridad Social Honduras, que recoge y gestiona los recursos fiscales y las contribuciones de los trabajadores y los empleadores. El sector privado está integrado por las organizaciones lucrativas y no lucrativas. Cerca de 88,3% de la población estaba cubierta por el Ministerio de Salud, 2,7% en el seguro privado, y un 9% por la seguridad social en el período 2005-2006<sup>31</sup>. Según la ENDESA 2011-2012, Solamente el 10 por ciento de las mujeres están afiliadas al Instituto Hondureño de Seguro Social y el Ochenta y cuatro por ciento de los hombres y casi el 90 por ciento de las mujeres en Honduras no tienen seguro de salud.

### **3.1 Señales de progreso:**

#### **3.1.1 El sistema de salud responde a criterio de universalidad o de focalización en materia de DSyR.**

El sector salud en Honduras está compuesto por tres subsectores principales y financiado por cuatro fuentes de financiación. Los tres sectores principales son: (i) el Ministerio de Salud (Secretaría de Salud), con su red nacional de centros de salud; (ii) el Instituto Honduras Seguro Social (Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS), que tiene su propia - limitada - red, y contratos con proveedores privados y públicos; y (iii) el sector privado, con múltiples proveedores y pagadores. Se estima que alrededor del 50 por ciento de la población está cubierta por la red del Ministerio de Salud, el 12 por ciento por el IHSS y el 38 por ciento restante por el sector privado. Servicios de IHSS, centrándose en la población ocupada formalmente, se concentran en las grandes ciudades, especialmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula<sup>32</sup>.

Honduras tiene una muy baja calidad en su cobertura legal de la SSR. No tiene leyes nacionales para la casi totalidad de las áreas centrales para la protección del derecho a la SSR salvo para la protección, tratamiento y prevención del VIH-sida: Ley Especial sobre VIH/SIDA Decreto: No. 147-99 (1999), complementado por el III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA en Honduras (2011) que se aprueba por Acuerdo Ministerial S/N<sup>a</sup>. Existen otros acuerdos ministeriales para la atención de planificación familiar, climaterio/ menopausia e infertilidad, atención materno-neonatal y otros temas biomédicos tradicionales. La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, actualmente sustentada por el III Plan de la Reforma del sector salud en Honduras (2011) y que estuvo precedido por otros dos planes que arrancaron en la década de los 90, solo sirve de marco de referencia para otros documentos normativos parciales. Esta política reconoce (de manera declarativa) los acuerdos de El Cairo y Beijing como parte de su marco de referencia; **pero su implementación es deficiente, contradictoria o directamente vulneradora de derechos, como por ejemplo la prohibición de distribución de la Anticoncepción Oral de Emergencia.** Formalmente, contiene las siguientes estrategias: promoción de comportamientos saludables; información, educación y comunicación; integralidad y atención diferenciada; descentralización; mejoramiento de la calidad; vigilancia epidemiológica; desarrollo del recurso humano; enfoque de riesgo reproductivo; coordinación intersectorial; monitoreo y evaluación; y perspectiva de género. De ellas, las líneas de acción en el tema que nos ocupa son: asesoramiento, información, educación y servicios en materia de planificación; educación y servicios de atención prenatal, parto sin riesgos y atención después del parto; y salud integral de la mujer y del hombre en edad reproductiva<sup>33</sup>.

#### **4. Cantidad de partos atendidos por profesionales**

R  
E  
S  
U  
L  
T  
A  
D  
O  
La ocurrencia del parto institucional calificado se ha incrementado en los últimos años en Honduras ya que según la ENDESA 2011-2012<sup>34</sup>, el 83 por ciento de los nacimientos ocurridos en los 5 años que precedieron la encuesta fueron atendidos a nivel institucional (78 por ciento en establecimiento público y 5 por ciento en establecimiento privado), lo cual representa un incremento de 16 puntos con respecto a la ENDESA 2005-2006, básicamente como resultado del aumento en los partos atendidos en establecimientos de salud del sector público del 61 al 78 por ciento<sup>35</sup>.

Con relación al tipo de atención durante el parto, el 83 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por profesionales de la salud, básicamente médicos (79 por ciento). En la ENDESA 2005-2006 la atención por profesional de salud fue del 67 por ciento y por médico 64 por ciento. El porcentaje es menor en mujeres rurales (73

por ciento comparado con 94 por ciento entre mujeres urbanas) y aumenta con el nivel de educación de la madre y el quintil de riqueza: en mujeres sin educación es 55 por ciento (99 por ciento entre aquéllas con educación superior) y entre las mujeres del quintil inferior de riqueza es 58 por ciento y 98 por ciento entre las del quintil superior.

**5. Acciones específicas realizadas en cumplimiento de recomendaciones o decisiones de los organismos internacionales de Derechos Humanos en materia de SSyR.**

En relación a las recomendaciones hechas al Estado de Honduras, en el informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, en su 9º período de sesiones<sup>36</sup>:

*Examinar su legislación nacional para garantizar el goce pleno y sin restricciones de los derechos humanos por todos los miembros de la sociedad, incluidos los grupos más vulnerables, como las mujeres, las personas lésbicas, gay, bisexuales y transexuales, y los pueblos indígenas (República Checa);*

-Se aprobó el 22 de enero del 2012, mediante Decreto Ejecutivo PCM-003-2013 de fecha 22 de enero de 2013, la Primera Política Pública y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos, que contempla como uno de sus lineamientos estratégicos "Seguridad Humana" incluyendo en éste los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

-Se aprobó en fecha 21 de febrero de 2013, una reforma del Código Penal en relación al delito de discriminación cuando arbitraria e ilegalmente se obstruya, restrinja, disminuya, impida o anule el ejercicio de los derechos individuales y colectivos o deniegue la prestación de un servicio profesional por motivos de sexo, género, edad, orientación sexual o identidad de género, militancia partidista, estado civil, pertenencia a pueblos indígenas y afro hondureños, idioma, religión, apariencia física, discapacidad y condiciones de salud, entre otras<sup>37</sup>.

Sin embargo, con el cambio de gobierno en enero de 2014, se ha reestructurado la administración del Estado; ha desaparecido el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que era el responsable de monitorear y dar seguimiento al cumplimiento de la Política y Plan Nacional de Derechos Humanos; convertida en una subsecretaría con la consiguiente disminución de personal y de recursos. Esta política y su respectivo plan contemplan específicamente, como lineamiento estratégico los "Derechos Sexuales y Reproductivos", incorporando como resultados de impacto: 1. Garantizar a las mujeres una maternidad sin riesgos a través de servicios de salud sexual y reproductiva que se reflejen en la reducción de los índices de mortalidad materna y mortalidad infantil. 2. Garantizar la decisión libre y responsable de las mujeres y parejas sobre el número de hijos e hijas y del espaciamiento e intervalo de nacimientos, entregando servicios y productos para la planificación familiar. 3. Reducir la propagación de las ITS, incluyendo el VIH y garantizar el tratamiento integral a todas las personas que lo necesiten. Sin embargo, esta política y su respectivo plan, en lineamiento estratégico "Derechos Sexuales y Reproductivos" **carecen de indicadores de seguimiento y de resultados**, por lo que se hace difícil sino, imposible, dar continuidad y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por el Estado al aprobar esta ley específicamente en relación a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.<sup>38</sup>

### 1. Capacidades Estatales

20. Esta categoría conceptual refiere la información que permite dar cuenta de los esfuerzos del Estado en cuanto a la efectiva implementación y progresividad del derecho a la salud. Incluye información que describe los aspectos técnico-instrumentales y de distribución de recursos de poder al interior del aparato estatal.<sup>39</sup> Es por ello que se solicita información relacionada con el grado de cumplimiento (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de las prestaciones sanitarias en SSyR reconocidas en el ordenamiento positivo nacional.

21. Desde la ratificación por parte de Honduras del Protocolo de San Salvador, no se han visto mayores cambios en materia de capacidades estatales, en especial en lo relacionado con derechos reproductivos. Una muestra de esto es que la Política Nacional de la Mujer que fue del 2002 al 2007, no

ha sido postergada o actualizada de acuerdo a las nuevas obligaciones adquiridas por Honduras. Aun habiendo aprobado el II Plan de igualdad y equidad de género de honduras 2010-2022<sup>40</sup>, la capacidad estatal sigue estancada o en algunos casos como el de la desaparición del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ha sido incluso disminuida.

<b>Capacidades estatales</b>	
E S T R U C T U R A	<p><b>1. Existencia de documentos oficiales que reconozcan el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal en materia de SSyR.</b></p> <p>El único documento oficial vigente que considera “garantizar a toda la población el acceso universal a la información y servicios en el contexto amplio de la salud reproductiva” (de manera declarativa), son las Normas y Procedimientos de Atención para: planificación familiar, climaterio/menopausia e infertilidad. Estas normas y procedimiento se centran básicamente en la anticoncepción para la planificación familiar, el tratamiento de la infertilidad y el manejo de enfermedades relacionadas con el climaterio y la menopausia. Estas normas no contemplan la atención en salud sexual y reproductiva a personas Lesbianas, Gays, Transexuales e Intersexuales, siendo así claramente discriminatorias, negando en sí mismas el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Es necesario destacar que persiste en las normas el estereotipo de salud sexual y reproductiva relacionada únicamente con la reproducción y la maternidad. Respecto a la interculturalidad, el Código de Salud y el acceso universal a los servicios de salud sin discriminación por condiciones de raza, sus normas y protocolos, no contemplan la incorporación de buenas prácticas culturales ancestrales de sanación en relación a la salud reproductiva.</p>
E S T R U C T U R A	<p><b>2. Existencia de una política estatal de medicamentos genéricos, incluyendo acceso a los medicamentos necesarios para mantener y/o recuperar la SSyR (anticoncepción, fertilidad, aborto seguro, tratamiento de embarazos y emergencias obstétricas, tratamientos hormonales, etc.)</b></p> <p>El artículo 135 del Código de Salud establece que los medicamentos de alta calidad a los precios más bajos posibles serán dispensados y la terminología genérica se utiliza en la importación, la fabricación, la distribución, la publicidad, la prescripción y distribución de drogas.</p> <p>A pesar de las consideraciones del código de salud el desabastecimiento de medicamentos e insumos básicos en los servicios de salud pública es casi total en la actualidad. El sistema de salud pública enfrenta una grave crisis de medicamentos. Ante la falta de insumos y medicamentos en la mayoría de los Centros de Atención de Salud (CESAR, CESAMO, Hospitales de Referencia) se exige a la población la compra de insumos y de la mayoría de los medicamentos, limitándose el Estado a prestar únicamente la atención profesional. Esta escases de medicamentos incluyen medicamentos esenciales para la SSyR</p> <p>Ahora bien, actualmente el Instituto Hondureño de Seguridad Social, se encuentra intervenido y en total desabastecimiento debido a la falta de controles administrativos y los actos de corrupción en la compra de medicamentos.</p>
E S T R U C T U R A	<p><b>3. Cantidad de médicos/as por habitante, especificar la cantidad de profesionales especializados en la atención de la SSyR. Incluir cantidad de obstétricas.</b></p> <p>Se estima que existen 1 médico, 0.34 enfermeras profesionales, 1.3 auxiliares de enfermería y 0.15 odontólogos por cada 1,000 habitantes. No se tiene acceso a información sobre la cantidad de profesionales especializados en la atención de la salud sexual y reproductiva.<sup>41</sup></p>
P R O C E S O	<p><b>4. Cobertura de los sistemas de salud en SSyR: cobertura universal o subsidio a la demanda. Describir los servicios de salud sexual y reproductiva cubiertos por los sistemas de salud y aclarar si existen prestaciones ilegales (ej. Aborto) o excluidas de la cobertura (ej. Vasectomía).</b></p> <p>El sector público ofrece gratuitamente anticonceptivos a la población de bajos ingresos a través de su red de establecimientos de salud pública, aunque como ya se explicó en la actualidad existe un problema de desabastecimiento. Al mismo tiempo, varias ONGs distribuyen sus productos por un precio subsidiado a través de sus propias clínicas y agentes de salud.</p> <p>De conformidad con el acuerdo ministerial número 2744-2009, <b>la anticoncepción de emergencia está prohibida en Honduras y, por tanto, no se distribuye</b> en las instalaciones de atención de salud<sup>42</sup>. Este hecho, es una barrera de</p>



acceso y cobertura muy significativa materia de salud reproductiva. Adicionalmente, se conecta con el eje transversal de no discriminación tal como se explicara más adelante.

**5.1 Señales de progreso.**

**5.1.1 ¿Se garantiza a toda la población el acceso adecuado a la atención en SSyR en adecuadas condiciones de oportunidad, calidad y dignidad independientemente de su capacidad de pago?**

No, las mujeres con recursos limitados (es decir, los clasificados como pobres y extremadamente pobres) tienen el mayor índice de necesidad insatisfecha de planificación familiar (11% y 23%, respectivamente)<sup>43</sup>. Este es el resultado de la falta de proveedores y la escasez de "insumos anticonceptivos" en aquellas áreas donde vive la población con más escasos recursos. La desigualdad entre el acceso de los más pobres y los más ricos ha disminuido con el tiempo, pero sigue siendo muy significativa (en 2001, la diferencia fue de 31%). Hay que tener en cuenta que mujeres indígenas y afro-hondureñas suelen encontrarse entre las poblaciones con más escasos recursos y por lo tanto que enfrentan mayores barreras de acceso.

**5. Señales de progreso**

**5.1 Tasa de uso de anticonceptivos**

El 73 por ciento de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta, en comparación con 65 por ciento en el 2005-2006 y 62 por ciento en 2001. El uso de métodos modernos pasó del 56 al 64 por ciento y el uso de métodos tradicionales se mantiene en el 9 por ciento.

El porcentaje de mujeres no unidas sexualmente activas que usan cualquier método se incrementó de 71 por ciento en la ENDESA 2005-2006 a 78 por ciento en la ENDESA 2011-2012 como resultado del incremento en el uso del condón masculino. En las mujeres no unidas sexualmente activas se observa que el 83 por ciento en el grupo 25-34 años utilizan cualquier método y quienes menos utilizan son las mujeres de 15-19 años con un 71 por ciento.

Para las mujeres de 15-19 años no unidas sexualmente activas, el condón masculino es el método de preferencia (37 por ciento). Para las mujeres de 15-19 años unidas el método de preferencia es la inyección (26 por ciento).

El porcentaje comparativo en el uso de anticonceptivos modernos corresponde a un 67.3% en el área urbana y a un 60.6% en el área rural<sup>44</sup>.

La encuesta muestra que el uso de métodos aumenta "con el nivel de riqueza del hogar, si bien más de la mitad de las mujeres en los hogares más pobres están usando métodos (55 por ciento) comparado con 67 por ciento en los hogares del quintil superior"<sup>45</sup>.

Igualmente, más de la mitad de las mujeres (52 por ciento) se dirigen al sector público para obtener los métodos modernos de anticoncepción. Mientras que, el 41 por ciento acuden a servicios de salud o médicos pertenecientes al sector médico privado y sólo el 2 por ciento acuden a otras fuentes<sup>46</sup>.

La proporción de mujeres casadas con necesidad insatisfecha de planificación familiar se estima en un 11%. De estas, el 6% por ciento tiene necesidad de usar anticonceptivos para espaciar el número de embarazos y el 5 por ciento para limitar el número de embarazos<sup>47</sup>.

Entre las y los adolescentes, de edades entre los 15 y 24 años, el condón es el método más usado para personas con múltiples parejas 2008-2012) Hombres: 59%, Mujeres: 39%<sup>48</sup>.

**Ejes transversales a todos los DESC**

**1. Igualdad y no discriminación**

22. En este eje se releva la información acerca del esfuerzo del Estado en cuanto al logro de la igualdad material de su población. En este sentido, se aporta información relacionada con las medidas y políticas adoptadas, para impedir o corregir las diferencias de trato, basadas en categorías prohibidas que restrinjan o limiten el ejercicio de los derechos. Se debe atender al concepto de discriminaciones múltiples (*multiple discrimination*) que incluye no solo a grupos sociales sino también zonas geográficas desaventajadas, por factores como las condiciones ecológico/ambientales, de infraestructura sanitaria, de desarrollo económico, etc.<sup>49</sup>

23. En este punto es de resaltar la conexión que existe entre la igualdad sustantiva y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La igualdad y la no discriminación hacia las mujeres, están directamente conectados con la falta de servicios de salud que solo necesitan las mujeres, tales como la anticoncepción de emergencia y el aborto. La negación de estos servicios de salud, es la perpetuación de la discriminación y una barrera determinante para alcanzar la igualdad sustantiva. Tanto la anticoncepción de emergencia, como el aborto están prohibidos en Honduras. La obligación de no discriminación contenida en el Protocolo de San Salvador, es de aplicación inmediata y transversal a todas las otras obligaciones contenidas en el Protocolo. La no prestación de estos servicios de salud que son exclusivos para las mujeres es una violación directa al derecho a la salud protegido por el Protocolo de San Salvador.

<b>Igualdad y no discriminación</b>	
<b>1. Regulación del aborto. Describir el modelo de regulación y las normas relacionadas.</b>	El aborto está totalmente penalizado en el país, aunque en el Sistema de salud pública contempla la atención del aborto, en las Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal.
<b>2. Existencia de una política de salud SSyR para adolescentes, población indígena, u otras poblaciones más vulnerables:</b>	<p>Existe una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Noviembre de 1999 que aún está vigente pero que solo sirve de marco de referencia para otros documentos normativos. Esta Política reconoce los acuerdos de Cairo y Beijing como parte de su marco de referencia. Contiene 10 estrategias: Promoción de comportamientos saludables; Información, Educación y Comunicación; Descentralización de los servicios de salud reproductiva; Mejoramiento de la calidad; Integralidad y atención diferenciada; Desarrollo del recurso Humano; Vigilancia epidemiológica; Enfoque de riesgo reproductivo; Monitoria y evaluación; Coordinación inter e intrasectorial; y Perspectiva de género. Tiene 3 líneas de acción: Asesoramiento, información, educación y servicios en materia de planificación; educación y servicios de atención prenatal, parto sin riesgos y atención después del parto; salud integral de la mujer y del hombre en edad reproductiva.</p> <p>Lo que las personas entrevistadas identifican como el marco normativo principal es RAMNI (2008-2015), que tiene todas las características de una política; cuenta con objetivos de acceso a servicios del continuum de la madre, el recién nacido y el niño; calidad de servicios; reducción de necesidades insatisfechas en planificación familiar y reducir las ITS; mejorar acceso a servicios de niños con enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y desnutrición; participación comunitaria mediante estrategia de mantenimiento de la salud materno infantil; mejorar la conducción y gerencia de servicios del continuum madre-recién nacido-niño y la vigilancia de la mortalidad; garantizar la sostenibilidad. Tiene 3 componentes: planificación estratégica, provisión de servicios y promoción, y prevención de la salud. De estos 3 componentes derivan 19 intervenciones que están siendo realizadas en los distintos niveles de salud. RAMNI tiene programación financiera para alcanzar los objetivos. Desde la perspectiva de las entrevistadoras, a lo largo del período (los últimos 10 años) se ha pasado de una lógica de salud reproductiva a una lógica materno-infantil, nuevamente centrada, en el caso de las mujeres, en el binomio madre-hijo y centrada específicamente en la reducción de la mortalidad materna. Desde la lógica de reducir la mortalidad materna, caben normas y acciones de planificación familiar, pero no de educación sexual y menos aquellas orientadas al empoderamiento de las mujeres en el ejercicio de sus DSyDR.</p> <p>En la práctica, al no haber un Programa de SSR, la visión institucional es disgregada, los servicios siguen siendo fraccionados y no hay coordinación dentro del propio sector salud. Por ello, los programas de la Secretaría de Salud funcionan en paralelo; por ejemplo, el programa de salud de la mujer, no se vincula con el programa de VIH y ninguno de estos se vincula con el programa de Cáncer. Cada programa de la Secretaría de Salud cuenta con sus propias normas y planes estratégicos, en algunos casos aprobados mediante acuerdo ministerial, pero no siempre. Honduras aprobó la Ley Marco de Juventud que crea el Instituto Nacional de Juventud y uno de sus propósitos es la elaboración de la Política Nacional de juventud coherente con la Convención Iberoamericana. Dicha Política fue</p>

detenida luego del golpe de estado, ha sido modificada y de ella se sustrajo el lineamiento orientado a garantizar los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Finalmente fue aprobada en Consejo de Ministros del 21 de diciembre de 2010 mediante el Decreto PCM 051-2010.

Existe la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes en Honduras, en noviembre de 2012 (de reciente promulgación), por lo que no ha sido suficientemente socializada.

Con el paso del tiempo los esfuerzos por cumplir con los compromisos de Cairo se han diluido y se han concentrado en la prevención del embarazo, específicamente el segundo embarazo en mujeres adolescentes. De hecho, un análisis de las Normas de Atención Integral a las y los adolescentes, de 2002, tiene una perspectiva más amplia e integral de la atención, que la Estrategia recién aprobada. En el país existen 30 servicios de salud amigables para adolescentes cuyo servicio se circunscribe a la atención prenatal de adolescentes embarazadas.

### **3. Reconocimiento de los DRR. Instrumentos normativos y su alcance.**

Ver Supra, Recepción del derecho.

#### **3.1 Señales de progreso**

##### **3.1.1 Existencia de protocolos de actuación para SSyR (VIH/SIDA, aborto, anticoncepción de emergencia, violencia sexual, intersexualidad, readecuación corporal, etc.)**

La Secretaría de Salud cuenta con un Programa de ITS/VIH/SIDA. El VIH es normado mediante la Ley Especial de VIH, aprobada en 2009 (cabe mencionar que esta ley exige la prueba de VIH como requisito previo a contraer matrimonio). En el marco de la ley se elaboran planes estratégicos quinquenales (PENSIDA) que definen poblaciones a intervenir. Ha habido 3 PENSIDA y el último fue de 2008 a 2012. No hay una iniciativa para elaborar otro PENSIDA. En 2011 se aprobó la Estrategia de abordaje integral a las ITS/VIH/SIDA en el marco de la Reforma del sector salud en Honduras (acuerdo ministerial No.207 del 9 de marzo de 2011). Asimismo existen normas para la atención clínica de las personas adultas con VIH; y normas para la prevención de la transmisión vertical (Las Normas de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo/ Hija, de 2008). Éstas últimas son las que se implementan de mejor manera.

La Anticoncepción de Emergencia está actualmente prohibida en el país; aunque estuvo vigente desde 1999-2009 incorporada en lo que en ese momento eran las normas de atención integral a la mujer y las normas de atención integral a las y los adolescentes. (Sustituidas por Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal y las Normas de Atención para la Planificación Familiar.)

Existe un protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, cuya implementación está a cargo del Ministerio Público incluyendo las pruebas de salud (Medicina Forense). Las normas de atención integral a las y los adolescentes contienen un apartado llamado "abuso sexual", cuyo procedimiento es bastante básico (gestionar en caso necesario un lugar seguro para la víctima, prevenir ITS, recomendar grupos de autoayuda y dar seguimiento).

### **4. Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer.**

No existen datos, estadísticas, o investigaciones que puedan servir como indicador sobre abortos inducidos debido a la penalización absoluta.

#### **Señales de progreso**

##### **5.1. Barreras específicas para la atención (adolescentes, personas rurales, indígenas, personas con discapacidad, etc.)**

Ver Supra. 3.11

##### **6. Tasa de mortalidad materna**

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos: 120 (promedio regional 68)

De atención prenatal (4 + visitas): 89 (media 86 regional)

Antenatal care (4+ visits): 89 (regional average 86)<sup>50</sup>

Births attended by skilled health personnel 83 (regional average 94)<sup>51</sup>

"Más de 8 de cada 10 partos (83 por ciento) han tenido lugar en un establecimiento de salud y el 83 por ciento de los nacimientos se han beneficiado de la asistencia de personal calificado en el momento del parto. Esto

R R E S U L T A D O	<p>representa un aumento importante en comparación con la ENDESA 2005-2006 cuando solamente el 67 por ciento de los nacimientos se habían beneficiado de la asistencia de personal calificado”<sup>52</sup></p>
	<p><b>7. Cantidad de partos atendidos por personal calificado</b> Según los datos de la OMS del 2012, el 83% de los nacimientos tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Con un promedio en las regiones o áreas del 68%<sup>53</sup>.</p>

## 2. Acceso a la justicia

24. En este eje transversal se entiende la justicia en sentido amplio, por lo cual se incluyen todos los remedios, tanto a nivel judicial como administrativo, contemplados en el ordenamiento jurídico para la obtención de la satisfacción de las prestaciones relacionadas con la SSyR. De la misma manera se comprende la información relacionada con la eficacia y efectividad (accesibilidad, debido proceso, plazos de resolución, etc.) de estos mecanismos para la garantía de cumplimiento del derecho a la SSyR. Se revelan aspectos legales y fácticos para la aplicación de los remedios disponibles frente a la vulneración del derecho.

25. Uno de los indicadores, pregunta sobre la existencia de instalaciones prejudiciales para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la SSyR. En este sentido, se puede hacer referencia a lo descrito anteriormente con respecto a las instancias que el Ministerio Público y el Comisionado de los Derechos Humanos tiene disponibles. Asimismo, el Comisionado de los Derechos Humanos actúa como un "Defensor del Pueblo", que tiene la misión de promover la integridad y la seguridad de todos los hondureños. El Comisionado es una alternativa directa y gratuita para la mediación entre Gobierno del Estado las ciudadanas y los ciudadanos, sobre todo cuando se han violado los derechos humanos. Dentro de sus funciones se encuentran:

- Para asegurar el cumplimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución de la República, la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros tratados y convenios ratificados por Honduras.
- Prestar atención inmediata y seguimiento de cualquier acusación de violación de los derechos humanos;
- Solicitar a cualquier autoridad, oficina, agencia o institución, información concreta sobre las violaciones de los derechos humanos;
- Revisar que los actos y resoluciones de la Administración Pública están en armonía con el contenido de los tratados, convenios y acuerdos internacionales en materia de derechos humanos ratificados por Honduras;
- Para dar a las autoridades locales de las observaciones, recomendaciones y consejos para la aplicación legal adecuada.

En teoría, el Ministerio Público cuenta como una de sus misiones el deber de garantizar que los derechos constitucionales y las leyes se lleven a cabo, aunque hay una escasez de información con respecto a si esta oficina nunca se ha utilizado para quejas sobre violaciones del derecho a la salud en general<sup>54</sup>.

26. Igualmente, es de resaltar que el Comisionado de los Derechos Humanos, interpuso una demanda para declarar la nulidad del acuerdo ministerial 2744-2009 que prohíbe el uso, comercialización y promoción de la anticoncepción de emergencia. Actualmente la demanda se encuentra en etapa de casación.

27. De acuerdo a las instancias administrativas de denuncia, desde el Centro de Derechos de Mujeres y CLADEM Honduras, se ha interpuesto un reclamo administrativo para la derogación del acuerdo ministerial 2744-2009 ante la Secretaría de Salud el 28 de febrero de 2013, recibiendo resolución de inadmisibilidad del recurso bajo los mismos argumentos que fundamentaron la prohibición, que de manera falsa atribuyen efectos antiimplantatorios (considerados abortivos por la legislación nacional) desestimando toda la evidencia científica disponible, y asumiendo que estos actúan posteriormente a la fecundación. Reiterando así la violación a los Derechos Humanos de las mujeres de acceder a todos los métodos disponibles para la anticoncepción, a gozar de los avances científicos, a la salud y a la vida.

### 3. Conclusiones y recomendaciones

- **Accesibilidad a los servicios de SSyR.** De acuerdo con los datos presentados en este informe existen importantes deficiencias en la garantía de acceso a los principales servicios de SSyR: Consejería e información sobre sexualidad y reproducción; anticoncepción hormonal, de barrera, quirúrgica y especialmente la anticoncepción de emergencia; aborto y atención del embarazo. La principal barrera se relaciona con la falta de acceso a prestaciones de derechos sexuales y reproductivos debido al marco legal o las interpretaciones restrictivas, está relacionada con la anticoncepción de emergencia y el aborto terapéutico. Con respecto a la anticoncepción de emergencia, la prohibición no solo afecta el acceso a esta, sino además el acceso a información relacionada con la anticoncepción de emergencia, afectando también el derecho a la participación y la información.
  - **Recomendación:** se requiere la revisión de la normativa vigente que restringe el acceso a los servicios de SSyR, en especial sobre DDDR, para garantizar su ajuste a los estándares constitucionales y de derechos humanos a los que se ha comprometido el Estado hondureño. Como mínimo, se requiere que se elimine la prohibición de la anticoncepción de emergencia, que se permita el acceso a la información sobre esta y que se incluya el acceso a la anticoncepción de emergencia en los protocolos de violencia sexual. Además, el aborto debe permitirse como mínimo, en casos en que la salud y la vida de la mujer se encuentren en peligro, así como en casos de malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y en casos de violación.
- **Aborto:** El aborto se encuentra criminalizado en todas las circunstancias Honduras, lo que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres.
  - **Recomendación:** Revisar la legislación nacional vigente y armonizarla con los compromisos internacionales adquiridos en materia de salud sexual y reproductiva específicamente las

relacionadas con el derecho a la vida y sobre todo el derecho a decidir sobre la maternidad, incluido el aborto; no solo con un cambio en el marco legal, sino con la debida implementación de protocolos de salud que hagan de este servicio un servicio de salud accesible, disponible, adecuado y de alta calidad. Es fundamental, que la prohibición total al aborto, incluya como mínimo excepción para garantizar el acceso a este servicio de salud cuando la vida y salud de la mujer está en riesgo y en casos de violación sexual.

- **Igualdad y no discriminación:** Negarle a las mujeres el acceso a los servicios esenciales de salud, de los que depende su salud e incluso su vida, y que se requieren sólo por mujeres, viola los principios de igualdad y no discriminación. Además, la ley del aborto afecta en especial a mujeres que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad.
  - **Recomendación:** El Estado debe proporcionar a los funcionarios judiciales, directrices y capacitaciones sobre perspectiva de género y derechos humanos en especial en el contexto del derecho a la salud sexual y los derechos reproductivos, para asegurar que garanticen el derecho al debido proceso, eviten los prejuicios y los estereotipos de género y respeten sin excepción las garantías procesales.
- **Acceso a la información:** Cualquier dato sobre aborto o acceso a anticoncepción de emergencia es un estimado, pues dada la ilegalidad de la práctica no es posible tener datos confiables. Adicionalmente, hay una ausencia de datos respecto al número de mujeres afectadas por la no disponibilidad de estos servicios esenciales de salud.
  - **Recomendación:** Honduras debe recopilar y analizar datos que proporcionen una muestra clara del número de abortos para avanzar en el cumplimiento de sus obligaciones bajo el Protocolo de San Salvador. Igualmente, deben documentarse datos sobre la falta de acceso a la anticoncepción de emergencia.

Mónica Arango Olaya  
Directora Regional de América Latina y el Caribe  
Centro de Derechos Reproductivo

Regina Fonseca  
Directora  
Centro de Derechos de Mujeres

Paula Avila Guillen  
Asesora de Incidencia para América Latina y el Caribe  
Centro de Derechos Reproductivos

<sup>1</sup> COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH), *Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14 rev. 1 (2008) (desarrollados bajo la dirección del comisionado Victor Abramovich).

<sup>2</sup> Los principios de implementación han sido establecidos como marco de interpretación e implementación de los DESC. Se trata de fórmulas generales que debe inspirar las estrategias nacionales para el avance en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con este tipo de derechos. Para los DESC se encuentran, por un lado, los principios de *inclusión, participación y responsabilidad*, que se refieren a los aspectos operativos de estos derechos; tienen que ver con la integración de la sociedad tanto en la formulación como en implementación de los DESC, así como con la garantía de actuación estatal frente a su incumplimiento y la rendición de cuentas sobre el avance en la implementación de las políticas acordadas, respectivamente. Por otro lado, encontramos los principios de *universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y no regresividad*, que se relacionan con un nivel estructural de los derechos. Ello por cuanto tienen que ver con el diseño de los derechos en el marco nacional, e implican una mirada sobre su alcance (cobertura, contenido mínimo, relación con otros derechos) y las obligaciones del Estado frente a los DESC. Ver Victor Abramovich, *Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de las Políticas Sociales*, ANUARIO DE DERECHOS HUMANOS (2006); Laura Pautassi, *Evaluando el Progreso, Midiendo el Cumplimiento de Derechos. Indicadores de Medición del Protocolo de San Salvador*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

<sup>3</sup> Los principios descriptos se aplican en relación con los deberes específicos del Estado frente a estos derechos: protección, respeto y garantía. Estos implican respectivamente: el diseño de estrategias de implementación y cumplimiento de los DESC; la no interferencia en el ejercicio de estos derechos, ni su restricción injustificada, y el establecimiento de mecanismos para asegurar el cumplimiento. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS (CDR), *DERECHOS REPRODUCTIVOS: UNA HERRAMIENTA PARA MONITOREAR LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS* (2013), disponible en <http://goo.gl/EG44V8>.

<sup>4</sup> La interrelación entre principios y deberes se cristaliza en estándares de cumplimiento de los derechos. Estos se entienden como las fórmulas que expresan los ideales de resultado en la implementación de los derechos humanos. Los estándares son parámetros de cumplimiento de los deberes estatales relacionados con la garantía de los derechos humanos y funcionan como guías para la implementación progresiva en el caso de los DESC. Los estándares de cumplimiento de los DESC, tienen que ver, por un lado, con criterios ideales para el diseño estructural de políticas públicas sobre DESC. Estos serían los estándares de *razonabilidad, igualdad y contenido mínimo de los derechos*. Por otro lado, se encuentran estándares los que tienen que ver con un nivel operativo: *adecuación, adaptabilidad, accesibilidad y aceptabilidad*; son criterios para el diseño de mecanismos de implementación de políticas públicas que contemplen el ejercicio progresivo de los DESC. Ahora bien, en materia de salud específicamente (Observación General N°14, Comité DESC), los estándares son además la *calidad y disponibilidad de los servicios*, que se relacionan específicamente con los parámetros técnicos/científicos y las características poblacionales, geográficas, así como las causas internas y externas de morbilidad en un Estado. Ver Laura Pautassi, *Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas: Monitoreo y Rendición de Cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, 3 REVISTA INTERFERENCIAS, DERECHOS Y SEGURIDAD HUMANA (Universidad Nacional de Córdoba, 2012); Abramovich, *Los Estándares Interamericanos*, *supra*, nota 2; Victor Abramovich y Christián Curtis, *Hacia la Exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estándares Internacionales y Criterios de Aplicación ante los Tribunales Locales*, LA APLICACIÓN DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS POR LOS TRIBUNALES LOCALES, (Editores del Puerto, Martín Abregú y Christian Curtis eds. 1997); Magdalena Sepúlveda, *De la Retórica a la Acción. Los Elementos Esenciales para Garantizar que las Políticas Públicas Tengan un Enfoque en Derechos*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013); Lilia Jara, *El Derecho a la Salud: Importancia de los Indicadores de Progreso*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

<sup>5</sup> Los indicadores son instrumentos que permiten la verificación de la interacción entre los principios, estándares y deberes del Estado, marcando los avances en la implementación de los DESC. Estos son diseñados específicamente para cada derecho con el fin de facilitar el seguimiento de acciones concretas de los Estados, entendiendo que la implementación y cumplimiento de los DESC se realiza en un proceso dinámico y progresivo que requiere una evaluación contextualizada. Por ello se debe dar cuenta, tanto de la evolución que ha tenido la garantía de un derecho en un Estado particular, como del resultado alcanzado mediante las acciones desarrolladas para tal fin, es decir, la situación actual de implementación (Pautassi, 2010. Óp.Cit). En este sentido, el empleo de indicadores de derechos humanos constituye un instrumento indispensable de medición, tanto cuantitativo como cualitativo, que permite verificar empíricamente los esfuerzos realizados por un Estado para satisfacer derechos humanos. Pautassi, *Evaluando el Progreso*, *supra*, nota 2.

<sup>6</sup> CIDH, *Lineamientos para la Elaboración*, *supra*, nota 1.

<sup>7</sup> Pautassi, *Enfoque de Derechos*, *supra*, nota 4.

<sup>8</sup> Ver OEA, *Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador*, OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2 (2011).

<sup>9</sup> Ver, *Ibidem*; Pautassi, *Evaluando el Progreso*, *supra*, nota 2.

<sup>10</sup> Proceso iniciado tras la entrada en vigor del protocolo de San Salvador en 1999, y que fue activado en 2005 con la aprobación en la Asamblea General de la OEA de las *Normas para la Confección de los Informes Periódicos Previstos en el Protocolo de San Salvador*, AG/RES.2074 (XXXV-O/05) (2005), actualizadas según lo dispuesto por la *Aprobación de Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador*, AG/RES. 2713 (XLII-O/12) (2012). Ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, *supra*, nota 2; Jara, *El Derecho a la Salud*, *supra*, nota 4.

<sup>11</sup> Paul Hunt, *Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental*, Sr. Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, U.N. Doc. E/CN.4/2006/48 (2006).

<sup>12</sup> Para una explicación ampliada de este esquema ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, *supra*, nota 2.

<sup>13</sup> Si bien desde los años 70 (Bucarest en 1974, CEDAW en 1979) podemos empezar a rastrear la definición de los derechos sexuales y reproductivos, es solo hasta 1994 en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo, en donde se da una definición acaba de los mismos como derechos humanos. La declaración del Cairo afirma que estos derechos se insertan dentro del marco de los derechos humanos, en igualdad de condiciones que los demás derechos. Establece una definición de los derechos reproductivos (Pár. 7.3), relacionados con los derechos de las personas a decidir de manera libre y sin coerción el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, así como la forma en que estos van a venir al mundo. Los derechos sexuales, por su parte, se entienden como aquellos relacionados con la expresión y el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, esta comprende, la actividad sexual libre, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la información, etc. Ver FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA, *Derecho Sexuales: Una Declaración de IPPF* Xavier González trad., 2010; Sonia Correa, *LOS DERECHOS SEXUALES EN LA ARENA POLÍTICA* (MYSU, 2003).

<sup>14</sup> CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PROMSEX) Y CENTRO DE ESTUDIOS DEL ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES), *SEGUIMIENTO DE LA CIPD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESPUÉS DE 2014* (2014).

<sup>15</sup> “[E]l derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad.” Atala Riffo y Niñas vs. Chile, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) (ser. C) No. 239, párr. 156 (24 de feb. de 2012).

<sup>16</sup> El “derecho a la vida privada abarca todas las esferas de la intimidad y autonomía de un individuo, incluyendo su personalidad, su identidad, sus decisiones sobre su vida sexual, sus relaciones personales y familiares”. Atala Riffo, *supra*, nota 15, párr. 156.

<sup>17</sup> La Corte “ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Ver Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 170, párr. 52 (21 de nov. de 2007).

<sup>18</sup> Ver Gelman vs. Uruguay, Fondo y Reparaciones, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 221, párr. 97 (24 de feb. de 2011).

<sup>19</sup> Artavia Murillo, *supra*, nota 16, párr. 148.

<sup>20</sup> Artavia Murillo y Otros. vs. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257, párr. 143 (28 de nov. de 2012).

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), *Observación General No. 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud* (Art. 12) (22º Ses., 2000), en *Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptados por Órganos de Derechos Humanos*, pp.78, párr. 8, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1) (2008) [en adelante Comité DESC, *Observación General 14*].

<sup>23</sup> Comité de Derechos Humanos (CDH), *Observación General No. 21, Artículo 10, Trato Humano de las Personas Privadas de Libertad*, (44º ses., 1992) en *Comentarios Generales Adoptados por el Comité de los Derechos Humanos*, pp. 202, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1) (1992).

<sup>24</sup> Comité DESC, *Observación General 14*, *supra*, nota 22.

<sup>25</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de CEDAW), *Recomendación General Nº 24, Art. 12 de la Convención (la mujer y la salud)* (20º ses., 1999) en *Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptados por Órganos de Derechos Humanos*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II).

<sup>26</sup> GT (2011). Óp. Cit.

<sup>27</sup> Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 22 de diciembre, 2000. *Disponible en:*

[https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-8-b&chapter=4&lang=en](https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-8-b&chapter=4&lang=en)



- <sup>28</sup> Constitución Política de la República de Honduras, Enero 11, 1982. Disponible en: <http://www.constitutionnet.org/files/Honduras%20Constitution.pdf>
- <sup>29</sup> Secretaría de salud, Misión, Visión, Valores Institucionales, (Hond.). Disponible en: <http://www.salud.gob.hn/misionvisionvalores.html>
- <sup>30</sup> Decreto Número 65-91, (Dec. 27, 1996) (Hond.), Disponible en: [http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Honduras/HN\\_Codigo\\_de\\_Salud.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Honduras/HN_Codigo_de_Salud.pdf)
- <sup>31</sup> Honduras Health: A Primer, Sector Overview, WIKIDOT.COM, Disponible en: <http://hondurashealth.wikidot.com/sector-overview>
- <sup>32</sup> Banco Mundial, *Public Expenditure Tracking and Service Delivery Survey: Education and Health in Honduras*, Vol. 2, No. 64692 (Sept. 1, 2010), Disponible en: <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/2010/09/15165288/public-expenditure-tracking-service-delivery-survey-education-health-honduras-vol-2-2-background-chapters>
- <sup>33</sup> A 20 años de la Conferencia del Cairo. Balance del cumplimiento en trece países de América Latina y El Caribe. Disponible en: <http://www.cladem.org/campanas-y-publicaciones/publicaciones/publicaciones-regionales/29-derechos-sexuales-y-reproductivos>.
- <sup>34</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012), Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>35</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012), Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>36</sup> Exámen Periódico Universal. Recomendaciones al Estado de Honduras,. Disponible en: [http://www.upr-info.org/database/index.php?limit=o&f\\_SUR=74&f\\_SMR=All&order=&orderDir=ASC&orderP=true&f\\_Issue=All&searchReco=&resultMax=300&response=&action\\_type=&session=&SuRRgrp=&SuROrg=&SMRRgrp=&SMROrg=&pledges=RecoOnly](http://www.upr-info.org/database/index.php?limit=o&f_SUR=74&f_SMR=All&order=&orderDir=ASC&orderP=true&f_Issue=All&searchReco=&resultMax=300&response=&action_type=&session=&SuRRgrp=&SuROrg=&SMRRgrp=&SMROrg=&pledges=RecoOnly).
- <sup>37</sup> Informe de medio término sobre el avance de cumplimiento de las recomendaciones formuladas al Estado de Honduras en el marco del examen periódico universal. Vigésimosegunda sesión del consejo de derechos humanos. Disponible en: [http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Sessiong/HN/Honduras\\_1.pdf](http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/Sessiong/HN/Honduras_1.pdf)
- <sup>38</sup> Ver Política y Plan Nacional de Derechos Humanos en Anexos.
- <sup>39</sup> GT (2011). Óp. Cit.
- <sup>40</sup> II Plan de Igualdad y Equidad de Género. Honduras 2010-2022,. Disponible en: [http://www.inam.gob.hn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=100&Itemid=85](http://www.inam.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=85)
- <sup>41</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012), Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>42</sup> *Dictamen sobre constitucionalidad o inconstitucionalidad del Decreto 54-2009 de 15 de mayo de 2009*, (Feb. 14, 2012), Disponible en: [http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=observatorio&id\\_decision=438](http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=observatorio&id_decision=438)
- <sup>43</sup> David Alexander Figueroa Toruño, *Summarized account of family planning in Honduras*, in DEMOGRAPHIC TRANSFORMATIONS AND INEQUALITIES IN LATIN AMERICA 325, 327 (Suzana Cavenaghi, 1st ed. 2009), Disponible en: [http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/DemogTransformations\\_Partelll-](http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/DemogTransformations_Partelll-)
- <sup>44</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012) 6, Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>45</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012) 6, Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>46</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012) 6, Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>47</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012) 7, Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>48</sup> UNICEF, Estadísticas sobre Honduras, Disponible en: [http://www.unicef.org/infobycountry/honduras\\_statistics.html](http://www.unicef.org/infobycountry/honduras_statistics.html)
- <sup>49</sup> Tercer Informe. Óp. Cit.
- <sup>50</sup> WHO Health Profile 2 <http://www.who.int/gho/countries/hnd.pdf?ua=1>
- <sup>51</sup> WHO Health Profile 2 <http://www.who.int/gho/countries/hnd.pdf?ua=1>
- <sup>52</sup> Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2011-2012) 9 <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SR200/SR200.pdf>
- <sup>53</sup> WHO Health Profile 1 <http://www.who.int/gho/countries/hnd.pdf?ua=1> (last updated May 2014)
- <sup>54</sup> *Fines y Objetivos*, MINISTERIO PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS, Disponible en: [http://www.mp.hn/fines%20y%20objetivos\\_mp.htm](http://www.mp.hn/fines%20y%20objetivos_mp.htm)